

I contributi —●

Indagine esplorativa su stato psicologico e differenze di genere in un campione italiano di coppie infertili all'inizio di un percorso di procreazione medicalmente assistita

Duccio Vanni¹, Francesca Baffioni, Maria Gabriella Ferrari

• Introduzione

A livello di popolazione normale, alcuni studi hanno evidenziato più o meno recentemente differenze di genere circa le dimensioni dell'ansia, del nevroticismo collegato a tratti di personalità e di depressione, indicando complessivamente anche attraverso riscontri di tipo genetico, una fragilità ed un rischio psicopatologico maggiore per le donne (Du, Bakish, Hrdina, 2000; Hinz, Schwarz, 2001; Wilhelm et al., 2008).

In un'ampia rassegna degli studi condotti tra gli anni '70 e '80, Wright (1989) ha riscontrato che nella maggior parte delle ricerche i soggetti infertili sono risultati più stressati del gruppo di controllo. Le comparazioni tra soggetti con diversa diagnosi di infertilità (organica, funzionale, inspiegata) non hanno mostrato differenze significative per quanto riguarda i livelli di stress, pur con una leggera prevalenza nei soggetti con diagnosi di infertilità inspiegata, seguiti dai pazienti organici e poi funzionali. Un dato rilevante è che le donne riportano maggiore disagio psicologico, in particolare nelle dimensioni dell'ansia, dell'adattamento sessuale, dell'autostima e della depressione e sembrano risentire di più dell'impatto dei trattamenti.

1 Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Psicologia, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Viale Morgagni 85 50134-Firenze Tel cell: 3383298690 e-mail: duccio.vanni@unifi.it

Successivamente sono state condotte altre ricerche (Wright, 1991; Nachtigall et al., 1992) per verificare la differenza di risposta tra uomini e donne e, in accordo con le precedenti ricerche, è stato riscontrato che le donne mostravano maggiore difficoltà dei loro partner sia nelle misure psichiatriche globali sia nelle sottoscale riguardanti ansia, stress, autostima, depressione ostilità e altri disturbi cognitivi. Inoltre sia gli uomini che le donne mostravano sintomi psichiatrici in misura leggermente superiore alla norma, senza, però, raggiungere livelli psicopatologici. Le donne più giovani e quelle con diagnosi di infertilità inspiegata sembravano risentire di più della loro condizione. Inoltre riportavano livelli più elevati di stress quelle pazienti che, pur non mostrando segni di depressione, erano pessimiste sulle loro effettive possibilità di concepire in seguito a trattamento, nonostante prognosi medica favorevole.

In una ricerca longitudinale Connolly et al. (1992) hanno indagato ansia, depressione, adattamento coniugale e identità di ruolo, ed è risultato che questi aspetti sono addirittura migliorati dopo mesi di indagini diagnostiche. Soltanto nei partner che sono risultati portatori di sterilità, in particolare negli uomini, sono state rilevate difficoltà in seguito alla conoscenza della diagnosi. Le coppie sono apparse in generale ben adattate e non sono state rilevate particolari patologie psichiche rispetto ai gruppi di controllo. Gli autori ipotizzano che questi risultati siano dovuti anche ad una sorta di autoselezione, per cui soltanto le coppie più stabili si impegnano attivamente sottoponendosi fino alla loro conclusione ai processi diagnostici.

Le informazioni disponibili suggeriscono quindi che l'infertilità ha un impatto sul funzionamento psicologico, coniugale e sessuale, sembra che l'esperienza dell'infertilità possa essere più o meno patogena in relazione ad una quantità di fattori, individuali e di coppia, cognitivi ed emotivi, medici e sociali. In particolare alcune coppie mostrano di adattarsi e di saper far fronte alla crisi di infertilità, attivando nuove risorse, meglio di altre (Edelmann, Connolly 1986). In tal senso la ricerca sta rivolgendo la

sua attenzione allo studio delle modalità messe in atto dalle coppie infertili nell'affrontare la loro condizione, al fine di differenziare le modalità più attive da quelle potenzialmente patologiche e di poter quindi intervenire nell'indirizzare le coppie verso risposte più adattive.

Le ricerche che hanno avuto come obiettivo quello di indagare eventuali differenze fra uomo e donna nel vissuto di infertilità invece, sembrano concordi nell'attribuire alla donna maggiore stress e maggiore disagio psicologico rispetto al partner.

Collins et al., (1992) concludono che le donne sono più stressate degli uomini, e sembra che il desiderio intenso di un figlio possa generare risposte di stress maggiori prima dell'inizio del trattamento di fecondazione assistita sia per gli uomini che per le donne.

Edelmann e Connolly (2000) nel loro studio volto ad indagare ansia, percezione di disagio psicofisico e nevroticismo hanno riscontrato che, sebbene ci siano differenze significative fra uomini e donne nelle dimensioni indagate, esse deviano di poco rispetto ai punteggi dei rispettivi campioni normativi. I dati di questo importante lavoro britannico sono stati raccolti grazie ad un *range* di strumenti di misura standardizzati ("State-Trait Anxiety Inventory"-STAI- e "General Health Questionnaire"-GHQ-) per l'investigazione di dimensioni di personalità e psicopatologia in due campioni distinti valutati in modo longitudinale. Il primo campione era costituito da 130 coppie, 116 delle quali completò l'*assessment* di indagine psicologica nel momento della loro consultazione iniziale e nuovamente circa sette mesi più tardi. Il secondo campione era costituito da 150 coppie che si sottoponevano per la prima volta all'inizio del trattamento di Fecondazione in Vitro (IVF), rivalutate poi a circa sei settimane di distanza ed infine a ciclo completato.

Altre ricerche confermano che le donne infertili sembrano avere un maggiore rischio di *stress emozionale* rispetto agli uomini (Daniluk, 1997).

Le donne sembrano riportare livelli di stress maggiore rispet-

to agli uomini anche nei vari stadi del trattamento di fecondazione in vitro (Baram et al., 1988; Connolly et al. 1992; Laffont & Edelmann, 1994).

Edelman e Connolly (2000) attribuiscono ai risultati degli studi sulla differenza di genere diverse spiegazioni: essi possono riflettere i cambiamenti di ruolo per gli uomini e le donne nel vissuto soggettivo dell'infertilità; in secondo luogo, gli uomini sono più inclini a negare eventuali evidenze in senso psicopatologico; le donne sono maggiormente coinvolte a livello fisico nelle procedure di diagnosi e di trattamento nella cura dell'infertilità. Gli uomini e le donne inoltre rispondono allo stress in modo diverso (ad esempio abuso di alcol o depressione); inoltre le donne hanno punteggi normativi maggiori degli uomini in una serie di scale volte a misurare la presenza di psicopatologia

È infine importante sottolineare come le eventuali differenze di genere possono corrispondere a evidenze più generali fra uomini e donne, che vanno oltre l'aspetto specifico dell'infertilità. Le donne sembrano essere maggiormente espressive degli uomini. Esistono quindi differenze nella percezione dello stress fra uomini e donne a livello generale (Gove, 1978; Weissman & Klerman, 1977).

• Obiettivi

Il nostro lavoro ha come obiettivo quello di individuare, attraverso un'indagine di carattere esplorativo e descrittivo, i livelli di ansia di stato, percezione del disagio psicologico-psicofisico e sintomatologia psiconevrotica, con particolare riferimento all'ansia libera, manifestazioni somatiche dell'ansia e personalità isterica in un campione di coppie infertili all'inizio del percorso per l'accertamento, diagnosi e trattamento dell'infertilità.

Il secondo obiettivo del nostro lavoro consiste nell'individuare eventuali differenze di genere relativamente agli spetti psicologici sopra indicati.

Sulla base della letteratura ipotizziamo che vi sia una differenza significativa nella percezione tra uomini e donne per quanto riguarda il vissuto di infertilità.

Verranno inoltre indagate eventuali relazioni fra le variabili oggetto di studio.

• Metodologia

Partecipanti

I dati raccolti si riferiscono al periodo giugno 2006- giugno 2008, durante il quale 1021 coppie si sono rivolte al Centro per la Fisiopatologia della Riproduzione Umana del dipartimento Materno-Infantile dell'Università di Firenze-AOU Careggi per la prima visita di accesso al protocollo diagnostico e terapeutico.

Sono stati previsti come criteri di inclusione dei partecipanti alla nostra ricerca la nazionalità italiana e l'assenza di patologia psichiatrica attuale o pregressa.

Delle 1021 coppie che si sono presentate al Centro 255 (25%) erano straniere e non hanno preso parte all'indagine; delle restanti 766 coppie alle quali è stata somministrata la batteria di test, 536 hanno proseguito l'iter terapeutico (30% di drop-out dopo il primo accesso, che potrebbe essere conseguente a diverse cause: scelta di proseguire l'iter di fecondazione artificiale altrove, gravidanza ottenuta spontaneamente, non sufficiente motivazione a seguire un iter terapeutico difficoltoso e doloroso, non interesse a contribuire alla ricerca).

I soggetti che hanno proseguito l'iter almeno fino ai test clinico-diagnostici e che hanno accettato di partecipare alla ricerca sono risultati essere 510.

Il nostro campione è quindi composto da 510 soggetti divisi in 255 coppie che si sono rivolte al Centro di Procreazione Medicalmente Assistita.

Considerando il taglio esplorativo della ricerca per ottenere

un quadro delle problematiche indagate relative ai soggetti infertili, si è ritenuto di utilizzare i risultati di tutti i soggetti che hanno aderito alla proposta di compilare la batteria di test.

È opportuno ricordare che le coppie che presentano problemi di fertilità che hanno partecipato a questa ricerca non devono essere considerate come un campione rappresentativo di una popolazione predefinita. Nel complesso, tuttavia essi possono rappresentare tipiche coppie italiane di classe media che cercano di risolvere il loro problema di infertilità rivolgendosi a strutture pubbliche.

Passando ad analizzare la composizione del gruppo di partecipanti che ha compilato la batteria di test, sono stati considerati i seguenti parametri:

- Età
- Stato civile
- Livello di istruzione/scolarità

- Età

L'indagine è stata condotta su un totale di 510 soggetti, di età compresa fra i 22 e i 50 anni. L'età media è di 37.1 (± 5) per i partners maschili, 34.9 (± 4.2) per le femmine e di 36 anni ($\pm 4,7$) quella della coppia (Tabella 1).

Tab.1: Età media del campione per genere

	Maschi N=255	Femmine N=255	Totale N=510
ETA'			
M \pm DS	37.1 \pm 5	34.9 \pm 4.2	36 \pm 4.7
(range)	(22-50)	(23-46)	(22-50)

Successivamente l'età è stata codificata in 3 fasce (21-30; 31-40; 41-50) per evidenziare l'andamento del fenomeno in modo più specifico.

Come riportato in figura 1 la maggioranza dei soggetti sono compresi nella fascia di età di 31-40 anni, il restante si colloca prevalentemente nella classe di 21-30 anni e in quella di 41-50 anni.

- Stato civile

Risulta che la maggior parte delle coppie sono sposate (72.5%), mentre le restanti coppie (27.5%) conviventi.

- Livello di istruzione/scolarità

Il livello di istruzione dei soggetti comprende i vari ordini e gradi scolastici con 31.8% degli uomini e 21.2% delle donne che hanno conseguito la licenza della scuola media inferiore; il 50.2% sia degli uomini che delle donne che hanno la media superiore e infine risultano laureati rispettivamente il 18% degli uomini e il 28.6% delle donne.

Problematiche relative all'infertilità

Fra le **diagnosi di infertilità** con le quali le coppie arrivano al Centro, risulta maggiore la "causa femminile" (32.9 %), a seguire "causa maschile" (28.2 %), "sine causa" (20.4 %), "causa mista" si trova per l'11.8%, ed infine vi è un 6.7 % di coppie che non ha effettuato nessun tipo di esame specifico prima dell'ingresso al Centro.

Per quanto riguarda il **tempo di ricerca del concepimento** questo dato è stato suddiviso in 4 fasce e dalla analisi dei risultati troviamo che il 36,1 dei soggetti è alla ricerca di un figlio da circa 2 anni, il 35,7% da 3 a 5 anni, il 18,8% da meno di un anno e il 9,4% da 6 a 10 anni.

• Strumenti

Per il nostro lavoro abbiamo utilizzato i seguenti test:

1 State Trait Anxiety Inventory Y-1 di Spielberger et al. (1983) -adattamento italiano a cura di Pedrabissi & Santiniello (1989).

Esso misura l'ansia di stato su una scala a 4 livelli di intensità, il questionario è composto da 20 item. Nelle istruzioni si richiede al soggetto di descriversi leggendo ogni frase e contrassegnando con una crocetta come si sente adesso. Sono presenti 4 alternative (“per nulla”, “un po’”, “abbastanza”, “moltissimo”). A ogni voce dello STAI-Y è attribuito un punteggio ponderato da 1 a 4. La valutazione 4 indica la presenza di un alto livello di ansia. Alcuni items sono formulati in forma invertita (perché indicano l'assenza di ansia) quindi le risposte 1, 2, 3, 4 sono valutate rispettivamente 4, 3, 2, 1 e vengono ricodificate in sede di analisi.

Il punteggio finale si ottiene per somma delle risposte ai singoli item e può variare da un minimo di 2 ad un massimo di 80, maggiore è il punteggio e maggiore è il livello di ansia del soggetto. Il punteggio ottenuto dai soggetti si rapporta con il punteggio del campione normativo per genere ed età. Nel nostro studio consideriamo i punteggi normativi per genere.

2 GHQ-12 General Health Questionnaire 12 di Goldberg (1972) nella versione a 12 item tradotta e validata in italiano da Bellantuono et al. (1987).

Il questionario viene utilizzato per esplorare il “*benessere psicologico-psicofisico*” (Fraccaroli & Schadee, 1993; Claes & Fraccaroli, 2002) percepito dagli individui.

È composto da 12 item (Scala Likert a 4 punti: 0-3), al soggetto viene chiesto di confrontare la propria situazione attuale rispetto al suo stato psicologico consueto e segnalare eventuali disturbi di tipo psicofisico e generale presentatisi nelle ultime settimane.

Il questionario, che esplora aspetti quali l'incapacità di gestire le normali attività quotidiane e l'emergenza di nuovi sintomi di disagio psicofisico, costituisce una misura dell'intensità dei sintomi ed il punteggio riflette la posizione dei soggetti.

Il punteggio finale si ottiene per somma con una modalità di scoring di tipo dicotomico (0-0-1-1) che indica l'assenza o la presenza di sintomi, oppure con un metodo di scoring di tipo Likert che assegna punteggi separati ad ogni categoria di risposta (0-1-2-3). Banks et al. (1980) dimostrarono che quest'ultimo metodo di scoring produce una migliore distribuzione dei punteggi per le analisi statistiche di tipo parametrico. Per il nostro lavoro è stato utilizzato il metodo di scoring di tipo Likert. Il range di riferimento va da 0 a 36 e più alto è il punteggio, maggiore è l'alterazione della percezione del disagio psicofisico.

In un lavoro sul confronto tra i metodi di scoring, nel contesto italiano Piccinelli et al., (1993) consigliano di usare il cut-off 13/14 come valore di soglia per distinguere l'eventuale presenza di disagio psicofisico.

3 MHQ – Middlesex Hospital Questionnaire – Crown Crisp Experiental Index – CCEI (1970) Versione italiana di Nardella, O. S. Firenze, (1979).

È un questionario di autovalutazione che indaga la presenza di *sintomatologia nevrotica*.

È composto da 48 items che offrono la possibilità di risposta binaria (Sì, No) o fra tre risposte alternative, espresse sempre con avverbi differenti per scoraggiare anche percettivamente l'automatismo della risposta.

Gli items sono distribuiti in 6 scale, che consentono di indagare un profilo dei punteggi dei 6 sub-test. Questi ultimi sono intesi a misurare rispettivamente l'ansia fluttuante (Scala A), l'ansia fobica (Scala F), l'ossessività (Scala O), le componenti somatiche dell'ansia (Scala S), la depressione (Scala D), la personalità isterica (Scala E).

È possibile calcolare un punteggio globale, indice di “nevroticismo”, sia un profilo dei punteggi dei sei sub-test (0 – 16). Un punteggio elevato indica presenza di tratti o sintomi relativi all’area indagata e per il punteggio globale (0 – 96) relativi al nevroticismo.

Nel contesto italiano è stato effettuato un lavoro per la taratura dove vengono riportati i punteggi normativi delle diverse scale e del nevroticismo globale in riferimento anche al genere ed alle classi di età (Zizolfi et al., 1992).

In questa ricerca verrà utilizzato il punteggio globale (*indice generale di nevroticismo*) e i punteggi delle scale ansia libera (Scala A), manifestazioni somatiche dell’ansia (Scala S) e personalità isterica (Scala E).

• Procedura

Il lavoro che presentiamo si è svolto presso il Centro di Procreazione Assistita di Firenze che si trova all’interno dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, nel Dipartimento di Ginecologia, Perinatologia e Riproduzione Umana.

All’interno dell’ambulatorio del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita alle due figure mediche (ginecologo e andrologo) si affianca, fin dal primo incontro, lo psicologo che si pone in posizione di ascolto e di osservazione delle modalità relazionali della coppia. Lo psicologo poi interagisce con la coppia separatamente proponendo un protocollo di indagine psicologica che viene compilato e successivamente restituito.

La batteria di test che viene somministrata alla coppia è stata messa a punto allo scopo di indagare il vissuto personale e dare un eventuale supporto clinico agli utenti che accedono al servizio, nei vari momenti dell’iter diagnostico e terapeutico.

La coppia infatti, avrà sempre a disposizione la figura dello specialista psicologo a cui potrà rivolgersi, quando lo ritiene più opportuno e ne sente la necessità, manifestando la propria intenzione agli operatori del Centro.

La coppia viene avvisata che la ricerca si svolge seguendo i criteri dettati dalla normativa sulla privacy (Decreto Legge 196/2003).

• Analisi dei dati

I risultati ottenuti con i diversi strumenti sono stati analizzati a livello descrittivo, successivamente sono stati effettuati test parametrici e analisi correlazionali.

Nello specifico sono state condotte le seguenti analisi statistiche: i **confronti con i criteri normativi** per i punteggi ottenuti con STAI-Y GHQ-12 e MHQ sono stati effettuati con *test t per campione unico* seguendo le specifiche indicate dagli autori dei rispettivi test. Per il test STAI-Y abbiamo tenuto conto del genere; per il GHQ-12 il confronto è stato effettuato separatamente fra maschi e femmine con il punteggio di cut-off di 14; per l'MHQ si è proceduto con il test t per campione unico per il confronto con i punteggi normativi in relazione al genere e alle classi di età.

Per valutare **la differenza tra maschi e femmine** relativamente ai punteggi dei test STAI-Y e GHQ-12 sono stati effettuati confronti con *test t di Student per campioni indipendenti*, considerando le dimensioni psicologiche misurate come dimensioni individuali e non di coppia (Lanz & Rosati, 2002).

Per quanto riguarda le tre scale e il punteggio globale del MHQ considerando che i criteri di riferimento riportati nella taratura per la validazione italiana del test tengono conto di genere ed età, si è proceduto con analisi tramite ANOVA FATTORIALE.

Infine è stata effettuata la **verifica della relazione tra i risultati** dei diversi strumenti con la *correlazione r di Pearson*. Le analisi sono state effettuate con programma Statistica Package for Social Sciences (SPSS, versione 15).

• STAI-Y-Test di valutazione dell'ansia di stato

Per poter confrontare i risultati dei nostri soggetti con quelli del campione normativo di riferimento (Pedrabissi & Santiniello, 1989) abbiamo suddiviso il nostro campione secondo il genere, cercando di attenerci ai criteri indicati dall'autore del test STAI-Y (Spielberger et al., 1983).

I risultati ottenuti dal campione della ricerca, a livello descrittivo, evidenziano punteggi che, se confrontati con il campione normativo, rientrano nella norma in quanto non è stata evidenziata alcuna differenza significativa in nessuno dei confronti effettuati con il test *t* di Student per campione unico (Tabella 2). Questo dato sembra indicarci che la maggioranza dei soggetti che si sono presentati al primo incontro con l'équipe del Centro di Procreazione Assistita non si sente più ansiosa di quanto viene riportato da un campione della popolazione generale.

Tab. 2: Ansia di stato e genere:
Confronto tra il campione di studio ed il campione normativo.

STAI-Y	N	Campione ricerca (M±DS)	Campione Normativo* (M±DS)	t	gdl	p
Maschi	255	36.69±8.65	36 ±9.7	1.282	254	0,201(n.s.)
Femmine	255	40.96±10.62	39.93±11	1.601	254	0,111(n.s.)

*Pedrabissi, Santiniello (1989)

Il confronto per genere effettuato con il test *t* di Student per campioni indipendenti mostra nel nostro gruppo, una differenza significativa fra maschi e femmine (*t* di Student $_{(487,969)} = -4.978$; $p=.001$) in quanto i maschi presentano un punteggio medio di 36.69 (± 8.65) e le femmine di 40.96 (± 10.62).

Tali valori rientrano comunque nel livello normativo ma testimoniano la presenza di punteggi più alti al test STAI-Y nel

sesso femminile, differenza riscontrata anche nel campione normativo (Pedrabissi & Santiniello, 1989).

- **GHQ 12- Test di valutazione della percezione di disagio psicofisico**

La percezione del disagio psicofisico è stata valutata utilizzando il GHQ 12 nella forma che utilizza il metodo di scoring Likert per individuare l'intensità e la frequenza dei sintomi di malessere psicofisico proposti nelle domande del questionario. In tale forma il punteggio finale ha un range di riferimento di 0- 36; più alto è il punteggio, maggiore è l'alterazione dello stato psicofisico.

I risultati ottenuti al test GHQ-12 sono stati confrontati con il valore di soglia 14 consigliato da Piccinelli et al. (1993), che indica un'alterazione della percezione del benessere psicofisico dei soggetti.

Il punteggio medio dei maschi ($M=9.13$; $DS=3.6$) risulta significativamente inferiore al valore soglia ($t_{(254)} = -21.31, p < .001$), come per le femmine ($M=10.35$; $DS=4.7$) risulta statisticamente inferiore al valore di cut-off ($t_{(254)} = -12.35, p < .001$) (Tabella 3).

Tab. 3 Confronto punteggi medi GHQ 12 soggetti della ricerca con valore di cut-off

GHQ-12	N	Campione ricerca (M±DS)	Cut-off*	t	gdl	p
Maschi	255	9.13±3.6	14	-21.31	254	.001
Femmine	255	10.35±4.7	14	-12.35	254	.001

*Piccinelli, et al. (1993)

Per quanto riguarda lo stato di salute generale percepito dai soggetti, inteso come benessere psicofisico ed emotivo, notiamo che le femmine ($M=10.35 \pm 4.7$) hanno punteggi medi superiori ai maschi ($M=9.13 \pm 3.6$) e tale differenza risulta significativa con test t di Student ($t_{(477,639)} = -3.260; p = .001$).

• **MHQ- Test per la valutazione della sintomatologia nevrotica**

Per quanto riguarda i risultati al test MHQ (Nardella, 1979) è possibile calcolare un punteggio globale, indice di “nevroticismo”, sia un profilo dei punteggi dei sei sub-test (0 – 16). Un punteggio elevato indica presenza di tratti o sintomi relativi all’area indagata e per il punteggio globale (0 – 96) relativi al nevroticismo.

In questa ricerca verrà utilizzato il punteggio globale (*indice generale di nevroticismo*) e i punteggi delle scale: Ansia libera e fluttuante (Scala A), Manifestazioni somatiche dell’ansia (Scala S) e Personalità isterica (Scala E).

I risultati al test MHQ sono stati valutati con i criteri della taratura italiana riportati in Zizolfi et al. (1992), tenendo in considerazione il punteggio relativo all’età dei soggetti e al genere, pertanto per il confronto i soggetti sono stati suddivisi per il genere e tre classi di età: 21-30; 31-40; 41-50 (Tab. 4).

Tab. 4 Distribuzione del campione per classi di età e genere

	Maschi		Femmine		Totale	
	N=255		N=255		N=510	
Fasce d’età	f	%	f	%	f	%
21-30	25	9.8	36	14.1	61	12.0
31-40	173	67.8	203	79.6	376	73.7
41-50	57	22.4	16	6.3	73	14.3
Totale	255	100	255	100	510	100

I confronti dei diversi gruppi, considerati per genere ed età, effettuati con test t di Student per campione unico, vengono riportati di seguito separatamente per maschi e per femmine.

Per quanto riguarda il tratto ansioso si nota che nei maschi in tutte le tre classi di età esiste una differenza significativa con il campione normativo evidenziata da un punteggio minore nel campione della ricerca (Tabella 5), che ci informa dell'assenza di tratti ansiosi alterati.

In merito alla scala che valuta le Manifestazioni somatiche dell'ansia possiamo rilevare che non c'è differenza statisticamente significativa fra il gruppo dei maschi e il campione normativo relativamente alla prima classe di età (21-30). Per le altre due classi di età invece (31-40; 41-50) esiste una differenza significativa evidenziata da un punteggio minore dai maschi del nostro campione (Tabella 5).

Anche per la Scala E (Tabella 5) si evidenzia una differenza significativa fra il nostro gruppo maschile e quello normativo, relativamente alle prime due classi di età (21-30; 31-40), che dimostra che i soggetti della nostra ricerca hanno punteggi più bassi. La differenza non risulta statisticamente significativa invece per la terza classe di età (41-50).

Tab. 5 – Confronto per classi di età tra maschi (N=255) e campione normativo relativamente all'Ansia libera e fluttuante (Scala A), alle manifestazioni somatiche dell'ansia (Scala B) e alle manifestazioni isteriche (Scala E).

	età	N	Maschi (M±DS)	Campione normativo (M±DS)	t	gdl	p
Ansia libera e fluttuante Scala A	21-30	25	3.28±2.62	4.41±3.01	-2.15	24	.041
	31-40	173	3.02±2.85	4.31±3.04	-5.96	172	.001
	41-50	57	2.81±2.11	4.61±3.21	-6.46	56	.001
Manifestazioni somatiche dell'ansia Scala B	21-30	25	2.28±2.56	2.68±2.46	-.782	24	.442 (n.s.)
	31-40	173	2.21±2.21	3.38±2.73	-6.96	172	.001
	41-50	57	2.42±2.16	4.56±2.84	-7.47	56	.001
Manifestazioni isteriche Scala E	21-30	25	2.92±2.58	5.68±3.35	-5.35	24	.001
	31-40	173	3.96±3.00	5.71±3.34	-7.66	172	.001
	41-50	57	4.11±3.40	4.87±3.38	-1.69	56	.096 (n.s.)

* Zizolfi S., et al. (1992)

Indice di nevroticismo globale Maschi N=255

Tab. 6- Punteggio di nevroticismo globale.
Confronto tra i maschi (N=255) ed il campione normativo

	N	Maschi (M±DS)	Campione Normativo (M±DS)	t	gdl	p
21-30	25	21.24±10.25	25.07±9.04	-1.87	24	.074 (n.s.)
31-40	173	21.05±11.67	27.49±12.59	-7.26	172	.001
41-50	57	20.98±9.98	30.87±12.54	-7.48	56	.001

Il punteggio globale di nevroticismo (Tabella 6) presenta una differenza significativa per le classi di età 31-40 e 41-50, evidenziando come gli uomini della nostra ricerca abbiano punteggi minori rispetto al campione normativo. La differenza fra il gruppo maschile della ricerca e quello normativo non risulta statisticamente significativo per la prima classe di età (21-30).

Il campione femminile per quanto riguarda l'Ansia libera e fluttuante ottiene punteggi che si approssimano a quelli del campione normativo, non mostrando differenze significative in termini di punteggio inferiore (Tabella,7).

Per il punteggio relativo alle Manifestazioni somatiche dell'ansia si può notare che nella prima fascia d'età (21-30) non vi sono differenze statisticamente significative fra le femmine della nostra ricerca e il campione normativo. L'analisi mostra invece una differenza significativa per quanto riguarda le ultime classi di età (31-40; 41-50), evidenziando che il gruppo di femmine della nostra ricerca ha punteggi di manifestazioni somatiche inferiori rispetto al campione normativo (Tabella 7).

L'analisi del punteggi per la scala E evidenzia una differenza significativa per il nostro gruppo femminile rispetto a quello normativo, in termini di punteggi minori e quindi minore sintomatologia isterica. Questa differenza non risulta significativa per la classe di età 41-50 anni, che si approssima a quella del campione normativo (Tabella 7).

Tab. 7 – Confronto per classi di età tra femmine (N=255) e campione normativo relativamente all'Ansia libera e fluttuante (Scala A), alle manifestazioni somatiche dell'ansia (Scala B) e alle manifestazioni isteriche (Scala E).

	età	N	Femmine	Campione Normativo	t	gdl	p
			M±DS	M±DS			
Ansia libera e fluttuante Scala A	21-30	36	5.64±3.34	6.84±3.34	-2.14	35	.040
	31-40	203	5.03±3.48	5.50±3.72	-.776	202	.439 (n.s.)
	41-50	16	5.50±3.39	6.38±3.11	-1.04	15	.315 (n.s.)
Manifestazioni somatiche dell'ansia Scala B	21-30	36	3.86±2.22	4.23±2.71	-.998	35	.325(n.s.)
	31-40	203	3.35±2.59	3.81±3.25	-2.56	202	.011
	41-50	16	3.06±2.46	5.08±3.28	-3.28	15	.005
Manifestazioni isteriche Scala E	21-30	36	4.67±3.79	6.20±3.36	-2.43	35	.020
	31-40	203	4.38±2.89	5.47±3.21	-5.34	202	.001
	41-50	16	4.81±3.47	4.69±2.40	.141	15	.890(n.s.)

Indice di nevroticismo globale Femmine N=255

Tab. 8- Punteggio di nevroticismo globale.
Confronto tra le femmine (N=255) ed il campione normativo

	N	Femmine M±DS	Campione Normativo M±DS	t	gdl	p
21-30	36	28.92±12.34	31.90±11.77	-1.45	35	.156
31-40	203	27.41±12.72	29.97±11.77	-2.87	202	.005
41-50	16	28.88±14.35	37.54±11.20	-2.42	15	.029

Per quanto riguarda l'indice di nevroticismo globale del nostro gruppo di donne si rileva che non risultano differenze statisticamente significative rispetto ai punteggi del campione normativo suddiviso in classi di età (Tabella 8).

Dall'insieme dei risultati del confronto si nota che nessun gruppo di classe di età in relazione al genere mostra differenze in termini di punteggi maggiori del campione normativo pertanto i soggetti della ricerca mostrano non presentare tratti disfunzionali per le scale considerate e l'indice di nevroticismo.

Successivamente abbiamo *confrontato i punteggi di maschi e femmine*, suddivisi nelle *fasce d'età* sopra riportate relativamente alle scale considerate e del punteggio globale di nevroticismo.

Di seguito presentiamo la verifica statistica tramite ANOVA fattoriale.

• Punteggi alla scala A: ansia libera e fluttuante

Tab. 9- Confronti punteggi medi maschi (N=255)
e femmine (N=255) Scala A

Fasce d'età	Maschi (N=255)			Femmine (N=255)		
	N	M	DS	N	M	DS
21-30	25	3.28	2.62	36	5.64	3.37
31-40	173	3.02	2.85	203	5.31	3.48
41-50	57	2.81	2.11	16	5.50	3.39

Tab. 10 Confronti tramite ANOVA fattoriale Scala A

	Gdl	F	p
Classe di età	2	.238	.788 (n.s.)
Genere	1	35.476	.001
Classe di età*Genere	2	.092	.912 (n.s.)

Per la Scala A esiste una differenza statisticamente significativa fra i maschi e le femmine ($F_{(1,504)} = 35.476; p=.001$), le donne presentano quindi punteggi di ansia libera superiori rispetto ai maschi. La differenza non risulta significativa per quanto riguarda la classe di età ($F=.238; .788$) e l'interazione fra le due variabili indipendenti, classe di età e genere ($F=.092; .912$) [Tabelle 9-10].

• Punteggi alla Scala S: Manifestazioni somatiche dell'ansia

Tab. 11- Confronti punteggi medi maschi (N=255) e femmine (N=255) Scala S

Fasce d'età	Maschi (N=255)			Femmine (N=255)		
	N	M	DS	N	M	DS
21-30	25	2.28	2.56	36	3.86	2.22
31-40	173	2.21	2.21	203	3.35	2.59
41-50	57	2.42	2.16	16	3.06	2.46

Tab. 12 Confronti tramite ANOVA fattoriale Scala S

	Gdl	F	p
Classe di età	2	.407	.666 (n.s.)
Genere	1	12.446	.001
Classe di età*Genere	2	.523	.593 (n.s.)

Per quanto riguarda le Manifestazioni somatiche dell'ansia, l'analisi effettuata mostra che la differenza di genere risulta statisticamente significativa ($F_{(1, 504)} = 12.446; p=.001$). Il gruppo femminile mostra punteggi superiori rispetto a quello maschile. Non risultano differenze significative per quanto riguarda le classi di età ($F=.407; .666$) e l'interazione fra le due variabili indipendenti, classe di età e genere ($F=.523; .593$) [Tab 11,12].

• **Punteggi relativi alla Scala E: personalità isterica**

**Tab. 13- Confronti punteggi medi maschi (N=255) e femmine (N=255)
Scala E**

Fasce d'età	Maschi (N=255)			Femmine (N=255)		
	N	M	DS	N	M	DS
21-30	25	2.9	2.6	36	4.67	3.79
31-40	173	3.96	3.00	203	4.38	2.9
41-50	57	4.11	3.51	16	4.81	3.47

Tab. 14 Confronti tramite ANOVA fattoriale Scala E

	Gdl	F	p
Classe di età	2	.661	.517 (n.s.)
Genere	1	5.557	.019
Classe di età*Genere	2	1.190	.305 (n.s.)

L'analisi effettuata per la scala E mostra che esiste una differenza statisticamente significativa fra i due sessi ($F_{(1,504)} = 5.557$; $0.19 = p < .05$). Non risultano inoltre differenze significative per le classi di età ($F = .661$; $.517$) e l'interazione fra le due variabili indipendenti, classe di età e genere ($F = 1.190$; $.305$) [Tab. 13, 14].

Infine è stato fatto un confronto fra i punteggi dell'MHQ per maschi e femmine a livello globale senza considerare le classi di età, sia per i punteggi relativi alle sottoscale che per l'indice di nevroticismo (come presentato in tabella 15).

Tab.15- Confronto punteggi medi sottoscale considerate e il Nevroticismo Globale

	Maschi (N=255)		Femmine (N=255)		t	gdl	p
	M	DS	M	DS			
Scala A	3.00	2.67	5.37	3.45	-8.677	478.221	.001
Scala S	2.26	2.23	3.40	2.53	-5.38	499.928	.001
Scala E	3.89	3.07	4.45	3.06	-2.066	508	.039
Nevroticismo	21.05	11.14	27.71	12.73	-6.285	499.161	.001

• Correlazioni fra i test

L'ultima analisi statistica effettuata è stata di correlazione (tramite r di Pearson) per individuare eventuali relazioni fra le dimensioni indagate nella nostra ricerca. Tenendo presente l'obiettivo dell'indagine sia a livello di campione totale di soggetti infertili sia a livello di differenza di genere, di seguito si riportano le correlazioni del campione totale e successivamente i livelli di correlazione trovata nei maschi e nelle femmine.

Tab. 16- Tabella di correlazione fra le dimensioni indagate (N= 510)

	STAI-Y	GHQ-12
GHQ-12	.596**	--
Scala A(MHQ)	.593**	.565**
Scala S (MHQ)	.469**	.494**
Scala E(MHQ)	.252**	.197**
Punt.Nevroticismo	.578**	.563**

Dalla tabella 16 si nota che le correlazioni più alte riguardano la relazione tra l'ansia di stato (STAI-Y) con la percezione della salute psicofisica (GHQ-12) ($r=.596$; $p < .001$), con il tratto di Ansia Libera e fluttuante (MHQ - A) ($r=.593$; $p < .001$) e il punteggio di Nevroticismo globale ($r=.579$; $p < .001$).

Presentiamo di seguito le tabelle delle correlazioni rispettivamente per i maschi e per le femmine.

**Tab. 17-Tabella delle correlazioni
fra le dimensioni indagate- maschi (N=255)**

	STAI-Y	GHQ-12
GHQ-12	.593**	--
Scala A (MHQ)	.613**	.515**
Scala S (MHQ)	.450**	.406**
Scala E (MHQ)	.270**	.235**
Punt. Nevroticismo	.571**	.499**

**La correlazione è significativa a livello .01

**Tab. 18-Tabella delle correlazioni
fra le dimensioni indagate- femmine (N=255)**

	STAI-Y	GHQ-12
GHQ-12	.580**	--
Scala A (MHQ)	.536**	.580**
Scala S (MHQ)	.435**	.529**
Scala E (MHQ)	.216**	.151*
Punt. Nevroticismo	.542**	.587**

**La correlazione è significativa a livello .01

* La correlazione è significativa a livello .05

Si può notare (Tab.17-18) una correlazione significativa positiva fra Ansia di Stato e Percezione di Disagio Psicofisico sia per gli uomini, $r=.593$; $p=.01$, sia per le donne $r=.580$; $p=.01$.

La correlazione fra le due dimensioni indagate, ansia libera e fluttuante e ansia di stato (Tab.17-18) risulta significativamente positiva per entrambi i sessi (maschi $r = .613$; $p = .01$; femmine $r = .536$; $p = .01$).

La correlazione fra il punteggio di Ansia di stato e Nevroticismo (Tab.17-18) risulta essere significativa e positiva sia per i maschi ($r = .571$; $p = .01$) sia per le femmine $r = .542$; $p = .01$).

La correlazioni fra l'ansia di stato e manifestazioni somatiche dell'ansia (Tab.17-18) risulta essere significativa positiva ($r = .450$; $p = .01$ per i maschi e $r = .435$; $p = .01$ per le femmine).

Fra le dimensioni relative all'ansia di stato e di personalità isterica (Tab. 17-18) si evidenziano correlazioni inferiori alle precedenti e che risultano al limite con la tendenza alla correlazione positiva ($r = .270$; $p = .01$ maschi e $r = .216$; $p = .01$ femmine). Tali livelli di correlazioni risultano tuttavia statisticamente significativi in un campione di soggetti numeroso (Ercolani, Areni, Leone, 2002).

Fra le dimensioni di Nevroticismo e Percezione di disagio psicofisico (Tab.17-18) si evidenzia una correlazione significativa positiva per i maschi ($r = .499$; $p = .01$) e per le femmine ($r = .587$; $p = .01$).

La correlazione fra le due dimensioni Ansia libera e fluttuante e Percezione di disagio psicofisico (Tab.17-18) è significativa positiva per i maschi ($r = .515$; $p = .01$), positiva e leggermente superiore per le femmine ($r = .580$; $p = .01$).

La correlazione fra le manifestazioni somatiche dell'ansia e la percezione di disagio psicofisico (Tab.17-18) è significativa positiva per i maschi ($r = .406$; $p = .01$), come per le femmine ($r = .529$; $p = .01$).

Si evidenzia fra le dimensioni indagate relativamente alla scala E del MHQ vs. GHQ 12 (Tab.17-18) una debole correlazione positiva sia per i maschi ($r = .235$; $p = .01$) che per le femmine ($r = .151$ $p = .05$).

• Discussione e conclusioni

A partire dagli obiettivi e dalle ipotesi di ricerca che avevamo formulato inizialmente, abbiamo visto che esiste una differenza nelle dimensioni di ansia di stato, percezione di benessere psicofisico, nevroticismo e alcuni tratti nevrotici fra i maschi e le femmine delle coppie infertili. Sono le femmine che mostrano punteggi più elevati nelle dimensioni indagate.

Potremmo far riferimento, per spiegare questo dato, ad un maggior coinvolgimento emotivo della donna rispetto al desiderio di diventare madre ed a una maggiore ansia rilevata anche in previsione del percorso di procreazione medicalmente assistita che, a livello di tecniche, coinvolge maggiormente il sesso femminile.

Prima di cominciare ogni ciclo di trattamento la preoccupazione delle donne è legata alla condizione di sterilità; durante il ciclo la paura prevalente è legata al possibile fallimento; una volta ottenuto il concepimento, si fa strada il timore di non riuscire a portare a termine la gravidanza, dovendo ripetere di nuovo tutta la procedura.

Nel confronto dei punteggi del nostro campione con i punteggi dei campioni normativi è emerso che per quanto riguarda i punteggi di ansia di stato i partecipanti non si trovano in una condizione di ansia maggiore rispetto ad un campione della popolazione generale; la percezione di disagio psicofisico non presenta punteggi elevati in termini disfunzionali; il punteggio di nevroticismo globale invece mostra una differenza significativa con il campione normativo evidenziando punteggi inferiori dei soggetti che fanno parte del nostro campione. La medesima conclusione vale anche per le sottoscale indagate relativamente al nevroticismo, ovvero ansia libera e fluttuante, manifestazioni somatiche dell'ansia e personalità isterica.

Il nostro campione sembra quindi non presentare evidenze di disagio. Questo dato potrebbe essere messo in relazione a quan-

to affermato da Martinelli (1999), secondo il quale la coppia che è in attesa di entrare per la prima volta in un programma di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) mantiene un certo ottimismo che la porta a credere nella possibilità del figlio e a minimizzare la possibilità di fallimento. Si può evidenziare inoltre in alcune coppie infertili l'attivazione di alcuni meccanismi di difesa, tra cui quello della *scissione* che porta a separare attivamente il corpo dalla psiche, in altre parole la componente biologica della sterilità da quella emotivo-affettiva. Le persone, cioè, legano la propria sofferenza al corpo sterile si convincono che risolvere il problema attraverso le procedure mediche significhi anche risolvere la propria sofferenza. In tale modo è completamente negata e/o rimossa la propria soggettività emotiva ed affettiva: viene disconosciuto e/o respinto che il proprio disagio sia in stretta relazione al modo in cui è vissuta la condizione di sterilità (Ardenti et al., 1999).

L'adattamento psicologico ai diversi momenti ed il superamento degli effetti negativi degli stessi sono inoltre condizionati da un insieme di variabili soggettive per il singolo e la coppia quali ad esempio: storia personale e della coppia, causa della sterilità, tempo intercorso dalla diagnosi, numero di cicli ripetuti di PMA, modalità di coping (diverse nei due sessi), relazione medico-paziente (Martinelli, 1999).

Come afferma Fiumanò (2000) inoltre, le coppie con difficoltà a procreare in genere sono restie a parlare dei propri conflitti. Non lo fanno per diversi motivi: perché la sterilità di cui temono di essere portatori è socialmente stigmatizzata e oggetto di vergogna; perché il bambino che domandano copre altre difficoltà interne alla coppia, che una nascita, si augurano, potrebbe risolvere (Soulè, 1982).; o perché sono ormai avvezzi a una medicina che si occupa del corpo-macchina ma trascura i soggetti che lo abitano (Fiumanò, 2000).

Relativamente alla terza parte della nostra analisi statistica, quella relativa al calcolo di correlazioni fra le dimensioni indaga-

te (vedi Tab. 23-24) è emerso in dettaglio che ad un aumento del livello di ansia corrisponda una peggiore percezione di disagio psicofisico in entrambi i generi così come ad una condizione di ansia di stato elevata corrisponde un tratto di ansia libera e fluttuante evidente. Sembra pertanto che ad elevati punteggi di ansia di stato siano associati maggiori manifestazioni somatiche sia per gli uomini che per le donne. Un elevato nevroticismo si associa una peggiore percezione di benessere psicofisico sia nei maschi che nelle femmine, le correlazione fra le due dimensioni Ansia libera e fluttuante e Percezione di disagio psicofisico sebbene positiva per entrambi i generi evidenzia un risultato leggermente maggiore nelle femmine. Anche per manifestazioni somatiche dell'ansia evidenti, sembra quindi associarsi una percezione peggiore del proprio benessere psicofisico statisticamente positiva per entrambi i sessi; infine una positività più debole per maschi e femmine è stata rilevata nella correlazione tra "Personalità Isterica" e percezione di disagio psicofisico. Nel complesso, quindi tutte le dimensioni indagate correlano fra loro in modo significativo positivo, evidenziando come ad un malessere in una determinata dimensione quale ad esempio l'ansia di stato sia correlato una peggiore percezione di disagio psicofisico e un indice di nevroticismo maggiore.

Questo lavoro di ricerca esplorativo suggerisce alcune riflessioni. La fecondazione assistita non può costituire una sfida di due persone cui la natura pare avere negato una delle facoltà essenziali dell'essere umano, che si misurano, a qualsiasi costo, con la natura per dimostrare a sé medesime ed a quanti le circondano che quella facoltà, contro ogni apparenza, la possiedono. Paradossalmente, vinta la sfida, potrebbero non provare più interesse per il bambino che ne hanno ricavato (Bydlowski, 1984; Flaminio & Mutinelli, 2001; Benvenuti & Valoriani, 2007).

La fecondazione assistita deve costituire un ragionevole tentativo di superare un ostacolo che si affronta, anche sopportando sofferenze e sacrifici, perché si vuole trasformare la coppia in fa-

miglia, un tentativo affrontato nella consapevolezza che la medicina moderna, pure dotata di capacità prodigiose, non può tutto sulla natura, la quale conserva recessi che la scienza non ha saputo ancora penetrare per stabilirvi il proprio dominio.

Non sempre la personalità dei coniugi e il loro legame escono irrimediabilmente alterati dalla prova. La condizione di sterilità non è comunque esperienza che si dimentica. Anche quando si supera lascia segni indelebili per sempre: sentimenti di vergogna e di colpa, di rabbia e di inadeguatezza, l'idea di essere stati per tanto tempo puniti ingiustamente, diversi dagli altri. Queste emozioni dolorose possono essere elaborate e superate attraverso la rilettura delle esperienze vissute, valorizzando ciò che in esse vi è stato di positivo.

È necessario qui ribadire l'importanza di un approccio interdisciplinare al problema, di uno spazio al cui interno sia possibile domandarsi cosa possa spingere una coppia a cercare un figlio, per capire cosa ci sia dietro all'impossibilità di procreare, per valutare con sufficiente attenzione le dinamiche che sottendono le richieste di PMA. Inoltre non c'è soltanto la necessità di valutare in che modo i fattori di carattere psicologico possano causare l'infertilità, ma bisogna anche considerare l'effetto dell'infertilità sul funzionamento psicologico. Questi elementi portano a considerare l'importanza e la necessità del counseling psicologico per la coppia infertile come momento di sostegno, di aiuto, come spazio in cui la coppia possa occuparsi delle proprie reazioni all'infertilità e in particolare del processo di accettazione del problema.

Può allora essere necessario riappropriarsi del senso del tempo della speranza e dell'attesa. Quando dire basta? Che tempi darsi? È utile prendersi un tempo per la riflessione e per la maturazione della scelta.

Come afferma Galli (2002), si tratta di accettare la mancanza della fecondità biologica per poter mantenere e salvaguardare la fecondità emotiva. È vero che viviamo in una società in cui il valore di un individuo viene misurato in molti casi sulla sua ca-

pacità di produrre, ma è veramente importante che, a molte coppie, venga riconosciuta, affinché la possano riconoscere in sé stesse, una possibilità creativa al di là ed oltre la “produzione” di un figlio.

Riteniamo inoltre che il concetto dell’unitarietà corpo-mente sia estremamente valido anche per gli operatori. Scindere gli aspetti organici, biologici e psicologici della sterilità, per motivi scientifici, può essere un’esigenza tecnica. Tuttavia, solo uno studio mirato e focalizzato in un contesto pluridisciplinare consente di avvicinarsi il più possibile alla realtà soggettiva del fenomeno, in relazione al quadro di ciascun singolo caso. Nella pratica operativa, quindi, è indispensabile una stretta cooperazione tra le diverse figure professionali: necessita, cioè, un approccio integrato, che valorizzi l’unicità della persona e favorisca l’individuazione della soluzione più adeguata al problema, quale esso si presenta di volta in volta.

Per concludere si ipotizza che, attraverso una buona collaborazione tra professionisti di diverse discipline e la presenza di psicologi come parte integrante delle attività mediche della riproduzione, si potrebbero offrire opportunità significative per una migliore comprensione dei casi, per la ricerca di soluzioni che rispondano agli specifici bisogni di ogni coppia, sia infine una prevenzione del disagio lungo e dopo l’eventuale percorso di PMA. La collaborazione di uno psicologo, inoltre, potrebbe rivestire un ruolo importante nel facilitare la comprensione e la comunicazione all’interno dell’èquipe.

Partendo da questi assunti e da un’attenta analisi della letteratura, nell’ipotesi di un progetto di consulenza psicologica all’interno di un centro di fecondazione assistita, si pensa di non rivolgere l’intervento solo alle coppie che ne fanno richiesta o, peggio, limitarlo solo alle coppie che hanno già subito insuccessi, ma di cercare di inserire la figura dello psicologo clinico all’interno del percorso terapeutico, come normale routine di un centro di questo tipo.

Alcuni suggerimenti per le ricerche future nel campo dell’in-

fertilità riguardano la necessità di svolgere studi di tipo longitudinale al fine di seguire la coppia durante tutto il suo iter diagnostico e terapeutico, compreso un adeguato periodo temporale successivo la nascita del figlio concepito grazie alle tecniche PMA (Cecotti, 2004).

Si sottolinea, inoltre, l'importanza di creare e validare strumenti specifici in grado di indagare i vissuti di stress-specifici per l'infertilità.

Ringraziamenti: alla dott.ssa Vania Valoriani ed al prof. Ivo Noci che a diverso titolo hanno fornito la cornice di base per questo lavoro.

• Sommario

Una parte consistente della letteratura internazionale delle ultime decadi suggerisce che l'infertilità ha un impatto sul funzionamento psicologico della coppia infertile; sembra che l'esperienza dell'infertilità possa essere più o meno patogena in relazione ad una quantità di fattori, individuali e di coppia, cognitivi ed emotivi, medici e sociali. Questa ricerca, attraverso un'indagine di carattere esplorativo e descrittivo, ha inteso individuare, come primo obiettivo, i livelli di ansia di stato, percezione del disagio psicologico-psicofisico e sintomatologia psiconevrotica, con particolare riferimento all'ansia libera, manifestazioni somatiche dell'ansia e personalità isterica in un campione italiano di coppie infertili all'inizio del percorso per l'accertamento, diagnosi e trattamento dell'infertilità. Il secondo obiettivo del nostro lavoro consiste nell'individuare eventuali differenze di genere relativamente agli aspetti psicologici sopra indicati. I risultati e le loro implicazioni psicologiche sono discusse.

Parole chiave: Ansia, Coppia Infertile, Disagio Psicologico

• Abstract

A consistent part of the international literature of the last ten suggests that sterility has an impact on the psychological operation of the infertile couple; it seems that the experience of the infertility can be more or less pathogenic in relationship to a quantity of factors, individual and of couple, cognitive and sensitive person, physicians and social. This search, through an investigation of exploratory and descriptive character, has intended to individualize, as first objective, the levels of anxiety of state, perception of the psychological-psychophysical uneasiness and psychonevrotic symptomatology, with particular reference to the free anxiety, somatic demonstrations of the anxiety and hysterical personality in an Italian sample of infertile couples to the beginning of the run for the check, diagnosis and treatment of the infertility. The second objective of our job consists of relatively individualizing possible differences of kind to the psychological aspects above suitable. The results and their psychological implications are discussed.

Key Words: Anxiety, Infertile Couple, Psychological Uneasiness.

• Résumé

Une partie consistante de la littérature internationale des dernières décades suggère que le stérilité a un impact sur le fonctionnement psychologique du couple infertile; il semble que l'expérience de l'infertilité puisse être plus ou moins pathogénique en relation à une quantité de facteurs, individuels et de couple, cognitifs et émotifs, médecins et sociaux. Cette recherche, à travers une enquête de caractère d'exploration et descriptif, il a entendu déterminer, comme premier objectif, les niveaux d'anxiété d'état, perception de la gêne psychologique-psychophysique et symptomatologie psychonevrotique, avec référence spéciale à l'anxiété libre, manifestations somatiques de l'anxiété et personnalité hystérique dans un Italien champion de couples infertile au début du parcours pour la vérification, diagnostic et traitement de l'infertilité. Le second but de notre

travail consiste à déterminer différences éventuelles de genre relativement aux aspects psychologiques sur indiqués. Les résultats et leurs implications psychologiques sont discutées.

Paroles clef: Anxiété, Couple Infertile, Gêne Psychologique.

Bibliografia

- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L., La Sala, G.B., (1999). Anxiety and perspective functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14(12), 3126-3132.
- Banks, M.H., Clegg, C.W., Jackson, P.R., Kemp, N.J., Stafford, D.M., Wall, T.D., (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *J. Occup. Psychol.*, 53, 187-194.
- Baram, D., Toutelot, E., Meuchler, E., Huang, K-E, (1988). Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.
- Bellantuono, C., Fiorio, R., Zanotelli, R., Tansella, M., (1987). "Psychiatric screening in a general practice in Italy. A validity study of GHQ". *Social Psychiatry*, 22, 113-117.
- Benvenuti, P., Valoriani, V., (2007). Diventare genitori: dinamiche psicologiche e rischio psicopatologico. In Benvenuti, P., (Ed.) *Psicopatologia nell'arco della vita*, Firenze: SEID.
- Bydlowski, M., (1984). "Desir l'enfant du cotè maternel. In W. Pasini, M. Bydlowski, E. Papiernik, F. Beguin (Eds.), *Relation prècoce parents-enfants*. Lyon, SIMEP. In Benvenuti, P., (Ed.) (2007) *Psicopatologia nell'arco della vita*, Firenze: SEID.
- Cecotti, M., (2004). *PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA. Aspetti psicologici della sterilità della genitorialità e della filiazione*. Armando Editore.
- Claes, R., Fraccaroli, F., (2002). Il General Health Questionnaire (GHQ-12): invarianza fattoriale in diverse versioni linguistiche. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 237, 25-35.

- Collins, A., Freeman, E.W., Boxer, A.S., Turek, R., (1992). Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 5, 49-57.
- Connolly, K.J., Edelman, R.J., Cooke, I.D., Robson, J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(5),459-468.
- Crown, S. & Crisp, A.H. (1970). *Manual of the Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)*. Psychological Test Publications; Barnstaple, Devon, 67-91.
- Daniluk, J.C., (1997). Gender and infertility. In S.R. Leiblum (Ed)., *Infertility. Psychosocial issues and counselling strategies* (pp. 103-125). New York: Wiley.
- Du, L., Barkish, D., Hrdina, P.D. (2000). Gender differences in association between serotonin transporter gene polymorphism and personality traits. *Psychiatric genetics*, 10 (4), 159-164.
- Edelman, R.J., Connolly, K.J., (1986). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 209-219
- Edelman, R.J., Connolly, K.J., (2000). Gender differences in response to infertility an infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5, 365-375.
- Ercolani, A.P., Areni, A., Leone, L., (2002). *Statistica per la psicologia. Volume 1- Fondamenti di psicomетria statistica e descrittiva*. Bologna: Il mulino.
- Ercolani, A.P., Areni, A., Leone, L., (2002). *Statistica per la psicologia. Volume 2- Statistica inferenziale e analisi dei dati*. Bologna: Il mulino.
- Fiumanò, M., (2000). *A ognuna il suo bambino. La domanda di maternità tra psicoanalisi e medicina della procreazione*. Milano: Nuova Pratiche Editrice.
- Flamigni, C., Mutinelli, P., (2001). *Curare la sterilità. Etica, deontologia e psicologia nella relazione medico-paziente*. Roma: Percorsi Editoriali.
- Fracaroli, F., Schadee, H.M., (1993). L'analisi fattoriale confermativa applicata al General Health Questionnaire. Una comparazione della versione inglese e italiana. *Giornale Italiano di Psicologia*, XX, 2, 319-338.
- Galli, J., (2002). *Il fallimento della procreazione: ripercussioni e rischi per l'adozione*. Relazione non pubblicata presentata al Convegno: Il fi-

- glio tra procreazione assistita e adozione, Udine, 8 giugno 2002. In Cecotti, M., (2004). *PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA. Aspetti psicologici della sterilità della genitorialità e della filiazione*. Armando Editore.
- Goldberg, D.P., (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Oxford.
- Gove, W.R., (1978). Sex differences in mental illness among adult men and women: An evaluation of questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. *Social Science and Medicine*, 12, 187-198.
- Hinz, A., Schwarz, R. (2001). Anxiety and depression in the general population: normal values in the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische, Psychologie*, 51 (5), 193-200.
- Laffont, I., Edelman, R.J., (1994). Psychological aspects of in vitro fertilization: A gender comparison. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15, 85-92.
- Lanz, M., Rosati, R., (2002). *Metodologia della ricerca sulla famiglia*. Milano; LED Edizioni.
- Legge Italiana n. 40 del 19 febbraio 2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita".
- Martinelli, F., (1999). *La PMA: l'aspetto psicologico*. In La Sala G.B., (1999). *Bambini e genitori speciali? Dal bambino desiderato al bambino reale*. Roma: Carrocci.
- Nachtigall, R.D., Becker, G., Wozny, M., (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57(1), 113-121.
- Nardella, R. (1979). *Un questionario di personalità a scale cliniche: il Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Pedrabissi, L., Santiniello, M., (1989). *Manuale dell'adattamento italiano dello STAI forma Y*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Piccinelli, M., Bisoffi, G., Bon, M.G., Cunico, L., Tansella, M., (1993). Validity and Test-Retest Reliability of the Italian Version of the 12-Item General Health Questionnaire in General Practice: A comparison between Three Scoring Methods. *Comprehensive Psychiatry*, 34(3), 198-205.

- Soulè, M., (1982). *L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire*, in Brazelton, Cramer, Kreisler, Shapi e Soulè. In Righetti P. L., Luisi S., (2007) *La procreazione assistita. Aspetti psicologici e medici*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the state-trait anxiety inventory STAI (Form Y): self-evaluation questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Weissman, M., Klerman, G.L., (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Wilhelm, K., Parker, G., Geerligs, L., Wedgwood, L. (2008). Women and depression: a 30 year learning curve. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42, (1),3-12
- Wright, J., Allard, M., Sabourin, S., (1989). Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research. *Intenational of Fertility*, 34(2), 126-142.
- Wright, J., Dunchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Beoit, J., Girard, Y., (1991). Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55, 1.
- Zizolfi, S., Cilli, G., Fontanesi, A., Iavazzo, R., Morgese, G., Nielsen, N.P., (1992). Contributo alla taratura italiana del Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q.): dati statistici da un campione di 303 adulti normali. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 202-203- 23-29.