



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea magistrale

**L'infertilità idiopatica: lo stile di attaccamento e
adattamento di aspiranti genitori adottivi**

Relatrice

Prof.ssa Sabrina Bonichini

Laureanda:

Mastronardi Claudia

Matricola:

2017400

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: L'ATTACCAMENTO E LA QUALITA' DELLA RELAZIONE DI COPPIA..	7
1.1 L'ATTACCAMENTO INFANTILE	7
1.1.1 La valutazione dell'attaccamento infantile e stili di attaccamento	9
1.2 ATTACCAMENTO ADULTO	12
1.2.1 L'attaccamento adulto secondo l'approccio evolutivo	13
1.2.2 L'attaccamento adulto secondo l'approccio psico-sociale	18
1.2.3 La valutazione dell'attaccamento adulto e gli stili di attaccamento	20
1.3 DISTURBI DELL'ATTACCAMENTO	25
1.4 QUALITA' DELLA RELAZIONE DI COPPIA	27
CAPITOLO 2: L'INFERTILITA'	31
2.1 INFERTILITÀ IDIOPATICA.....	34
2.2 INFERTILITÀ: LUTTO BIOLOGICO	37
2.3 INFERTILITÀ E QUALITÀ DELLA RELAZIONE DI COPPIA	39
2.4 CONSEGUENZE EMOTIVE NELLA COPPIA A SEGUITO DELLA DIAGNOSI DI INFERTILITÀ	43
2.5 INFERTILITÀ E MODELLI DI ATTACCAMENTO	49
CAPITOLO 3: PMA E/O ADOZIONE	51
3.1 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA.....	51
3.2 PMA E/O ADOZIONE	54
3.3 ADOZIONE	58
CAPITOLO 4: LA RICERCA	62
4.1 OBIETTIVI	62
4.2 METODO.....	63
4.2.1 I partecipanti.....	63
4.2.2 Procedura.....	66
4.2.3 Strumenti	68
4.3.4 Analisi dei dati e risultati	71
4.3.5 Discussione	77

CONCLUSIONI.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	83
RINGRAZIAMENTI	99

INTRODUZIONE

Quando si parla di infertilità, secondo la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si intende l'assenza di una gravidanza a seguito di dodici mesi di rapporti sessuali regolari senza l'utilizzo di contraccezione o la presenza di aborti.

Secondo i dati riportati dall'OMS, circa 70 milioni della popolazione mondiale non riesce a concepire un figlio (Farinati et al., 2006). Questo ha delle conseguenze a livello sociale, relazionale e personale (Klonoff-Cohen et al., 2001; Volgsten et al., 2008; Peterson et al., 2007).

Inoltre, riguardo a questa condizione, sta crescendo l'interesse verso gli aspetti psicologici coinvolti, infatti ci si sta domandando se gli stessi aspetti psicologici influiscano sulle cause, sulle conseguenze o sulla risoluzione dell'infertilità. Non a caso, si è iniziato a parlare di infertilità idiopatica o psicogena, quando non ci sono cause organiche che condizionano la transizione alla genitorialità (Platt et al., 1973; Kipper et al., 1977) e quindi il corpo comunica ciò che è rappresentato psicologicamente.

Questa condizione potrebbe sbloccarsi con la psicoterapia (Riccio, 2017), durante la fase diagnostica dell'infertilità o poco prima di iniziare il percorso di PMA (Pasini & Mori, 2015) o all'inizio dell'iter adottivo (Orr, 1941; Pasini & Mori, 2015).

Inizialmente, si pensava che le coppie si muovessero lungo un continuum che partiva dal concepimento naturale, per poi passare alla PMA ed arrivare, infine, all'adozione. È stato dimostrato, invece, come alcune coppie non ricorrano a tecniche di PMA e si rivolgano subito all'adozione, altre decidono di iniziare il percorso adottivo solo dopo aver interrotto i trattamenti di PMA, altre ancora portano avanti i due percorsi contemporaneamente (Galli & Moro, 2007).

Sicuramente, tutte le coppie che arrivano in adozione a seguito di una diagnosi di infertilità, hanno sperimentato sentimenti di shock, incredulità, rabbia, disperazione o diniego (Ricci, 2017). L'impossibilità di sperimentare la maternità biologica è considerato un lutto complesso da elaborare, che non riguarda solo il presente, ma anche la proiezione di sé nel futuro, è un figlio mai nato che non può essere pianto e seppellito (Visigalli, 2015), è una pancia vuota che tale resterà (Vegetti Finzi, 1997).

La scelta di ricorrere all'adozione, però, non deve essere vissuta come riparazione all'impossibilità di avere un figlio naturale (Valoriani, 2011), ma è necessario aver compiuto un processo di elaborazione del lutto e della perdita causati dalla condizione di infertilità. Solo così l'adozione diventa una scelta integrata nel mondo interno della coppia (Galli & Moro, 2007), la quale, risolvendo la ferita narcisistica e avendo una buona relazione, sarà in grado di adattarsi nel modo migliore alla genitorialità adottiva (Valoriani, 2011).

Per questo è fondamentale che all'interno della relazione di coppia si soddisfino le funzioni fondamentali di sicurezza e senso di appartenenza. Infatti, l'attaccamento in età adulta può essere visto come l'unione degli aspetti relazionali che appartengono alla storia passata, quindi le relazioni di attaccamento con i propri genitori, e quella recente, ovvero le relazioni di coppia (Barone & Del Corno, 2007). Ciò che accomuna le due tipologie di relazione è la centralità dell'investimento affettivo, che fa sì che l'altro si percepisca come "base sicura", per questo le relazioni di attaccamento possono incidere sul modo in cui si affronta la quotidianità (Howes, 1999; Bowlby, 1969).

Il legame di coppia, però, non è statico e nel tempo subisce delle trasformazioni, anche in base alle sfide che la coppia ha attraversato. Spainer, infatti, elabora il concetto di "adattamento diadico" con cui intende la qualità della relazione di coppia. Un buon adattamento diadico è tipico di una relazione in cui vi è un equilibrio e la capacità di rimanere stabile, ma nello stesso tempo flessibile, in risposta ai cambiamenti, alle sfide e alle trasformazioni richieste dalla vita, che, in una coppia con diagnosi di infertilità sono molte.

Quindi, da numerosi studi sono state indagate le variabili legate alla condizione di infertilità e sono: fattori personali (età, genere, stili di attaccamento) (McQuillan et al., 2003; Peterson et al., 2005; Donarelli et al., 2012); fattori situazionali (tipo di diagnosi di infertilità, numero di trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita, tipo di infertilità) (Slade et al., 2007; Ramezanzadeh et al., 2004); fattori moderatori (supporto del partner, qualità della relazione di coppia, supporto psicologico) (Pottinger et al., 2006; Peterson et al., 2008; Peterson et al., 2011; Salvatore et al., 2001; Mahajan et al., 2009; Domar et al., 2000).

Il presente lavoro ha come obiettivo quello di esplorare ed esaminare la percezione dei soggetti della relazione vissuta con i propri genitori durante l'infanzia, quindi il modello di attaccamento, e la qualità della relazione diadica con il proprio partner nelle coppie che si rendono disponibili all'adozione a seguito di una diagnosi di infertilità idiopatica.

Questo lavoro potrebbe essere utile per promuovere un sostegno psicologico e sociale in tutte quelle coppie che si trovano nella stessa condizione e che sono alla ricerca di un figlio attraversando percorsi complessi, nei quali si sentono soli e non compresi (Berger, Paul e Henshaw, 2013), e valorizzare le risorse della coppia, in quanto nel percorso adottivo, rispetto a quello della Procreazione Medicalmente Assistita, si diventa genitori insieme, in quanto entrambi i componenti della coppia sono protagonisti attivi (Riccio, 2017).

Lo studio si compone di un primo capitolo in cui, facendo riferimento alla letteratura, vengono trattati i differenti modelli di attaccamento adulto e la qualità della relazione di coppia; nel secondo capitolo viene delineata la condizione di infertilità, le tipologie esistenti facendo riferimento alle cause principali, alle conseguenze, considerando anche l'esperienza traumatica del lutto biologico; nel terzo capitolo si fa riferimento alle alternative possibili a seguito della diagnosi di infertilità, ovvero la strada della Procreazione Medicalmente Assistita e dell'adozione; infine il quarto capitolo è una ricerca sperimentale resa possibile dalla somministrazione di questionari a soggetti infertili che stavano intraprendendo la prima fase del processo adottivo, indagando il modello di attaccamento e di adattamento diadico della coppia. L'elaborato si conclude con la sintesi dei risultati della ricerca basandosi sui dati della letteratura, la discussione dei limiti del presente studio e l'ipotesi di linee di sviluppo future.

CAPITOLO 1: L'ATTACCAMENTO E LA QUALITÀ DELLA RELAZIONE DI COPPIA

ATTACCAMENTO

L'attaccamento si può definire come un processo attivo di adattamento, il cui scopo è il raggiungimento della sicurezza fisica ed affettiva, considerando le caratteristiche dell'ambiente e le capacità di elaborazione del pensiero e di organizzazione del comportamento (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1973, 1988).

1.1 L'ATTACCAMENTO INFANTILE

Secondo Bowlby, i comportamenti attuati durante l'età infantile hanno come scopo quello di raggiungere la prossimità con il caregiver primario ovvero la madre, solo così può essere garantita la sopravvivenza del bambino. Infatti, il sistema di attaccamento si attiva immediatamente nel momento in cui viene avvertita la presenza di una minaccia fisica o psicologica. Lo scopo del bambino non è la madre, ma è il mantenimento del livello di vicinanza con essa, soddisfacendo così la pulsione primaria basata sui bisogni fisici. Con il tempo la pulsione primaria crea la pulsione secondaria, che ha come obiettivo quello di stabilire dei legami, passando, così, da uno scopo fisico ad uno scopo di natura psicologica, quindi un sentimento (Fonagy, 2001).

Infatti, una madre "sensibile" e "responsiva" è colei che è in grado di cogliere e riconoscere i bisogni di rassicurazione, contatto e vicinanza. I due criteri, "sensibilità e responsività", definiscono ciò che si intende con genitorialità adeguata (Ainsworth, Bell, 1970).

Diverse ricerche hanno dimostrato come le esperienze avute nel primo anno di vita del bambino influiscano positivamente sul suo sviluppo, del resto avere una figura di attaccamento disponibile e da cui rifugiarsi in caso di pericolo, sia reale che emotivo, influisce sulla capacità di esplorare e adattarsi all'ambiente ed instaurare relazioni positive con gli altri (Ainsworth & Bell, 1970). Se, invece, la figura di attaccamento non si mostra in grado e disponibile a soddisfare adeguatamente le richieste di vicinanza, il bambino proverà un senso di insicurezza che lo porta ad una iper-attivazione o ipo-attivazione del sistema di attaccamento per ridurre il disagio e l'insicurezza (Mikulincer & Shaver, 2012).

Al contrario, un accudimento carente e distorto è caratterizzato dal non essere sensibili, responsivi ed essere, invece, controllanti, intrusivi, interferenti, competitivi nei confronti del figlio, maltrattanti, freddi e distaccati alle domande di contatto e conforto, imprevedibili e ambivalenti nelle risposte alle richieste, protagonisti della dinamica del *role reversing*, in cui la complementarità genitore-figlio viene invertita ed è l'adulto a mostrarsi fragile e richiestivo, costringendo il figlio ad essere protettivo e adulto (Attili et al. 1994; Attili, 2005). Quindi, se la figura di attaccamento non si mostra in grado e disponibile a soddisfare adeguatamente le richieste di vicinanza, il bambino proverà un senso di insicurezza che lo porta ad una iper-attivazione o ipo-attivazione del sistema di attaccamento per ridurre il disagio e l'insicurezza (Mikulincer & Shaver, 2012).

La disponibilità della madre nel rispondere alle richieste del bambino crea in lui delle aspettative sul modo in cui reagirà nelle situazioni di stress emotivo e fisico del figlio. Quest'ultimo, infatti, elaborerà delle previsioni e si creerà delle rappresentazioni mentali di sé stesso e della sua figura di attaccamento, definite "modelli operativi interni". In questo modo è possibile programmare il proprio comportamento futuro, in quanto si attribuiscono agli altri significativi le stesse caratteristiche e atteggiamenti che hanno avuto le prime figure affettive, ponendosi con gli altri in modo simile a quanto avvenuto nella relazione con la principale figura di attaccamento. Infatti, avere una rappresentazione mentale della propria figura di attaccamento come disponibile permette al bambino di poter esplorare l'ambiente circostante, essendo consapevole di poter tornare in caso di pericolo dalla madre, in quanto sua "base sicura", da cui poter essere protetto (Vadilonga, 2010).

1.1.1 La valutazione dell'attaccamento infantile e stili di attaccamento

È Mary Ainsworth ad aver creato uno strumento, basato sulle osservazioni in laboratorio, per differenziare le diverse tipologie di attaccamento nei bambini dai dodici ai diciotto mesi: la Strange Situation (SS).

Quest'ultima è una procedura di tipo sperimentale composta da sette episodi, in cui madre e figlio vengono separati, ricongiunti, con la presenza e l'assenza di un estraneo.

I parametri a cui fare riferimento durante l'osservazione sono la qualità dell'interazione con la madre, la risposta comportamentale nel momento della separazione, la risposta comportamentale nel momento di riunione con la madre e la qualità della regolazione emozionale (Ainsworth et al., 1978).

Basandosi sui quattro parametri è possibile individuare diversi pattern di attaccamento:

il pattern sicuro (B) è caratterizzato da un clima emotivo positivo tra madre e figlio, in cui è presente una sintonizzazione affettiva, comunicazione e recezione efficace delle emozioni, c'è maggiore socievolezza del bambino con i coetanei, più autonomia, maggiore capacità di esplorazione dell'ambiente circostante in modo libero e curioso, capacità di mantenere l'attenzione sia sull'ambiente che sulla madre.

Il pattern insicuro evitante (A) si caratterizza per la presenza di un atteggiamento di trascuratezza, intrusività e rifiuto da parte della madre verso le richieste del figlio, assenza di contatto fisico e ricerca continua di spingerlo verso l'autonomia. Questi comportamenti portano il bambino a capire ben presto di non poter essere confortato e aiutato dalle figure genitoriali, sviluppando sentimenti di solitudine, disvalore della propria persona e rabbia. Con la crescita svilupperà un'immagine di sé come non amato e non amabile dagli altri, ritenendo di dover sempre contare sulle proprie forze, sviluppando un senso di indipendenza, sopprimendo le emozioni, come la paura, avendo difficoltà ad instaurare rapporti amicali stretti. La rappresentazione mentale della propria figura di attaccamento è, quindi, assente, rigida e ostile.

Il pattern insicuro ambivalente/resistente (C) è caratterizzato da un'interazione incostante con la madre, in quanto i suoi comportamenti oscillano tra atteggiamenti di rifiuto e atteggiamenti di presenza e coinvolgimento emotivo. Questo porta il bambino a creare una rappresentazione di sé come incapace di affrontare in modo autonomo le difficoltà,

di non meritarsi l'amore o di essere amati in modo intermittente e confuso. Le emozioni di paura, rabbia e sconforto vengono enfatizzate, così come la manifestazione dell'affetto. La rappresentazione mentale della figura di attaccamento è caratterizzata da imprevedibilità, subdola ostilità, inaffidabilità.

Il pattern disorganizzato/disorientato (D) è stato identificato e definito successivamente da Main e Solomon (1990) e si caratterizza per la presenza di comportamenti contraddittori e di apprensione da parte del genitore. La storia del bambino si contraddistingue per la presenza di lutti non elaborati, perdite o altre esperienze traumatiche vissute da uno dei due genitori (Main & Hesse, 1990). La mancata risoluzione del trauma da parte della madre fa sì che essa venga definita spaventata-spaventante, in quanto spaventata per un suo trauma non risolto e spaventante per il figlio che non è in grado di interpretare i segnali di pericolo, esasperandoli, favorendo una disorganizzazione comportamentale e mentale, in quanto la madre non è in grado di fornire la funzione protettiva per il bambino. Spesso i bambini disorganizzati, nelle situazioni di pericolo, vanno alla ricerca di un'altra figura che possa contenere le sue emozioni e gli doni un senso di sicurezza, anche se questo non sempre è possibile. I bambini si creano una rappresentazione di sé come impotenti, vulnerabili, sempre in pericolo, ostili. Inoltre, manifestano delle modalità incoerenti di relazionarsi agli altri. Il pattern di attaccamento disorganizzato può predisporre a patologie individuali e relazionali, come disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi dell'umore, disturbi da uso di sostanze, disturbi di personalità (Liotti, 1999).

Tabella 1. Risposte alla SS

Relazione madre-bambino	SS Risposta alla separazione	SS Risposta alla riunione	Meccanismi di regolazione emotionale
B – sicuro Scambio emotivo e sintonizzato e sincronico. Atmosfera emotiva positiva	Pianto o espressione di disagio	Calma a seguito del contatto con la madre	Espressione delle emozioni. Modulazione del focus attentivo

A – insicuro evitante Scambio emotivo ridotto. Trascuratezza o rifiuto della madre	Apparente indifferenza	Apparente indifferenza	Inibizione dell'emotività. Focus attento sugli oggetti
C- ambivalente Scambio emotivo incostante: rifiuto e coinvolgimento emotivo	Pianto intenso e prolungato	Difficoltà a tranquillizzarsi in presenza della madre	Emotività accentuata. Focus attento sulle relazioni
D – disorganizzato Non risoluzione di esperienze traumatiche da parte della madre, che appare spaventata/spaventante	Comportamenti contraddittori	Comportamenti contraddittori	Disregolazione emotiva

1.2 ATTACCAMENTO ADULTO

L'attaccamento non riguarda solo i primi anni di vita del bambino, ma l'intero ciclo di vita. A tal proposito, Bowlby (1979) affermava che l'attaccamento è presente nell'uomo "dalla culla alla tomba". Infatti, la mente dell'adulto, nel momento in cui si trova di fronte ad una minaccia, sia fisica che emotiva, sia consciamente che inconsciamente, attiva le rappresentazioni delle figure di attaccamento e la loro funzione protettiva.

L'attaccamento in età adulta si può considerare come l'unione degli aspetti relazioni che appartengono alla storia passata, come le relazioni di attaccamento con i propri genitori, e quella recente, come le relazioni di coppia (Barone & Del Corno, 2007). Il fattore comune di entrambi i tipi di relazione è la centralità dell'investimento affettivo, che fa in modo che l'altro venga percepito come "base sicura" (Howes, 1999).

Diversi studi hanno evidenziato, infatti, come l'attaccamento adulto potrebbe essere l'esito di diversi fattori, come le relazioni di attaccamento con le proprie figure genitoriali, le relazioni con i coetanei e le relazioni sentimentali avute in età adulta, l'andamento del matrimonio dei propri genitori e l'attuale relazione di coppia (Van Ijzendoorn & Bakermans-Krenenburg, 1997; Waters et al., 1991; Crowell et al., 1999).

Ciò che è certo è che l'evoluzione dell'attaccamento nel ciclo di vita può essere vista come una successione di relazioni diadiche, che differiscono nel tempo per simmetria e asimmetria e soggetti interagenti. Infatti, durante il legame genitore-figlio è asimmetrico, in quanto è il bambino a necessitare delle cure e della protezione materna e non il contrario; durante l'adolescenza, attraverso la costruzione di legami con i pari e di relazioni intime, c'è una riorganizzazione dei legami di attaccamento a favore di una maggiore simmetria e reciprocità, in cui l'adolescente è sia fonte che oggetto di attaccamento. In età adulta, la simmetria nelle relazioni di attaccamento raggiunge il suo apice, per poi ritrovare l'asimmetria durante la terza età (Byng-Hall, 1995; Doane & Diamond, 1994; Donley, 1993).

Per quanto riguarda l'evoluzione dell'attaccamento lungo il corso della vita, ci sono due diverse linee di ricerca: da un lato l'attaccamento viene visto come un tratto durevole dell'individuo che influenza la modalità con cui ci si interfaccia nelle relazioni strette, dall'altro lato, invece, si considera l'attaccamento come un costrutto basato sulle esperienze più recenti di relazione (Feeney, 1999).

1.2.1 L'attaccamento adulto secondo l'approccio evolutivo

La prima linea di ricerca è in un'ottica evolutiva, in cui ci si basa sull'uso di tecniche di osservazione, come la Strange Situation, per indagare la qualità del legame madre-figlio (Ainsworth et al., 1978). Oltre a ciò, lo studio dell'attaccamento avviene all'interno del nucleo familiare, in un'ottica, quindi, intergenerazionale, in cui gli adulti ricreano nei rapporti interpersonali della vita, le esperienze relazionali della prima infanzia (Freud, 1920). Infatti, anche Bowlby (1969) afferma che “le relazioni di attaccamento nell'infanzia costituiscono il prototipo di tutte le relazioni d'amore che il soggetto instaurerà nel corso della sua vita”. Inoltre, Sandler e Sandler (1978) afferma che le relazioni madre-bambino costituiscono le rappresentazioni del sé e dell'oggetto e, nelle relazioni in età adulta, vengono attuati i pattern di relazioni caratteristici della prima infanzia.

Infatti, l'interesse degli studiosi si è concentrato sullo studio delle modalità in cui i comportamenti vengono memorizzati, rielaborati, integrati in rappresentazioni di sé, delle figure di attaccamento e della relazione sé-altro. Queste rappresentazioni mentali sono definite Modelli Operativi Interni (Bowlby, 1969-1982, 1973). Questi ultimi si compongono di credenze e aspettative sulle relazioni con gli altri basate sull'interiorizzazione delle relazioni avute con il caregiver. Bowlby (1989) afferma “il bambino si costruisce un modello interno di sé stesso in base a come ci si è preso cura di lui”. Infatti, Craik (1943) afferma che non si debbano intendere i Modelli Operativi Interni come delle rappresentazioni esatte della realtà, ma come rappresentazioni basate sulle percezioni dell'individuo, quindi suscettibili a possibili modificazioni.

Bretherton (1992) ha introdotto “la prospettiva comunicativa dell'attaccamento”, quindi il tema del raccontare e raccontarsi è centrale nell'attaccamento adulti. Infatti, secondo l'autrice i Modelli Operativi Interni racchiudono due aspetti: da un lato ci sono i modelli che vengono immagazzinati nella memoria a lungo termine, dall'altro i modelli che vengono immagazzinati nella memoria a breve termine. Inizialmente i Modelli Operativi Interni dell'attaccamento sono delle memorie implicite delle relazioni di attaccamento che, solo successivamente, diverranno delle memorie semantiche che è possibile esplicitare verbalmente. Così, l'indagine si è spostata dai comportamenti alla narrazione. Infatti, la narrazione viene vista come un modo efficace per comunicare i propri modelli operativi interni di attaccamento, condividendo gli aspetti autobiografici e, in questo modo, la

forma verbale viene vista come una forma mentale della storia del proprio attaccamento con le figure significative durante l'infanzia. Simonelli (2006) afferma che gli aspetti comunicativi dell'attaccamento, oltre a implicare il livello della comunicazione comportamentale dell'interazione madre e bambino, coinvolgono anche il versante narrativo di questa interazione, così che questa sia la base della possibilità dell'adulto di raccontare la propria storia di attaccamento. Secondo Bretherton (2005), attualmente il dibattito sulla definizione e sulla natura dei Modelli Operativi Interni riguarda:

- L'aspetto di continuità e stabilità dei Modelli Operativi Interni nel ciclo di vita o la prevalenza di elementi di discontinuità
- L'azione dei Modelli Operativi Interni è cosciente oppure inconsapevole

Rispetto al primo interrogativo, già Bowlby (1980) definì i Modelli come "operativi" per sottolinearne il carattere dinamico ed evidenziare i fattori di cambiamento, che accompagnano gli elementi di stabilità. I Modelli Operativi Interni del sé, delle figure di attaccamento e della relazione sé-altro non possono rimanere statici nel tempo, ma, anzi, è necessario che subiscano delle modificazioni, riadattandosi ai cambiamenti del contesto e delle fasi evolutive del ciclo di vita (Simonelli & Calvo, 2002). Secondo Main (1991), alla base del funzionamento dei Modelli Operativi Interni vi è il "monitoraggio metacognitivo". Fonagy (2001) riprende questo concetto sotto forma di "funzione riflessiva" e afferma che se è vero che la capacità riflessiva è una funzione intrapsichica e interpersonale che si sviluppa solo nei contesti di relazioni di attaccamento sicure (Fonagy & Target, 2001), allora le esperienze di attaccamento avute con il caregiver possono modificare sia i contenuti della mente infantile che la capacità di operare su essi (Main, 1991). Attraverso questi studi, si sostiene il cambiamento e la trasformazione dei Modelli Operativi Interni nel ciclo di vita. Inoltre, diversi studi (Fraleay, 2002; Owens et al., 1995) hanno evidenziato tre possibili motivazioni al cambiamento dei Modelli Operativi Interni: le relazioni genitore-figlio, le relazioni con i pari e intime, le relazioni di attaccamento adulto (Crowell et al., 1999). Per di più nel corso della vita possono esserci diverse esperienze che possono far sviluppare diversi modelli della relazione con l'altro, che vanno poi integrati ai modelli stabili come un percorso di psicoterapia (Liotti, 1992), il passaggio dall'infanzia all'adolescenza (Ammaniti & Stern, 1992; Fava Vizziello et al., 2003), l'assunzione di un ruolo genitoriale (Kobak & Hazan, 1991; Scharfe & Bartholomew, 1994). Quindi, da una parte la stabilità dei Modelli Operativi

Interni funge da fattore protettivo per poter prevedere in modo difensivo l'altro e la sua relazione con l'altro, infatti come affermato da Attili (2005) una volta che si è strutturata la propria percezione di sé stessi e del mondo, gli individui hanno la tendenza a difenderla da ogni evidenza contraria, così da non dover affrontare una riorganizzazione cognitiva e affrontare l'angoscia dell'ignoto e dell'imprevedibile. D'altro canto, il cambiamento dei Modelli Operativi Interni è l'unica possibilità per modificare le rappresentazioni disfunzionali del proprio attaccamento, decostruendoli e ricostruendoli, anche in base alle conferme provenienti dall'ambiente, adattandosi ai cambiamenti evolutivi.

Rispetto al secondo interrogativo, invece, Bowlby (1980) afferma che ci sono due strategie difensive che hanno l'obiettivo di far rimanere inconsapevoli tutte le informazioni che potrebbero provocare ansia nell'individuo, ovvero l'esclusione difensiva e la segregazione. La prima si riferisce allo sviluppo scisso del sé in relazione alla figura di attaccamento, infatti un modello sarà accessibile alla coscienza, valutando il sé come cattivo per giustificare la figura di attaccamento che invece lo rifiuta, mentre l'altro modello sarà escluso, ma in grado di influenzare i processi di pensiero ed è quello che vede la figura di attaccamento come buona e il sé cattivo. Con la segregazione, il soggetto sviluppa più modelli del sé che rimangono separati, ma ognuno ha accesso, in modo parziale, al magazzino di memoria; questa è una delle conseguenze più gravi per l'adattamento (Bretherton, 2005).

Come detto, i Modelli Operativi Interni sono delle rappresentazioni mentali, create dall'individuo, di sé, degli altri e della relazione sé-altro. Quest'ultimo tipo di rappresentazione include ciò che l'individuo ha interiorizzato dall'infanzia nei confronti delle sue figure di attaccamento significative. Di conseguenza, i comportamenti dell'individuo nelle situazioni in cui è chiamato a dare sicurezza, protezione e cura ad un altro da sé si rifaranno alle rappresentazioni interiorizzate del suo sistema di attaccamento (Bretherton, 1995). Ciò significa che c'è una perpetuazione e continuità dei modelli di relazione. Questo viene definito "trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento". I Modelli Operativi Interni, quindi, entrano a far parte di un patrimonio che viene interiorizzato da parte dell'individuo adulto e che viene ripetuto e trasmesso al figlio. Nonostante numerosi studi abbiano evidenziato l'esistenza, per il bambino, di più legami di attaccamento e quindi la presenza di più adulti significati che influiscono nella crescita del bambino (Casibba, 2003; Howes, 1999), superando l'idea di Bowlby (1969) secondo

cui la madre fosse l'unica figura con cui fosse possibile instaurare un legame di attaccamento caratterizzato da ricerca, vicinanza, stress durante la separazione e la perdita), le ricerche si sono concentrate principalmente sulla diade madre-bambino. Infatti, per studi a favore dell'ipotesi della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento hanno evidenziato come ci sia una corrispondenza tra lo stile di attaccamento del bambino, valutato attraverso la Strange Situation, e lo stile della madre, valutato attraverso l'Adult Attachment Interview (AAI) (Bretherton & Munholland, 1999; Fonagy et al., 1991; Benoit & Parker 1994; Ward & Carlson, 1995; Hesse, 1999). Questo è stato possibile osservarlo anche attraverso i risultati ottenuti da diverse ricerche longitudinali (Grossmann & Grossmann, 1991; Ammaniti et al., 1996) in cui si evidenzia una concordanza tra lo stile di attaccamento della madre e quello del figlio fino ai cinque anni di età. Inoltre, Benoit e Parker (1994) hanno riscontrato una concordanza nello stile di attaccamento in tre generazioni: nella nonna, nella mamma e nella nipote. La trasmissione dello stile di attaccamento, non è dato dalla ripetizione di esperienze avute nel passato, ma è frutto dell'elaborazione di esperienze che hanno influenzato i comportamenti di accudimento e di costruzione del legame madre-figlio (Ammaniti et al. 1996). Infatti, la funzione genitoriale riattiva nell'adulto le proprie esperienze passate. Si può, quindi, ritenere la trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento un modello a causalità lineare in cui le rappresentazioni della madre riguardanti le proprie esperienze di attaccamento influenzano i comportamenti di cura, protezione e accudimento, che vengono messi in atto nei confronti del figlio e questo incide sulla qualità del legame che si crea tra madre e figlio (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997).

Successivamente, il modello a causalità lineare della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento è stato integrato con fattori di moderazione, prima non considerati (Belsky et al., 1995; Isabella 1994). Infatti, Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1997) aggiungono dei fattori che possono influenzare lo stile di attaccamento del bambino e le rappresentazioni che si crea il genitore sull'attaccamento, ovvero le successive relazioni di attaccamento, la qualità del contesto di coppia, familiare e sociale e le caratteristiche del bambino. Secondo questa prospettiva sembra, quindi, che le cure materne non siano l'unico fattore ad influire sull'esperienza infantile (Cowan 1997; Nivavar & Becker 2008). Uno studio condotto in Israele, infatti, hanno confermato ipotesi,

mostrando una concordanza del 76% tra lo stile di attaccamento della madre e del bambino che ha avuto la possibilità di dormire in casa e una concordanza del 40% tra lo stile di attaccamento della madre e del bambino che, invece, dormiva all'interno di dormitori. Si evince, quindi, che il contesto all'interno del quale avviene lo sviluppo del bambino sia un elemento implicato nella formazione dei legami di attaccamento (Sagi et al., 1994; Sagi et al., 1997). Anche Bronfenbrenner (1979) afferma che la madre debba essere considerata come soggetto attivo sia nelle relazioni e interazioni con il figlio, ma anche nelle relazioni con il partner e il contesto sociale.

1.2.2 L'attaccamento adulto secondo l'approccio psico-sociale

La seconda linea di ricerca ha una prospettiva psico-sociale (Hazan & Shaver, 1987; Feeney, 1999), in cui le relazioni sentimentali e la formazione della personalità rappresentano l'oggetto di studio nella teoria dell'attaccamento. Hazan e Shaver (1987) sostengono che le relazioni di coppia in età adulta si possano considerare come oggetto del processo di attaccamento grazie alla formazione di legami affettivi. Infatti, per verificare l'ipotesi, è stata svolta una ricerca che aveva come obiettivo quello di osservare come gli individui in età adulta, con storie differenti di attaccamento, si comportassero nelle relazioni di coppia. È stato chiesto ai soggetti di scegliere, attraverso un questionario self-report composto da tre descrizioni sul modo di vivere e percepire il rapporto di coppia, quale di esse descrivesse al meglio i loro sentimenti all'interno della relazione. I risultati hanno mostrato la frequenza di tre stili, simili a quelli osservati da M. Ainsworth tra i bambini, ovvero sicuro, insicuro evitante e insicuro ambivalente.

Successivamente, Brennan, Clark e Shaver (1998) tramite un'analisi fattoriale delle misure dimensionali dello stile di attaccamento, hanno osservato che tutte le misure si possono ricondurre a due dimensioni: ansia dell'attaccamento ed evitamento dell'attaccamento. Questi studi supportano quanto affermato da M. Ainsworth nelle ricerche sull'attaccamento tra madre e bambino, in cui si evince come i tre pattern di attaccamento (sicuro, insicuro evitante e insicuro ambivalente) si collocassero all'interno di regioni di uno spazio concettuale definito dalle due dimensioni ansia ed evitamento (Ainsworth et al., 1978). Nei bambini la dimensione evitamento è costituita da comportamenti di disagio per la vicinanza e dipendenza dalla madre, mentre la dimensione ansia si caratterizza per comportamenti di mancata esplorazione in assenza della figura di attaccamento, protesta, rabbia nei momenti di riunione con la madre e pianto.

Nei soggetti in età adulta, invece, coloro che presentano elevati punteggi nella dimensione ansia manifestano il bisogno di sentirsi accettati, supportati, rassicurati; questo crea difficoltà nel partner, soprattutto coloro che hanno elevati punteggi di evitamento. I soggetti con elevati punteggi in evitamento provano disagio nell'aprirsi, nell'esprimere le proprie debolezze e i propri sentimenti, questo mette in difficoltà il partner, specialmente coloro che hanno alti punteggi nella dimensione dell'ansia (Feenay, 1999).

Quindi, secondo questa concettualizzazione, lo stile sicuro è una regione in cui le due dimensioni assumono punteggi bassi; nello stile ansioso ambivalente i punteggi dell'ansia sono elevati, mentre quelli dell'evitamento sono bassi. Infine, nello stile evitante i valori dell'ansia sono bassi, mentre i punteggi dell'evitamento sono alti.

1.2.3 La valutazione dell'attaccamento adulto e gli stili di attaccamento

La prima linea di ricerca, come detto, è in ottica evolutiva e fa riferimento ad un approccio narrativo-comunicativo delle rappresentazioni del sé, dell'altro e della relazione sé e altro, quindi gli strumenti di valutazione dell'attaccamento a cui si è fatto riferimento sono le interviste, di maggior rilevanza è l'Adult Attachment Interview (AAI) (Barone & Del Corno, 2007). L'AAI ha come obiettivo quello di individuare e analizzare la rappresentazione che l'adulto ha dei legami infantili, per la valutazione del modello di attaccamento dei suoi genitori con la loro famiglia di origine e confrontare i modelli di attaccamento e la qualità dell'attaccamento (Attili et al., 1994; Steele & Steele, 1994). L'AAI è un'intervista semi-strutturata, composta da venti domande principali, che seguono un ordine prestabilito, a cui possono essere aggiunte ulteriori domande nel caso in cui il soggetto non risponda. Viene chiesto al soggetto la storia familiare in generale, poi di descrivere attraverso cinque aggettivi il rapporto con i genitori, vengono poste domande per indagare il rapporto con i genitori durante l'infanzia e un bilancio delle esperienze da un punto di vista attuale, quindi adulto, infine viene chiesto di pensare al proprio bambino o di immaginare di averne uno ed esprimere i sentimenti relativi alla sua lontananza, i desideri sul suo futuro e se ci siano delle cose che vorrebbe che il figlio imparasse da lui. Per la valutazione i contenuti assumono un aspetto secondario, rispetto all'importanza che viene assegnata alla capacità del soggetto di rielaborare in modo coerente e riflessivo le sue esperienze di attaccamento, soprattutto gli aspetti dannosi e traumatici (Barone & Del Corno, 2007).

Secondo Target (2005) lo stile di attaccamento evitante causa nei soggetti un accesso limitato ai pensieri, ricordi e sentimenti associati all'attaccamento, invece lo stile ambivalente provoca amplificazione e distorsione sia delle informazioni che della propria storia di attaccamento.

Tabella 2. Categorie di attaccamento adulto attraverso AAI

Categorie di attaccamento	Contenuto del racconto biografico	Forma del racconto biografico	Meccanismi di regolazione emotionale
F – Sicuro/autonomo	Vivida e ampia rievocazione dell'esperienza infantile	Rispetto delle regole della conversazione, racconto veritiero, chiaro e centrato sulle tematiche dell'attaccamento	Espressione diretta della gamma emotiva, sia positiva che negativa. Focus attentivo libero.
Ds – Distanziante/Svalutante	Limitata rievocazione dell'esperienza infantile. Idealizzazione e svalutazione delle figure di attaccamento	Racconto parziale e contraddittorio. Evitamento delle tematiche sull'attaccamento	Espressione inibita delle emozioni negative. Focus attentivo sugli eventi non interpersonali
E – Preoccupato /invischiato	Ampia rievocazione della storia infantile. Accentuazione delle tematiche di attaccamento	Racconto prolisso e ridondante. Oscillazione nei giudizi affettivi	Espressione accentuata delle emozioni. Focus attentivo sulle relazioni
U – Non risolto rispetto alle esperienze traumatiche	Rievocazione di eventi traumatici	Racconto contraddittorio, alimentato solo da elementi mnestici sensoriali	Disregolazione emotionale ed stati alterati di coscienza

La seconda linea di ricerca, con una prospettiva psico-sociale, invece predilige l'utilizzo di questionari self-report per indagare e valutare lo stile di attaccamento; essi fanno riferimento al modello bidimensionale di ansia ed evitamento messo a punto da Ainsworth et al. (1978). Crowell e Treboux (1995) scrivono "i self-report possono cogliere i sentimenti e le percezioni consci dell'individuo circa le relazioni". I questionari self-report presenti e diffusi in letteratura sono notevoli, alcuni di essi si focalizzano sulle

relazioni intime e sentimentali, altri si concentrano sulle diverse forme relazionali dell'attaccamento adulto. Il primo gruppo di questionari sono di tipo categoriale e prototipico (Barone & Del Corno, 2007).

Nonostante, come affermato da Crowell e Treboux i questionari autosomministrati rilevino i sentimenti e le percezioni cosce, molti adulti hanno una esperienza sufficiente nelle relazioni per dare informazioni sui propri comportamenti, cognizioni ed emozioni relazionali. Questi possono essere la manifestazione dei processi inconsci, anche se non vengono percepiti in modo diretto. I processi consci e inconsci procedono nella stessa direzione per il raggiungimento di un obiettivo e uno scopo e, i processi consci, sono una manifestazione diretta di quelli inconsci (Barone & Del Corno, 2007).

Esempi di questionari autosomministrati, i più utilizzati, sono l'Adult Attachment Styles (AAS) (Hazan, Shaver, 1987), l'Attachment Style Questionnaire (ASQ) (Feeney et al., 1994), l'Experiencer in Close Relationships (ECR) (Brennan et al., 1998), il Relationship Questionnaire (RQ) (Bartholomew & Horowitz, 1991).

L'AAS è diviso in due parti e si concentra sulle relazioni sentimentali. Il soggetto deve pensare alle relazioni amorose più importanti della sua vita e riflettere sugli stati d'animo vissuti, sulla fiducia riposta nell'altro, sulla gelosia, la vicinanza emotiva, sull'attrazione e sulla fine della relazione. Successivamente, il soggetto legge le tre descrizioni di tre situazioni e deve indicare quanto si trova in accordo con esse. Infine, deve leggere nuovamente le tre descrizioni scegliendo quale rappresenta maggiormente ciò che prova nelle relazioni sentimentali.

L'ASQ, a differenza dell'AAS, può essere utilizzato anche con coloro che hanno poco o nessuna esperienza di relazione sentimentale. Si determina la valutazione dell'attaccamento facendo riferimento a cinque fattori: fiducia, disagio per l'intimità, secondarietà delle relazioni, bisogno di approvazione e preoccupazione per le relazioni.

L'ECR è composto da 36 item che sono tesi a valutare l'attaccamento facendo riferimento ai quattro stili, sicuro, timoroso, preoccupato, distaccato, risultando dalla combinazione delle due dimensioni di ansia ed evitamento.

L'RQ è costituito da quattro paragrafi che descrivono i pattern tipici dell'attaccamento. Le modalità di attaccamento sono sicuro, timoroso, preoccupato e distaccato. Questi stili

di attaccamento sono dati dalla combinazione di due dimensioni: modelli del sé, positivi e negativi, e modelli degli altri, positivi e negativi. Il questionario si può utilizzare per analizzare la relazione di coppia e si può utilizzare in terza persona per valutare l'attaccamento degli altri (Barone & Del Corno, 2007).

Attraverso questi strumenti è possibile individuare lo stile di attaccamento del soggetto in età adulta. Main e Goldwyn (1994) hanno classificato l'attaccamento adulto in quattro stili: sicure (sicuro), dismissing (distanziante), preoccupied (preoccupato-ansioso), unresolved for loss or trauma (disorganizzato).

Il primo stile di attaccamento prevede esperienze di attaccamento coerenti, le risposte risultano chiare e rilevanti, in cui il valore attribuito ai bisogni di autonomia e a quelli di relazione sono equivalenti, di conseguenza si è equilibrati sia nella sfera individuale che relazionale. I soggetti con uno stile di attaccamento sicuro hanno tendenzialmente un'alta autostima, buone capacità empatiche ed esprimono in maniera aperta le loro emozioni, avendo interiorizzato un modello positivo di sé. Inoltre, nel momento in cui si rivolgono agli altri in situazioni di difficoltà e pericolo, agiscono in base a degli script della base sicura, che si organizzano in tre step: riconoscimento ed espressione delle emozioni negative, utilizzo di strategie di problem solving e ricerca attiva di supporto (Waters et al., 1998). Nelle relazioni di coppia sono soggetti in grado di ricevere e dare amore, in quanto entrambi i ruoli assunti, quindi interiorizzati nell'arco di vita, hanno fiducia nel partner e nella relazione ripongono rispetto, capacità di risoluzione dei conflitti e apertura emotiva. Nel ruolo genitoriale sono in grado di riconoscere i bisogni del proprio figlio, fornendo supporto, aiuto, ascolto e spiegare le motivazioni delle loro richieste, nel caso in cui esse siano degli ordini o delle regole (Bowlby, 1969; Main et al., 1985; Attili et al., 2009). Questi soggetti sono in grado di equilibrare il canale affettivo e quello cognitivo (Crittenden, 1992).

Nello stile di attaccamento dismissing, il soggetto non è coerente, mantiene a distanza le esperienze di attaccamento ed ha una rappresentazione generalizzata della sua storia. Solitamente predilige i propri bisogni, svalutando i bisogni di relazione. Infatti, il soggetto con attaccamento evitante o distanziante ritiene di non avere bisogno degli altri e che le altre persone, come lui, siano incentrate solo sui propri bisogni, inoltre tendono a proiettare sugli altri i tratti indesiderati di sé stessi, così da amplificare la differenziazione

sé-altro (Mikulincer & Horesh, 1999). Le relazioni, quindi, sono caratterizzate da breve durata e superficialità, con un forte distacco emotivo. Inoltre, questo stile di attaccamento porta il soggetto ad avere difficoltà nel riconoscere ed esprimere le emozioni negative, come rabbia e tristezza, e a mantenere gli eventi stressanti e dolorosi lontani dalla memoria. Nelle relazioni di coppia tende ad instaurare rapporti superficiali, continuando a voler mantenere una distanza tra sé e l'altro, affermando la propria autonomia. I soggetti con uno stile di attaccamento distanziante, quando diventano genitori, si mostrano incapaci nel comprendere i bisogni dei propri figli, tendendo a ridicolizzarli se mostrano di aver bisogno di aiuto e li spingono verso una quasi totale autonomia, anche se non hanno l'età giusta per farlo (Vadilonga, 2010). Inoltre, gli adulti distanzianti dipendono dai fattori cognitivi e minimizzano i fattori affettivi (Crittenden, 1992).

Nello stile Preoccupied, il soggetto appare passivo e prova rabbia nei confronti delle figure di attaccamento. Inoltre, non si sviluppa il bisogno di autonomia, ma si accentuano i bisogni di dipendenza dalle altre figure. Infatti, le relazioni con gli altri sono caratterizzate dalla necessità di continue conferme e vengono vissute con la costante paura di essere abbandonato. Le relazioni di coppia sono caratterizzate da sentimenti di insicurezza, angoscia, ansia, rabbia e forte ambivalenza nei confronti del partner. Quando diventano genitori tendono ad essere intrusivi, distratti, controllanti, a chiedere ai figli amore e affetto (Attili et al., 1994; Attili et al., 2009). Gli adulti preoccupati hanno la tendenza ad amplificare l'affettività e alterare la cognizione, in base alle necessità, eventi ed esperienze (Crittenden, 1992).

Infine, lo stile unresolved for loss or trauma è caratterizzato da uno stato mentale in cui il soggetto sembra disorientato rispetto ad un trauma o una perdita. Infatti, i soggetti con uno stile di attaccamento disorganizzato vivono continuando ad alternare bisogni di autonomia e bisogni di relazione, senza riuscire a utilizzare una strategia che possa soddisfarne almeno uno. Così, la loro esistenza è contraddistinta da instabilità, in cui in alcuni momenti della vita si ha bisogno di autonomia e indipendenza e in altri si ricerca morbosamente la presenza dell'altro. Nel ruolo di genitori possono essere maltrattanti o imprevedibili (Main & Hesse, 1992). Le relazioni di coppia, quindi, sono altamente disfunzionali e conflittuali.

1.3 DISTURBI DELL'ATTACCAMENTO

Quando si parla di disturbi dell'attaccamento si fa riferimento ad una diagnosi effettuata mediante le categorie diagnostiche dei sistemi di classificazione (DSM V, DC 0-5 e PDM 2). I disturbi nell'attaccamento rappresentano la difficoltà nella capacità del bambino di stabilire una relazione significativa con la sua figura di attaccamento primaria che altera il suo sentimento di cura, protezione e sicurezza (Tambelli, 2021).

Il DSM V colloca i disturbi dell'attaccamento all'interno della sezione relativa ai Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti. Si distinguono due tipologie di disturbo relativo all'attaccamento: il Disturbo reattivo dell'attaccamento e il Disturbo da impegno sociale disinibito. Entrambi condividono la stessa eziologia, ovvero l'assenza di un accudimento adeguato (Tambelli, 2021).

Il Disturbo reattivo dell'attaccamento si manifesta come disturbo internalizzante con una sintomatologia depressiva e un comportamento ritirato. Le caratteristiche diagnostiche si possono riassumere in una relazione assente o sottosviluppata tra bambino e caregiver. Il bambino mostra dei comportamenti di attaccamento disturbati e, nelle situazioni di necessità, non si rivolge ad una figura preferenziale per cercare accudimento, conforto e protezione; il bambino mostra difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni, sembra non essere in grado di esprimere le proprie emozioni positive (Tambelli, 2021).

Disturbo da impegno sociale disinibito si manifesta con comportamenti esternalizzanti e disinibiti. Si caratterizza per comportamenti di eccessiva familiarità con persone sconosciute, non selezionando, quindi, gli adulti di riferimento a cui chiedere protezione (Tambelli, 2021).

La stessa distinzione viene apportata nella DC 0-5, in cui però, i due quadri clinici vengono collocati nella sezione dei Disturbi da trauma, stress e deprivazione. Il Disturbo reattivo dell'attaccamento descrive un bambino che non ha formato, per quanto sia in grado di farlo, un legame di attaccamento con una figura significativa. Questo è causato da un contesto di accudimento non appropriato. Le caratteristiche del disturbo possono comprendere una mancanza dell'angoscia nei confronti dell'estraneo e mancanza di protesta durante la separazione con il caregiver, difficoltà nella regolazione delle emozioni, dell'affettività e della reciprocità sociale (Tambelli, 2021).

I disturbi dell'attaccamento, quindi, vanno distinti dai modelli di attaccamento insicuri e dai disturbi relazionali e non vanno considerati solo come fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologie (Tambelli, 2021).

1.4 QUALITÀ DELLA RELAZIONE DI COPPIA

Nelle relazioni di coppia e nella ricerca di un partner si cercano di soddisfare delle funzioni fondamentali: un senso di appartenenza e sicurezza, una base sicura per sviluppare l'attività esplorativa e per offrire un conforto nei momenti di stress (Feeney, 2004). Viene ripresa, quindi, la teoria dell'attaccamento infantile secondo Bowlby (1969), in cui la madre costituisce la "base sicura" per il bambino, nella quale cerca cura, protezione e sicurezza, ma da cui si allontana per esplorare l'ambiente e da cui torna per cercare protezione nelle situazioni di pericolo.

Sternberg e Barnes (1988) identificano nel "triangolo dell'amore" una caratteristica fondamentale delle relazioni di coppia. Questo fa riferimento all'unione di tre componenti: emotiva, composta dall'intimità, quindi comprensione e complicità; motivazionale, ovvero la passione, pertanto attrazione, sensazione di innamoramento e desiderio sessuale; e cognitiva, quindi il livello di impegno nei confronti del partner.

Anche Mazzoni e Tafà (2007) hanno individuato fattori relazionali che i due individui condividono per essere considerati una coppia: il fattore sessuale, il fattore emotivo e quello sociale.

Il legame di coppia non è statico, ma subisce un'evoluzione nel tempo in cui i sistemi di attaccamento, caregiving e sessualità assumono connotazioni differenti in base alla tappa del percorso in cui si trova la coppia. Nella fase dell'innamoramento la componente sessuale è elevata, ma anche il legame di attaccamento e di cura sono importanti. La seconda fase cioè quello dell'amore adulto è caratterizzato dall'accudimento e dalla vicinanza emotiva a discapito dell'attività sessuale. Infine, nella fase post-romantica prevale la cura nei confronti dell'altro e l'interdipendenza è molto elevata (Attili, 2004).

Spainer (1976), nella metà degli anni '70, ha elaborato il concetto di qualità della relazione di coppia dando a quest'ultima il nome di dyadic adjustment, ovvero adattamento di coppia. Questo si riferisce all'equilibrio relazionale che deve avere un sistema in cui, in risposta ai cambiamenti, ha la capacità di rimanere stabile, ma allo stesso tempo flessibile. Oltre alla flessibilità è necessario che sia caratterizzato dalla coerenza, dalla chiarezza e dalla tolleranza (Olson & Strass, 1977). Quindi, con "adattamento di coppia" si intende l'equilibrio da raggiungere attraverso la flessibilità e il cambiamento, che ogni coppia dovrebbe avere per fronteggiare le differenze, le angosce, le

preoccupazioni, i cambiamenti, le sfide che si verificano nel corso della vita (Mazzoni & Tafà, 2007).

Spainer giunge alla conclusione secondo cui l'adattamento di coppia sia possibile intenderlo come un processo che si muove lungo un continuum che va da "cattivo adattamento" a "buon adattamento" e che è possibile valutare in qualsiasi momento della vita. Inoltre, l'adattamento di coppia si può definire come un processo dato dall'interazione di quattro componenti: il consenso della coppia, la soddisfazione di coppia, la coesione di coppia e l'espressione degli affetti (Spainer, 1976).

Sulla base delle componenti prima evidenziate, Spainer (1976) ha introdotto uno strumento per la valutazione della qualità della relazione, quindi dell'adattamento in coppie sia coniugate che non: la Dyadic Adjustment Scale. Lo strumento è multidimensionale e si basa sulle rappresentazioni che l'individuo, in quanto membro della coppia, ha sulla propria relazione rispetto alle quattro dimensioni. Al termine della compilazione, la somma dei punteggi mostra il grado di accordo della coppia (Spainer, 1976).

La Dyadic Adjustment Scale è stata notevolmente utilizzata in diversi studi che avevano come obiettivo quello di indagare come alcuni eventi potessero influire sulla qualità della relazione di coppia, ad esempio l'impatto della nascita del primo figlio (Hobbs & Wimsh, 1977), la presenza in famiglia di un figlio affetto da un grave handicap (Koegel et al., 1983), la depressione di uno dei due partner (Dobson, 1987; Weissmann & Paykel, 1974; Coyne, 1976; Stuart, 1980), una terapia psicologica (Nathan & Joaning, 1985).

Attraverso diversi studi è stato possibile osservare come l'adattamento della coppia costituisca un fattore di influenza sulla genitorialità (Cowan et al., 1994). Infatti, sono state formulate tre ipotesi rispetto agli effetti del legame tra la qualità della relazione di coppia e la qualità della relazione genitori e figlio (Zennaro et al., 2001). La prima ipotesi è la spill-over Hypothesis (Easterbrooks & Emde, 1988) che sostiene come una relazione di coppia soddisfacente porti i genitori ad essere disponibili e sensibili ai bisogni del figlio. La Compensatory Hypothesis (Engfer, 1988; Goldberg & Easterbrooks, 1984) sostiene che un livello molto elevato di stress nella coppia può far sì che aumentino le attenzioni che i genitori rivolgono ai figli per cercare di compensare la carenza di soddisfazione della coppia. L'ultima ipotesi è la Common Factor Hypothesis (Binda,

1997) in cui la personalità dei genitori sono alla base della relazione che si crea con il figlio. L'ipotesi Spill Over è quella più confermata, infatti qualità della relazione di coppia influisce sulla qualità del rapporto con il figlio (Belsky, 1981). Essere genitori, però, può modificare il rapporto di coppia (Brustia, 1996). Di conseguenza, è fondamentale che ci sia un processo di riorganizzazione all'interno della coppia in modo tale che il nuovo ruolo genitoriale non influisca negativamente sul rapporto di coppia, ma, anzi, è importante che quest'ultimo venga salvaguardato (Simonelli et al., 2007). Per fare questo è necessario che si sia genitore senza rinunciare ad essere marito o moglie (Deutsch, 1969).

A tal proposito, Cowan e Cowan (1987) hanno elaborato un modello individuando cinque aree che subiscono dei cambiamenti con la transizione alla genitorialità: l'identità, quindi il senso di sé; i ruoli e la relazione di coppia, ovvero la cura del bambino, la redistribuzione del tempo libero, di quello lavorativo e domestico; le relazioni esterne; le relazioni intergenerazionali e la modalità di assunzione del ruolo genitoriale. Tutti questi cambiamenti possono portare, però, momenti di crisi all'interno di una coppia. Infatti, molte ricerche si sono basate sull'osservazione della soddisfazione di coppia a seguito della nascita di un figlio. È stato notato un decremento della soddisfazione coniugale e un aumento della conflittualità all'interno della coppia (Belsky et al., 1989; Cowan & Cowan, 1987; Hackel & Ruble, 1992; Twenge et al., 2003). Valutando, invece, l'andamento nel corso della vita si è potuto osservare come ci sia un decremento dell'adattamento della coppia negli anni caratterizzati dalla nascita dei figli e nell'accudimento di essi finché vivono sotto lo stesso tetto dei genitori, per poi aumentare nuovamente nel momento in cui i figli escono di casa (Lewis & Spanier, 1979). Questo può essere riconducibile ad uno spostamento dell'asse emotivo dalla relazione di coppia a quella con il figlio (Ranieri & Rosnati, 2000). Si può, quindi, affermare che diminuisca l'aspetto di companionship, ovvero l'aspetto romantico, affettivo della relazione, aumentando quello di partnership, quindi il senso di appartenenza, il coinvolgimento e il supporto (Belsky et al., 1983; Belsky et al., 1985). Da ricerche precedenti è possibile evidenziare alcuni cambiamenti che avvengono nella transizione alla genitorialità che possono rappresentare un fattore di rischio per la coppia. Esempi sono le relazioni precedenti, soprattutto con i propri genitori, in cui coloro che hanno ricevuto poche cure e affetto dai propri genitori sperimentano una notevole diminuzione della soddisfazione

di coppia. Anche la pianificazione della gravidanza può influire sulla transizione alla genitorialità, infatti coloro che non hanno pianificato l'arrivo del figlio tendono ad avere un sovraccarico emotivo, di ruoli, responsabilità e questo si ripercuote sia sulla genitorialità che sulla relazione di coppia. Le aspettative create sui genitori, sia sul figlio, creandosi l'immagine del bambino ideale, sia sul ruolo del coniuge nei confronti del figlio e sull'armonia familiare, influisce con l'arrivo del bambino, infatti se c'è una discrepanza tra le aspettative e la realtà, potrebbe esserci una diminuzione della soddisfazione di coppia e un incremento dei conflitti. Infine, è stato osservato come anche una riduzione del sonno, condizione necessaria nelle prime fasi di vita del bambino, possa portare ad uno stress psico-fisico, a maggior impulsività e irritabilità che ricadono in modo negativo nella qualità della relazione di coppia (Saita et al, 2010; Pinquart & Teubert, 2010; Scabini & Iafrate, 2003).

Alcuni studi hanno evidenziato la presenza di fattori che, invece, possono garantire una buona qualità della relazione di coppia e un livello alto di soddisfazione. Difatti, si è posta l'attenzione sulla comunicazione. Se questa è caratterizzata da apertura, rispetto delle idee dell'altro, flessibilità si può avere un impatto positivo sull'adattamento della coppia (Montgomery, 1981). Al contrario, una comunicazione incoerente, poco chiara e caratterizzata da atteggiamenti di chiusura, porta ad una diminuzione della soddisfazione di coppia e ad un aumento dei conflitti, rendendo il rapporto difficoltoso (Righetti & Sette, 2000).

Non è accertata una relazione tra diminuzione della soddisfazione coniugale e transizione alla genitorialità, infatti è stato osservato un declino della qualità della relazione di coppia anche in assenza di figli (McDermid et al., 1990).

CAPITOLO 2: L'INFERTILITA'

La fertilità è un aspetto che definisce il benessere di una persona, di una coppia e di una popolazione (Flamigni, 2001). In Europa sta aumentando l'impossibilità di soddisfare il bisogno di maternità e paternità (Donati, 1999). Infatti, il tasso di fertilità totale, quindi il numero di bambini nati dalla stessa donna nella sua vita, è in diminuzione (Riccio, 2017). L'incapacità di riprodursi, quindi l'infertilità, ha da sempre rappresentato una problematica vissuta con forte timore all'interno della società (Valoriani, 2011).

L'infertilità, secondo la definizione elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è l'assenza di una gravidanza a seguito di dodici mesi di rapporti sessuali regolari, senza l'utilizzo di contraccezione o la presenza di aborti. Si può parlare di infertilità primaria, se vengono soddisfatti i criteri definiti dall'OMS, o secondaria se la coppia è già genitore di un bambino, ma per un periodo di due anni non riesce a concepire il secondo figlio. I dati riguardanti l'infertilità mostrano che un numero compreso tra gli 80 e i 168 milioni di persone vivono l'esperienza dell'infertilità (Vayena et al., 2002), ovvero il 10% della popolazione mondiale (Boivin et al., 2007).

Nell'antichità, però, l'unica responsabile della gravidanza e della non gravidanza veniva ritenuta la donna, ed era trattata con disprezzo nel caso in cui il concepimento e la gravidanza fossero fallite. Nella lingua e società giapponese, infatti, è ancora utilizzato il termine "umazume", che significa "donna di pietra", con cui viene identificata una donna incapace di dare vita. Solo successivamente, intorno al Medioevo è stata superata la concezione secondo cui l'unica responsabile dell'infertilità fosse la donna, coinvolgendo così anche l'uomo. La conferma è arrivata nel 1765 quando Spallanzani ha dimostrato che la fecondazione avviene con l'unione di gameti e spermatozoi (Valoriani, 2011).

Ad oggi, il CECOS (Cetro Studi e Conservazione Ovociti e Sperma umani) afferma che l'infertilità riguarda nello stesso modo l'uomo e la donna, con il 40% di cause maschili e il 40% di cause femminili, l'ultimo 20%, invece, è l'infertilità inspiegata o idiopatica.

L'aumento del tasso di infertilità è riconducibile a fattori diversi, tra cui le modificazioni dei bisogni sociali e culturali che portano a posticipare l'inizio della ricerca di una gravidanza, l'aumento di malattie sessualmente trasmissibili o fattori ambientali, ad esempio le sostanze tossiche, l'inquinamento e stili di vita poco salutari (Ricci, 2017). Inoltre, sono state individuate cause organiche rispetto all'infertilità. Per quanto riguarda

l'infertilità femminile sono state riscontrate diverse cause, alcune più frequenti, altre, invece, che riguardano solo una piccola percentuale delle donne infertili:

- Le alterazioni dell'ovulazione è una delle cause più frequenti. Esse sono determinate, ad esempio, dalla sindrome dell'ovaio policistico, caratterizzata da disfunzioni ovulatorie, iperandrogenismo e la presenza di ovaie con diverse cisti;
- La mancanza di ovulazione, nelle condizioni di disturbi del comportamento alimentare, come anoressia e obesità, in cui a causa di un'alterazione dell'ipotalamo e dell'ipotesi, si può assistere a conseguenze nella procreazione;
- L'endometriosi, ovvero la presenza dell'endometrio, non solo nella parte interna dell'utero, ma anche in altre zone, come le tube e le ovaie, che mensilmente mestrualizza creando delle aderenze. L'endometriosi, inoltre, può alterare la funzionalità ovarica causando l'impossibilità nella procreazione;
- Il fattore tubarico è stato identificato come una causa dell'infertilità, infatti, danni alle tube causati da interventi chirurgici addomino-pelvici o infezioni, possono ostacolare o impedire agli spermatozoi di giungere all'ovaio per l'incontro con l'ovocita;
- Il fattore uterino riguarda il 5% dei casi di infertilità, in cui l'utero può essere affetto da malformazioni o patologie che alterano le funzionalità;
- Il fattore cervicale, in cui la cervice è deputata nella produzione di muco cervicale, una sostanza che solo con buone caratteristiche qualitative e quantitative consente il passaggio del liquido seminale. Se il muco cervicale è di buona qualità, gli spermatozoi sono in grado di sopravvivere fino a cinque giorni, contrariamente muoiono in poche ore;
- l'età della donna, dove con l'avanzamento di essa e il superamento dei 35 anni, si riscontra il deterioramento degli ovociti nelle ovaie, con un aumento del numero di aborti (Massobrio e Revelli, 2003).

Le cause di infertilità maschile, invece sono riconducibili a tre ambiti:

- ormonali, in cui si rileva uno squilibrio nella produzione di ormoni sessuali da parte dell'ipotesi, dell'ipotalamo o dei testicoli
- testicolari, caratterizzati da una difficoltà nella produzione di spermatozoi nel testicolo. Possono essere cause genetiche oppure cause acquisite. Le cause

genetiche possono ricondursi ad uno sviluppo non perfetto dei testicoli, al criptorchidismo (la mancata discesa di uno o entrambi i testicoli nella borsa scrotale), al varicocele, ovvero una dilatazione delle vene testicolari che causa una diminuzione della qualità del liquido seminale. Le cause acquisite sono di tipo virale o batterica:

- post-testicolari, in cui si rileva una difficoltà nel trasporto degli spermatozoi dal testicolo all'esterno, provocati da cause genetiche, ovvero l'assenza dei dotti deferenti, o acquisite come un'infezione dell'apparato genitale e urinario o la vasectomia.

2.1 INFERTILITÀ IDIOPATICA

Nel momento in cui si escludono tutte le cause di incapacità procreativa si parla di infertilità idiopatica. Quest'ultima è una diagnosi che viene effettuata a seguito di esami che hanno esito negativo.

Gli esami per le donne sono analisi ormonali, come LH, Estradiolo, FSH e il Progesterone per capire l'età dell'ovaio, se avviene o meno l'ovulazione o squilibri endocrini; l'ecografia transvaginale, che permette di stabilire se ci siano fibromi, cisti e se avviene l'ovulazione mediante l'osservazione delle ovaie, dell'utero e della vescica. Ulteriori accertamenti, più invasivi, richiesti per scongiurare un'infertilità con causa sono: il tampone vaginale, le indagini genetiche, l'isteroscopia e l'isterosalpingografia.

Per quanto riguarda gli esami a cui devono sottoporsi gli uomini per escludere una causa di infertilità ci sono lo spermogramma, esame di base, in cui si valutano le caratteristiche del liquido seminale per stimare il movimento, il numero e la forma degli spermatozoi. Successivamente, in caso di risultati negativi si procede con ulteriori esami, come la spermocoltura, le indagini genetiche e le analisi ormonali. Solo a questo punto è possibile parlare di infertilità idiopatica.

Auhagen-Stephanos (1995) ritiene che esista la sindrome da desiderio di figlio, in cui si provano sentimenti di odio, colpa, vergogna, invidia, impossibilità nel provare piacere. La coppia infertile, senza avere una causa di questa impossibilità di concepire, vive in un circolo diabolico, in cui si alterna euforia e delusione, l'una provata nel momento dell'ovulazione, l'altra dalle mestruazioni.

Per alcuni specialisti le cause si possono ricondurre a fattori psicologici, infatti viene anche definita infertilità psicogena (Platt et al., 1973; Kipper et al., 1977). In questo modo il corpo è l'unico modo per comunicare ciò che è rappresentato solo psicologicamente. Quindi, l'impossibilità apparente di avere dei figli riflette delle paure, delle emozioni date da esperienze traumatiche non risolte, che rappresentano un anticoncezionale (Auhagen-Stephanos, 1991).

Il fatto che l'infertilità potesse essere psicogena iniziò a svilupparsi nel '900 in concomitanza con l'affermarsi delle malattie psicosomatiche (Riccio, 2017).

Quando l'infertilità è idiopatica, Bydlowski ritiene che possa essere collegata ad "un'operazione difensiva inconscia dello psichismo di fronte all'eventualità di una procreazione apparentemente desiderata, ma nei fatti temuta e rifiutata all'insaputa del soggetto" (Bydlowski, 2009). La paura inconscia della gravidanza è legata ad un senso di colpa verso la figura materna. Secondo Pines (1972) l'infertilità rappresenta un rapporto insoddisfacente con la propria madre, verso la quale si prova rancore, invidia e senso di inferiorità.

L'inconscio, secondo Bydlowski (1997), è quindi la principale causa della mancata generatività: secondo l'autrice è come se ci fosse un "calcolo" inconscio della mente, infatti molto spesso le donne partoriscono, ovviamente involontariamente, in date significative per la famiglia, ad esempio un anniversario, un lutto, il compleanno di una persona mancata (Bydlowski, 1997).

L'autrice classifica le infertilità psicogena in: secondarie, in cui è come se proteggesse la donna da una gravidanza che sarebbe vissuta come un trauma, una catastrofe; nevrotiche, in cui la donna ha la possibilità di evitare di confrontarsi con le rappresentazioni mentali, ormai rimosse, riguardante il rapporto con la madre nell'infanzia e collegate a disturbi della propria immagine corporea femminile, in cui il bisogno di controllo totale del proprio corpo non permetterebbe ad esso di poter accogliere una gravidanza (Bydlowski, 1997).

Bydlowski (1997) ritiene che le difficoltà riscontrate nelle relazioni di coppia e, quindi, le problematiche psicologiche dei partner rispetto al desiderio di avere un figlio, possano creare un'alleanza inconscia che ostacola il concepimento. Quando queste coppie iniziano un percorso psicologico, lo fanno con l'obiettivo e la speranza di sbloccare quel meccanismo psichico che gli impedisce di generare. Durante le sedute di psicoterapia può emergere che non sia la generatività e quindi la genitorialità il problema della vita emotiva, di conseguenza si deve cambiare il focus ricostruendo gli aspetti affettivi ed emotivi del singolo o della coppia, per poi progettare la genitorialità (Valoriani, 2011).

Infatti, nel momento in cui una coppia inizia un percorso di psicoterapia individuale o di coppia potrebbe accadere che concepisca naturalmente, in quanto non essendoci cause organiche, avviene nel momento in cui si sente capito, accolto e rassicurato nelle proprie paure (Riccio, 2017). A conferma di questo è stato notato che un terzo dei concepimenti

avvenga durante la fase diagnostica dell'infertilità, poco prima di iniziare le procedure di Procreazione Medicalmente Assistita o all'inizio dell'iter adottivo. Questo perché consultare personale medico e specializzato risulta essere benefico in quanto c'è una riduzione dello stress nella coppia. Per questo è utile una buona formazione del medico anche sul versante relazionale, perché l'incidenza del suo supporto è alta (Pasini & Mori, 2015).

Anche Orr (1941) si è soffermato ad analizzare le dinamiche avvenute nelle coppie a cui era stata diagnosticata l'infertilità idiopatica. Infatti, ha notato come, nel momento in cui si stava concretizzando il desiderio di avere un bambino, attraverso il percorso adottivo, la coppia rimaneva incinta naturalmente. Così, ipotizza che l'inizio di un percorso adottivo permetta alla coppia di superare le resistenze inconsce alla genitorialità.

2.2 INFERTILITÀ: LUTTO BIOLOGICO

“... mai come quando abbiamo perduto l'oggetto amato o il suo amore siamo così disperatamente infelici” (Freud, 1929)

In *Lutto e Melanconia*, Freud (1978) definisce l'affetto del lutto come una reazione data dall'incontro con la perdita di un oggetto (Freud, 1978).

Nel caso della diagnosi di infertilità, a seguito di accertamenti medici fatti dalla coppia, i sentimenti sperimentati sono shock, incredulità, rabbia, disperazione oppure diniego (Ricci, 2017). La mancanza di possibilità di affrontare l'esperienza della maternità e della genitorialità è considerato un lutto complesso da elaborare, in quanto non riguarda solo il presente, ma anche la proiezione di sé nel futuro. Inoltre, è un bambino mai nato e che, di conseguenza, non può essere seppellito (Visigalli, 2015).

Un corpo che non genera e non è in grado di generare viene sentito come vuoto, “come un tronco d'albero vuoto”, difettoso, inadeguato, mancante. È un corpo tradito e traditore allo stesso tempo, ma è anche pieno di desideri, speranze, riuscita (Ricci, 2017).

Secondo Vegetti Finzi nelle coppie che vivono l'esperienza della mancata genitorialità “la traccia del sangue delle mestruazioni simboleggia una ferita che il tempo non riesce a cicatrizzare” (Vegetti Finzi, 1997) e di conseguenza un lutto che difficilmente si riesce ad elaborare.

Il corpo infertile esprime il dolore, una dimensione luttuosa, l'immobilità, la staticità data da una pancia vuota e che tale resterà (Vegetti Finzi, 1997).

Inoltre, la difficoltà di elaborare questa perdita, questo lutto, è dato dal fatto che si attraversino due esperienze: la prima è la mancanza di un figlio nel reale e la seconda è la presenza di un figlio nell'immaginario. Quindi, il bambino prima di esistere nella realtà, esiste nella fantasia, nell'immaginazione della coppia e da lì è difficile espellerlo (Vegetti Finzi, 1997).

Nell'infertilità si piange per un bambino mai nato e mai esistito se non come oggetto fantasmatico; il lutto per l'infertilità è particolare, così come la sua elaborazione, dove il sentimento di dolore e perdita intacca il corpo nella sua profondità (Vegetti Finzi, 1999).

Quindi, una diagnosi di infertilità si può paragonare ad una perdita, in cui vengono provati gli stessi sentimenti di un'esperienza luttuosa (Weaver et al., 1997). Questa perdita riguarda il corpo, la speranza e la progettualità di una coppia, a cui i partner cercano di far fronte per mantenere un equilibrio all'interno della relazione di coppia (Salerno, 2010).

Il lutto è transitorio e può essere superato attraverso un lavoro su sé stessi e di elaborazione di ciò che è accaduto. Il lavoro che viene svolto è psichico e permette di separarsi dall'oggetto perduto. Questo è processo sofferto che causa dolore per due motivi: si prova dolore perché l'oggetto perduto è un'assenza reale e si prova dolore in quanto l'oggetto perduto è una presenza costante nei pensieri del soggetto (Freud, 1978).

Ma l'elaborazione, quindi, del vuoto, della perdita, della mancata nascita del bambino reale e del bambino immaginario può far sì che la coppia superi la diagnosi e si apra ad altre e nuove forme di generatività (Vegetti Finzi, 1999).

2.3 INFERTILITÀ E QUALITÀ DELLA RELAZIONE DI COPPIA

Nella vita di una coppia, il passaggio dal patto coniugale alla genitorialità rappresenta una fase tipica di un ciclo di vita di una famiglia normale. Il desiderio della genitorialità rappresenta per la coppia una dimensione di progettualità che nasce da bisogni e fantasie (Winnicott, 1965), in cui la relazione non è costituita da una semplice vicinanza tra i due partner, ma è generativa (Cigoli & Scabini, 2000).

Quando dopo i primi mesi il tanto desiderato figlio non arriva, nonostante si possa parlare di infertilità o problematiche relative alla fertilità solo dopo un anno di rapporti non protetti, la coppia inizia ad essere investita da ansia e paura. Infatti, inizialmente la difficoltà nel procreare è consapevole solo a livello inconscio, attraverso immagini oniriche, per poi iniziare ad occupare lo spazio psichico più cosciente (Riccio, 2017).

Il momento della diagnosi di infertilità è un momento critico per la coppia e può essere definita una “crisi di vita” che comporta sentimenti di rabbia, incredulità, shock, diniego o disperazione, frustrazione, inadeguatezza e stress (Riccio, 2017; Wallach, 1980).

Queste coppie non devono fare i conti solo con la loro individualità e la loro coppia, ma anche con il rapporto con la società. Quest’ultima vede il ruolo genitoriale come un elemento necessario e fondamentale per poter essere considerati “coppie normali” con un progetto di vita. Le coppie infertili si sentono, così, costrette a provare un senso di fallimento per non essere state in grado di dare la vita (Valoriani, 2011).

Un altro confronto con cui la coppia deve fare i conti è la sessualità, vista solo con lo scopo riproduttivo, che nelle coppie infertili viene meno. Inoltre, la capacità riproduttiva viene vista come fondante della creazione dell’immagine di sé. La donna, ad esempio, programmando la gravidanza è come se avesse un’affermazione narcisistica del sé, che diventa insostenibile e intollerabile psicologicamente nel momento in cui ci si rende conto che questo non è possibile. (Valoriani, 2011).

All’Istituto Nathan Ackerman, nel 1991, sono state approfondite le dinamiche presenti all’interno delle coppie con diagnosi di infertilità ed è stato osservato come nei due partner ci sia il bisogno di proteggersi l’un l’altro senza rivelare le proprie angosce e le proprie paure per evitare di ferire l’altro e avere ripercussioni negative nella coppia (Meyers et al., 1998).

Questi aspetti sono delle difese che vengono messe in atto dalla coppia per evitare di affrontare il problema dell'infertilità, in tal modo c'è la tendenza ad accentuare degli aspetti fusionali per proteggersi vicendevolmente e fronteggiare i sentimenti di colpa, rabbia ed inadeguatezza che si provano dal momento in cui viene posta una diagnosi di infertilità (Riccio, 2017).

Questo meccanismo di estrema vicinanza è una risposta della coppia per fronteggiare l'esperienza traumatica. Il problema, però, è che spesso vicinanza non è sinonimo di condivisione, quindi non vengono espressi i propri pensieri, emozioni e sentimenti, per proteggere l'altro. Il rischio è che la coppia congeli i propri stati d'animo non permettendo all'altro e alla coppia di rispettarli, contenerli e prendersene cura, portando, così, alla solitudine di entrambi i membri della coppia (Riccio, 2017).

Sicuramente il dolore è più facile da affrontare se non ci si sente soli, se è possibile trovare nell'altro e all'esterno della coppia un contenitore emotivo, quindi attraverso la condivisione, la comunicazione, l'ascolto, l'accettazione dell'infertilità e dell'insuccesso, la coppia può evitare di isolarsi dal punto di vista sociale e sarà in grado di affrontare le sfide che la vita gli pone davanti (Lechner et al., 2007; Riccio, 2017).

Una forte coesione della coppia può proteggere da vissuti depressivi e ansiosi (Newton et al., 1990; Gibson & Myers, 2000), quindi una buona qualità della relazione di coppia permette di affrontare lo stress conseguente alla diagnosi di infertilità (Sydsjo et al., 2005). Alcune ricerche riportano dei valori dei punteggi più bassi nella soddisfazione coniugale delle coppie infertili rispetto alle coppie di controllo (Monga et al., 2004; Wang et al., 2007). Questo si può correlare ad una maggiore insoddisfazione verso sé stessi che provano i membri della coppia e questo si riversa negativamente sulla qualità del rapporto di coppia (Ramezanzadeh et al., 2006; Hirsch & Hirsch, 1989). Al contrario, altri studi hanno osservato come il legame di coppia si rafforzi a seguito della diagnosi, in quanto obbliga i partner a comunicare e avere più confronti (Holter et al., 2006; Schmidt et al., 2005; Greil et al., 1989).

I differenti risultati evidenziati andrebbero considerati prendendo in esame anche altri fattori: il genere, secondo cui c'è un minor adattamento della donna infertile rispetto a quella fertile, ma non si sono notate differenze significative per quanto riguarda gli uomini (Shek, 1995; Terry & Scott, 1987); la durata della relazione con il partner, che

sembra correlare negativamente con la soddisfazione coniugale delle coppie infertili (Abbey, 2000); la comunicazione (Ting-Toomey, 1983), lo status socio-economico (Conger, Conger, Elder e Lorenz, 1990), la personalità (Chen et al., 2007).

È possibile identificare, quindi, due tipologie di coppie infertili (Wischmann et al., 2002): armoniose e conflittuali. Le coppie armoniose sono in grado di ridurre le discussioni e trasformare la rabbia in amore, spinti dal desiderio della genitorialità. Quelle conflittuali, invece, aumentano i livelli di tensione e conflittualità vedendo il figlio come un salvatore della coppia, di conseguenza la diagnosi di infertilità è ancora più difficile da accettare (Stammer et al., 2002). Il ruolo del figlio come “salvatore della coppia” nelle coppie con relazioni problematiche è stato identificato anche da Costa e Nazzaro (2008) in una ricerca effettuata su 178 coppie infertili, in cui il 28% avevano queste caratteristiche.

I problemi legati alla coppia, secondo la teoria sistemica, possono essere ricondotti alla relazione di ogni partner con la propria famiglia di origine. Infatti, De Bernart e Buralli (2001) affermano che in una coppia che non funziona vi è una difficoltà nel processo di separazione dalla famiglia di origine e si può osservare una dipendenza emotiva dalle proprie figure genitoriali (De Bernart & Buralli, 2001). Inoltre, nel momento in cui viene diagnosticata infertilità la membrana di coppia è messa a dura prova in quanto spessore, elasticità e qualità, infatti si confronta con la dipendenza dalla famiglia d'origine e la rabbia, la delusione, la frustrazione possono sostituire l'unione e la fusione della coppia (Riccio, 2017).

L'infertilità, infatti, non deve essere vista solo come una problematica riguardante il singolo individuo e la coppia, ma, anzi, coinvolge l'intero sistema familiare.

Infatti, come sostenuto da Cigoli e Scabini, la nascita di un figlio è sia un “generare”, in quanto viene messa al mondo una vita, sia un “essere generati”, in quanto nuovi genitori e nel legame che si viene a creare dato dall'unione di due famiglie d'origine differenti (Cigoli & Scabini, 2000). L'impossibilità nel generare della coppia è stato definito “un evento paranormativo del ciclo vitale familiare”, in quanto ha delle ripercussioni e delle conseguenze anche nelle famiglie, impedendo, ad esempio, di diventare nonni e zii, e comporta la necessità di riorganizzare gli equilibri di un intero sistema familiare (D'Andrea, 1999).

Anche il sentirsi responsabili di dover infrangere le aspettative, i bisogni familiari e la possibilità di portare a termine il proprio dovere generazionale, sdebitandosi così con i genitori, rappresenta un momento doloroso per la coppia. (Ricci, 2017; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

Sono state considerate, confrontandole, le sofferenze relazionali che i due partner hanno con la propria famiglia di origine basandosi sulle coppie in trattamento presso la Cicogna Distratta ed è stato notato che spesso ci sono delle difficoltà a comunicare con i propri genitori e questo non permette alla coppia di sentirsi accolti, contenuti, sostenuti e capiti dalle loro famiglie di origine.

2.4 CONSEGUENZE EMOTIVE NELLA COPPIA A SEGUITO DELLA DIAGNOSI DI INFERTILITÀ

Quando viene data una diagnosi di infertilità è importante considerare le differenti reazioni, maschili e femminili, per poter comprendere ciò che accade all'interno della coppia (Valoriani, 2011).

Molto spesso l'attenzione viene posta sulle reazioni che possono avere le donne a questa diagnosi, in quanto, nonostante sia un'ideologia superata, è come se si sia rimasti ancora ancorati alla credenza secondo cui l'unica persona della coppia coinvolta nella diagnosi di infertilità e causa di un mancato concepimento sia la donna (Valoriani, 2011).

In realtà, l'infertilità colpisce nella stessa misura sia l'uomo che la donna. La ricerca, però, si è concentrata a lungo sulla reazione della donna sottovalutando i fattori psicologici degli uomini, questo perché per l'uomo la paternità non è "avere" un figlio, ma "possederlo" (Valoriani, 2011).

Per la donna, invece, la maternità è legata alla gravidanza, al parto e alla cura del bambino, quindi si pone il corpo della donna al centro del concepimento. Nonostante la concezione della maternità e della paternità, così come il ruolo genitoriale della donna e dell'uomo, si sia evoluto e modificato nel tempo, la cultura di appartenenza rimane comunque un fattore importante da considerare nelle risposte emotive e nelle reazioni che seguono la diagnosi di infertilità. Infatti, ci sono società in cui l'uomo non viene considerato causa di un mancato concepimento, come in Egitto, in cui l'infertilità maschile non viene considerata, ma il mancato concepimento viene attribuito alla donna (Valoriani, 2011).

Sulla relazione tra i fattori psicologici e l'infertilità sono stati individuati tre filoni di ricerca: il primo si concentra sui fattori psicologici nell'eziologia dell'infertilità, il secondo sull'impatto che ha la diagnosi di infertilità sul funzionamento psicologico e l'ultimo sulle strategie di coping messe in atto a seguito della diagnosi di infertilità.

Le prime due linee di studio si interrogano cercando di stabilire se ci sia una condizione psicologica preesistente che possa indurre l'infertilità o se invece sia la diagnosi di infertilità a creare una specifica condizione psicologica.

Questo perché numerose ricerche si sono concentrate sulle conseguenze emotive che comporta una diagnosi di infertilità rilevandone in pazienti in cura. Le più comuni a

livello psicologico sono stress, depressione e ansia in entrambi i membri della coppia (Stoleru et al., 1996; Bringhenti et al., 1997; Beutel et al., 1999; Herbert et al., 2010; Umezulike & Efetie, 2004; Ahmadi et al., 2011). L'ultimo filone di ricerca, invece, è utile per permettere alla coppia di avere gli strumenti necessari per affrontare un iter terapeutico (Valoriani, 2011).

Le differenze di genere nel momento in cui viene posta una diagnosi di infertilità sono state evidenziate nelle dimensioni di ansia, autostima, depressione e adattamento sessuale con una vulnerabilità maggiore nelle donne (Du et al., 2000).

In letteratura le ricerche sulle differenze di genere sul piano psicologico nell'ambito dell'infertilità non sono vaste, sicuramente è stata riconosciuta una maggiore difficoltà e una risposta psicologica più negativa nel partner infertile (Valoriani, 2011). Infatti, negli studi in cui sono stati indagati i livelli di depressione, la donna risultava avere maggiori sintomi depressivi rispetto agli uomini, ma nei casi in cui gli uomini avevano punteggi più alti di depressione è perché avevano saputo di essere loro il partner infertile (Bak et al., 2012).

Come detto, la diagnosi di infertilità nell'uomo è fonte di stress, ma questi sembrerebbe essere in grado di controllare e gestire la condizione, infatti reagisce con maggiore ottimismo rispetto alla donna e ha un atteggiamento più possibilistico.

Queste reazioni, però, sembrerebbero non rispecchiare ciò che viene provato realmente, infatti, gli uomini tendono a nascondere i loro sentimenti a causa del senso di colpa e alla diminuzione del loro senso di sé nel momento in cui vengono colpiti nella loro virilità.

Anche il senso di depressione viene sperimentato dall'uomo, a cui può reagire nello stesso modo in cui reagisce la donna, ovvero cercando di fuggire e, quindi, evitando di affrontare il problema e autocontrollando le proprie emozioni. Quest'ultima reazione potrebbe sfociare in un disturbo depressivo, in quando non viene ricercato il supporto negli altri, isolandosi socialmente (Valoriani, 2011).

Nell'uomo subentra, anche, la stigmatizzazione da parte della società, in quanto non riesce a rispettare la norma sociale della riproduzione, con una perdita della virilità e del suo ruolo maschile. Goffman (1963) afferma che lo stigma sia un concetto che scredita l'individuo causando stress e disonore. Secondo l'autore l'infertilità è legata alla

stigmatizzazione dovuta a deformità fisica. La stigmatizzazione, quindi, lede il benessere individuale e porta a sentirsi diverso, rifiutato culturalmente e isolato in quanto viene meno al ruolo legato alla riproduzione. Prova anche sentimenti di incompetenza, debolezza, disperazione, incapacità rispetto agli altri uomini che, invece, non affrontano la diagnosi e le conseguenze dell'infertilità.

Inoltre, influisce notevolmente nel rapporto di coppia, compromettendolo. Infatti, anche la partner è vittima dello stigma, definito "stigma condiviso". Quando, invece, non sono state trovate differenze tra uomini fertili e uomini infertili, si è ipotizzato che negli uomini infertili ci sia la capacità di progettare e avere ruoli differenti, al di fuori del progetto della genitorialità (Valoriani, 2011).

In molti uomini infertili è stata riscontrata l'alessitimia, ovvero l'incapacità di mentalizzare, riconoscere e verbalizzare gli stati emotivi propri e altrui (Nemiah et al., 1976). Per questo potrebbe esserci un legame tra l'incapacità di esprimere i propri stati emotivi e i sintomi somatici presenti negli uomini infertili (Conrad et al., 2001). La somatizzazione sarebbe data dalla difficoltà di esprimere le emozioni provate dall'incapacità di generare.

La letteratura conferma che se gli uomini sono infertili provano distress emotivo simile a quello provato dalle donne infertili, la reazione è più lieve se la diagnosi è mista. Lo stress provato non sembrerebbe associato alla diagnosi di infertilità, ma alla volontà di accettare la responsabilità tale diagnosi.

Nelle donne il tema dell'infertilità si associa a rabbia, colpa, shock emotivo, depressione, rifiuto di accettare la realtà (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991). Inoltre, un sentimento molto comune è una diminuzione dell'autostima, un senso di fallimento in quanto donna e compagna.

I livelli di stress sono alti nelle donne con diagnosi di infertilità, ma è stato rilevato uno stress più acuto in coloro a cui è stata trovata una causa, piuttosto che nelle donne con infertilità idiopatica (Valoriani, 2011).

Anche i livelli di ansia nelle donne infertili, piuttosto che negli uomini, sono più elevati (Musa et al., 2014; Liu & Zhao, 2011; Sultan e Tahir, 2011; Brucker & McKenry, 2004;

Anderson et al., 2003; Fatoye et al., 2008; Slade et al., 2007; Edelman & Connolly, 2000; Karlidere et al., 2007).

Come detto, anche l'adattamento sessuale della coppia deve essere considerato a seguito della diagnosi di infertilità. Infatti, è stato osservato come nelle coppie che hanno difficoltà nel concepimento, c'è un deterioramento della relazione sessuale (Testa & Graziottin, 2006). Spesso, il desiderio sessuale, riportato sia da uomini che da donne, è ipoattivo (Moro et al., 2003) e ciò che ne consegue è una riduzione dei rapporti sessuali e del piacere percepito (Carter et al., 2011).

È stato osservato come, a seguito di una diagnosi di infertilità, il ruolo assunto dal partner è fondamentale. Anche la rete sociale è un supporto valido, ma, spesso, questo viene meno in quanto la comunità è pressante nei confronti della donna che sembra debba necessariamente assumere il ruolo di madre. Inoltre, viene considerata "fuori sincronia temporale" in quanto i suoi pari hanno già assunto il ruolo genitoriale e per questo c'è una forte tendenza all'isolamento sociale e a un profondo senso di solitudine (Valoriani, 2011).

Inoltre, si inizia ad interrogarsi in modo ossessivo e a passare in rassegna tutti gli eventi del passato che potrebbero ricondurre ad una possibile causa dell'infertilità (Shapiro, 1988). Tutte queste condizioni possono portare al disturbo depressivo, con livelli più alti nelle donne piuttosto che negli uomini (Ying, 2015). È stato anche dimostrato come la mancanza di un figlio comprometta sia il proprio sé ideale che quello reale creando una profonda ferita narcisistica.

È importante, però, occuparsi anche delle risorse adattive della coppia, che aiutano a fronteggiare la diagnosi di infertilità. Queste risorse sono le strategie di coping e la qualità della relazione di coppia.

Come detto, una delle risposte psicologiche alla diagnosi di infertilità è lo stress. Attraverso numerosi studi è stato possibile osservare come le strategie di coping siano dei fattori moderatori dello stress più efficaci (Benyamini et al., 2009; Gourounti et al., 2010; Mahajan et al., 2009; Lykeridou et al., 2009; Verhaak et al., 2005).

Le strategie di coping sono dei meccanismi cognitivi, emotivi e comportamentali che vengono messi in atto dall'individuo per fronteggiare situazioni dannose e stressanti

(Lazarus, 1966). I tre stili di coping concettualizzati da Cicognani e Zani (1999) possono essere centrati sul problema, in cui gli individui provano a modificare le circostanze e di conseguenza eliminare il problema; le strategie di coping il cui focus sono le emozioni, in cui gli individui provano a ridurre le emozioni negative e, infine, quelle centrate sull'evitamento, in cui il problema non viene affrontato, ma ci si concentra su altre attività.

Gourounti e colleghi (2010) sostengono che nelle coppie infertili le strategie di coping più efficaci siano quelle che si focalizzano sul problema, quindi sull'infertilità, piuttosto che le strategie che mettono in atto meccanismi di difesa quali l'evasione e la negazione del problema (Gourounti et al., 2010).

A fronte di una diagnosi di infertilità, sia le donne che gli uomini sono molto coinvolti, ma di fronte allo stress che la condizione comporta, gli uomini e le donne rispondono in modo differente (Greil, 1997). Infatti, le donne considerano la diagnosi di infertilità paragonabile a quella di malattie gravi (Andrews et al., 1992; Domar et al., 1993), mentre gli uomini reagiscono come per qualsiasi altro problema, prendendosi anche carico delle risposte emotive negative del partner, come maggiore ansia e dolore (Greil, 1997). Le donne, così, mettono in atto strategie di coping differenti, apparendo meno distaccate al problema dell'infertilità (Pinto-Gouveia, Galhardo, Cunha, e Matos, 2012). Gli studi hanno riscontrato risultati diversi rispetto alle strategie di coping messe in atto dalle donne e dagli uomini, infatti secondo alcune ricerche le donne tendono ad utilizzare maggiormente strategie centrate sull'evitamento, anche se richiedono un elevato sostegno sociale (Peterson et al., 2006a), altri ritengono che vengano utilizzate maggiormente strategie centrate sulle emozioni (Jordan & Revenson, 1999). Le richieste di supporto sociale e alla famiglia da parte delle donne per far fronte allo stress causato da una diagnosi di infertilità sono maggiori rispetto a quelle richieste dall'uomo (Abbey, 2000; Greil, 1997) e, inoltre, se la percezione che queste richieste siano insoddisfacenti, aumenta la probabilità di sviluppare una sintomatologia depressiva e ansiosa (Lechner et al., 2007).

Un fattore che potrebbe influire sulle strategie di coping che vengono messe in atto sono le cause dell'infertilità. Il fatto di percepirsi "sani" può essere un fattore protettivo, così che il soggetto metta in atto delle strategie più adattive (Souter et al., 2002). Ad esempio,

le donne la cui diagnosi è l'infertilità idiopatica hanno maggiori livelli di benessere rispetto a coloro che hanno ricevuto una diagnosi di infertilità con causa. Se, invece, a ricevere una diagnosi di infertilità sono gli uomini, questi ultimi tendono a mettere in atto strategie di evitamento e distanziamento (Peterson et al., 2006b).

2.5 INFERTILITÀ E MODELLI DI ATTACCAMENTO

Lo stile di attaccamento del soggetto influenza notevolmente la sua risposta alle situazioni di stress e sofferenza emotiva, come la diagnosi di infertilità (Mikulincer & Shever, 2007). Come detto, lo scopo delle relazioni di attaccamento è il raggiungimento della sicurezza fisica e affettiva e della protezione (Bowlby, 1973).

È stato notato come le donne con un attaccamento sicuro, reagiscono con un maggior benessere psicologico, un'attivazione di strategie di coping adattive, minor angoscia e minori stati negativi rispetto alle donne con un attaccamento di tipo evitante e ambivalente (Mikulincer et al., 1998). Inoltre, vi è una correlazione positiva tra le donne infertili con lo stile di attaccamento sicuro e un miglior adattamento diadico (Mikulincer et al., 1998). Invece, la correlazione è negativa con gli stili di attaccamento ambivalente ed evitante (Amir et al., 1999).

Anche negli uomini di una coppia infertile lo stile di attaccamento ha un'influenza importante sul benessere psicologico e sull'adattamento diadico. Infatti, è stato riportato come uno stile di attaccamento sicuro garantisca un maggior benessere rispetto agli stili di attaccamento insicuri, ma in questi ultimi bisogna differenziare l'attaccamento evitante e l'attaccamento ansioso-ambivalente. Infatti, nell'attaccamento evitante, il benessere psicologico è maggiore rispetto agli uomini con un attaccamento ansioso-ambivalente. Lo stesso è stato evidenziato per l'adattamento diadico: ad avere una maggiore soddisfazione di coppia sono gli uomini con attaccamento sicuro, seguiti da quelli con attaccamento evitante ed infine ansioso-ambivalente (Mikulincer et al., 1998).

Inoltre, i partner di soggetti sicuri hanno riportato livelli di benessere maggiori, una maggiore soddisfazione coniugale e minor angoscia rispetto ai partner di persone con un attaccamento ambivalente (Mikulincer & Florian, 1998; Amir et al., 1999).

Lo studio di Donarelli ha evidenziato come lo stile di attaccamento della coppia influenzi lo stress associato alla condizione di infertilità e le conseguenze che questi fattori hanno sull'adattamento dei partner alla situazione e alla relazione di coppia. Infatti, uno stile di attaccamento evitante e ambivalente aumenta i livelli di stress dati dalla condizione di infertilità, mentre uno stile sicuro rappresenta un fattore protettivo, in quanto si può contare del sostegno del partner che viene percepito come "base sicura". (Donarelli et al., 2012).

È stato osservato che gli uomini risultano più stressati rispetto alle donne per l'infertilità solo se presentano uno stile di attaccamento ansioso. Nelle donne, invece, i livelli di stress risultano alti sia con uno stile preoccupato sia con uno distanziante (Bayley et al., 2009).

Gli studi che si sono concentrati sulle dimensioni di ansia ed evitamento, tipiche dell'attaccamento, hanno evidenziato che la dimensione dell'evitamento si correla positivamente con lo stress legato all'infertilità e negativamente con la soddisfazione della relazione di coppia (Bayley et al., 2009).

Sempre lo studio di Donarelli ha riportato come le donne con livelli elevati nella dimensione dell'ansia hanno più preoccupazione e difficoltà nella sfera relazionale, sociale, sessuale e sentono più la necessità e il bisogno di diventare genitori; mentre l'evitamento si associa a difficoltà sessuali e relazionali. Gli stessi risultati sono stati evidenziati anche negli uomini della coppia infertile, con la differenza, però, che loro non sentono la necessità di diventare genitori (Donarelli et al. 2012).

CAPITOLO 3: PMA E/O ADOZIONE

A seguito di una diagnosi di infertilità, la coppia può scegliere di intraprendere due strade: la Procreazione Medicalmente Assistita e l'adozione.

3.1 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Con Procreazione Medicalmente Assistita si intendono i trattamenti per la fertilità dove i gameti, sia femminili che maschili, vengono trattati per determinare il processo riproduttivo.

Le tecniche di fecondazione assistita si dividono in tre livelli: primo, secondo e terzo.

Gli interventi di primo livello sono tre: di tipo farmacologico, inducendo una ovulazione multipla; di tipo meccanico, l'inseminazione intrauterina (IUI), immettendo all'interno della cavità uterina il seme maschile attraverso un catetere sottile; infine la crioconservazione dei gameti maschili.

Gli interventi di secondo e terzo livello sono: la FIVET (fertilizzazione in vitro e trasferimento dell'embrione in utero), che si compone di diverse fasi, ovvero la stimolazione farmacologica dell'ovaio per produrre gli ovociti, prelievo degli ovociti, inseminazione degli ovociti in laboratorio, fecondazione degli stessi, lo sviluppo degli embrioni e infine il trasferimento nell'utero; la ICSI (iniezione intracitoplasmatica di uno spermatozoo e trasferimento dell'embrione nell'utero), le fasi sono le stesse della FIVET fino al momento della fecondazione in cui viene iniettato il singolo spermatozoo nel citoplasma dell'ovocita; la GIFT (inserimento dei gameti nelle tube), questa tecnica non viene più utilizzata, ma prevedeva l'inserimento degli ovociti e degli spermatozoi in uno o entrambe le tube. Nel caso in cui siano assenti gli spermatozoi nel liquido seminale è possibile prelevarli dall'epidimio o dal testicolo attraverso l'aspirazione dello sperma dai testicoli (TESA) o l'estrazione con biopsia chirurgica dello sperma dai testicoli (TESE). (Riccio, 2017)

Solo il 10 febbraio 2004 è stata approvata la legge 40 in Italia sulla procreazione medicalmente assistita (Riccio, 2017).

Il percorso della procreazione medicalmente assistita viene spesso definito stressante, in quanto ci sono dei fallimenti precoci dei trattamenti oppure l'interruzione della

gravidanza in fase avanzata o continui controlli medici da dover affrontare (Valoriani, 2011).

Nonostante questo e i possibili esiti negativi, molti pazienti non si sono mostrati pentiti dei cicli di trattamento, anche numerosi, in quanto ritengono di aver fatto tutto il possibile per transitare alla genitorialità in modo biologico e che se avessero la possibilità di tornare indietro, ripercorrerebbero lo stesso percorso. Ciò non significa che la mancata genitorialità non abbia impatti negativi sulla qualità di vita della coppia, infatti anche se le coppie affermano di essere felici, non raggiungono il livello di soddisfazione che invece si riscontra in coloro che sono riusciti a diventare genitori (Hammarber, Astbury, Baker, 2001).

La procreazione medicalmente assistita porta con sé situazioni complesse, infatti si creano dei legami nuovi, in quanto la coppia, a livello simbolico-fantasmatico, si rapporta ai donatori e ai medici (Vegetti Finzi, 1999). Le coppie, spesso, si sentono soli ad affrontare, anche emotivamente, il percorso (Riccio, 2017).

Anche per questo, nel 2015 sono state stilate delle linee guida in cui viene affermata la possibilità della coppia di usufruire di un sostegno psicologico in tutte le fasi del processo: dalla diagnosi di infertilità al momento successivo, ovvero il completamento delle cure. Non spesso accade, però, che la coppia richieda una consulenza psicologica o che il medico non affronti il problema solo da un punto di vista medico, non comprendendo la richiesta di aiuto e indirizzando la coppia verso un sostegno psicologico (Riccio, 2017).

Alcune ricerche si sono concentrate sull'osservazione della qualità di coppia a seguito di un percorso di PMA ed è stato possibile rilevare come ci sia un aumento dello stress individuale nel caso in cui il risultato sia fallimentare, ma non una compromissione della qualità della relazione, della soddisfazione coniugale e dei rapporti sociali (Wischmann et al., 2009).

Questo, secondo una ricerca (Cotoloni, 2011), non si riscontra solo se la rabbia e tristezza rispetto al mancato concepimento vengano compresi e riconosciuti, in caso contrario si può compromettere la qualità del legame di coppia, la sfera sociale e lavorativa. Inoltre, lo stile di attaccamento ansioso-ambivalente è ciò che prevale nelle coppie che vivono

lutti, aborti, eventi traumatici, infine si è osservato che la decisione di intraprendere un percorso di PMA viene tenuto nascosto, vivendolo con un senso di isolamento e vergogna.

3.2 PMA E/O ADOZIONE

Un rito necessario che devono affrontare le coppie che stanno facendo fronte ad un percorso di PMA è il passaggio da “non ancora genitori” a “non stare per diventare genitori” (Throsby, 2001). Questo è fondamentale per accettare la fine dei trattamenti e l’abbandono del sogno di un figlio proprio da un punto di vista genetico. Le fasi da affrontare sono l’impegno, il coinvolgimento e infine il disimpegno, ovvero il drop-out. Quest’ultimo si compone di tre stadi: la rinuncia, l’abbandono e il cambiamento dell’obiettivo (Valoriani, 2011).

La decisione di interrompere con i tentativi, drop-out dei trattamenti, è diversa per il medico e per il paziente, infatti il primo si basa sulla probabilità che la coppia possa ottenere un successo, il secondo sul dispendio emotivo, fisico ed economico (Valoriani, 2011).

Inoltre, con i protagonisti del drop-out si possono dividere in due tipologie diverse di pazienti: quelli “bloccati attivamente”, ovvero coloro a cui la scelta di smettere è consigliata dal medico, e quelli “bloccati passivamente”, che decidono loro autonomamente di interrompere i trattamenti. È stato osservato che, nonostante prima di iniziare il percorso di procreazione assistita entrambi i gruppi di pazienti mostrano livelli di ansia e depressione equivalente, quando viene valutato lo stato emotivo al termine dei trattamenti, i pazienti “bloccati attivamente” mostrano livelli di disagio maggiori rispetto a coloro che hanno preso la decisione volontariamente (Valoriani, 2011).

Ciò che è certo è che l’interruzione dei tentativi sia un processo complesso a livello psicologico sia per il personale medico sia per la coppia ed è per questo che è importante che quest’ultima venga supportata nella necessità di ricreare un senso di sé e concentrarsi su nuovi obiettivi (Valoriani, 2011).

Il terzo stadio del drop-out, ovvero il cambiamento dell’obiettivo, porta le coppie ad iniziare a considerare anche altre possibilità: procedere con un percorso di adozione oppure rimanere in due senza transitare verso la genitorialità (Valoriani, 2011).

È stato osservato che uno dei motivi per cui la fine dei tentativi di procreazione artificiale non intacca la qualità della vita della coppia è la possibilità di poter affidare all’adozione la costruzione della famiglia (Valoriani, 2011).

Inoltre, le coppie che prendono in considerazione la possibilità dell'adozione sono risultate meno stressate e con una qualità della relazione di coppia migliore rispetto alle coppie che si privano di questa possibilità, rinunciando così alla genitorialità (Sundby, 1992).

Decidere di interrompere la Procreazione Medicalmente Assistita e scegliere di non avere dei figli, però, è complesso soprattutto per le donne, in quanto subiscono delle forti pressioni sociali e sentono il peso delle aspettative che la comunità riversa su di loro (Throsby, 2001). Per questo l'autore ritiene che spesso le coppie continuino la ricerca di un figlio così da dimostrare di non essere egoisti.

Quando, a seguito del drop-out dei trattamenti, la coppia decide di iniziare il percorso adottivo spesso arrivano affaticate, meno plastiche, prive di energia e pieni di aspettative verso il bambino che vogliono adottare. È difficile, però, far comprendere alle coppie che la legge ha modificato la "domanda di adozione" con "dichiarazione di disponibilità ad accogliere un minore". Ciò significa che avere un figlio non è più un diritto della coppia, ma si considera come primariamente il diritto del bambino nel crescere all'interno di una famiglia disponibile e adeguata, diversa dalla sua famiglia di origine che non ha più.

Spesso questo passaggio è complesso da comprendere e può creare dei conflitti all'interno della coppia che si rende conto che anche il percorso adottivo potrebbe essere un fallimento (Galli & Moro, 2007).

Si ritiene spesso che le coppie si muovano lungo un continuum in cui si parte dal concepimento naturale, si passa per la PMA per poi, in caso di fallimento arrivare all'adozione. Per questo le equipe adozioni, composte da psicologi e assistenti sociali, danno per scontato che la coppia attraversi queste fasi prima di giungere da loro.

Nonostante ci siano molte motivazioni dietro alla scelta di procedere ad effettuare i trattamenti di PMA, la più comune sono le pressioni del contesto sociale sull'aver un proprio figlio biologico, che portano così la coppia a rivolgersi "naturalmente" alla scienza, altre, invece, si soffermano a considerare le complicazioni che la PMA ha (Galli & Moro, 2007).

Le coppie, però, non ricorrono all'adozione solo a seguito di un'interruzione dei trattamenti di procreazione medicalmente assistita. Infatti, le situazioni in cui la coppia, davanti ad una mancata procreazione, si orientano verso l'adozione sono tre:

- Non ricorre a tecniche di PMA e si rivolge direttamente all'adozione
- Ricorre alle tecniche di PMA, ma nel momento in cui non ottiene risultati positivi le interrompe e inizia il percorso adottivo
- Inizia il percorso adottivo, ma continua con i tentativi di PMA

I motivi per cui le coppie decidono di intraprendere uno di questi percorsi e non gli altri possono essere diversi; ad esempio, le coppie che intraprendono subito un percorso adottivo senza passare per la PMA potrebbero farlo in quanto la diagnosi di infertilità riporti delle cause organiche tali per cui non è possibile la procreazione biologica oppure potrebbero aver accettato ed elaborato la loro impossibilità e aver preso una scelta consapevole o per principi etici, per paura delle conseguenze sia da un punto di vista fisico che psicologico o per motivazioni religiose. Spesso queste coppie affermano che "l'adozione è il percorso più naturale", questo perché è socialmente e culturalmente accettata dal contesto in cui vive la coppia, inoltre permette ai coniugi di tenere a bada gli aspetti aggressivi causati dal senso di diversità e ingiustizia per il non poter procreare e si sentono, invece, parte di una azione socialmente vista come buona e altruistica (Galli & Moro, 2007).

Le coppie che interrompono il percorso di PMA e solo successivamente iniziano l'iter adottivo sono persone che fanno fatica ad accettare ed elaborare il lutto della loro infertilità a cui si aggiungono le sofferenze, le delusioni, le attese del percorso di procreazione assistita. Per questo si può ipotizzare che le coppie abbiano alle spalle un percorso complesso e di grandi sofferenze, spesso molto lungo e tortuoso a cui si sono avvicinate senza totale consapevolezza, ma per non lasciare nulla di incompiuto (Galli & Moro, 2007).

Nella terza tipologia di coppia si procede in parallelo con entrambi i percorsi: quello adottivo e di PMA. Questa scelta viene giustificata dal fatto che l'iter adottivo è molto lungo e di conseguenza conviene iniziarlo prima. In questo modo la coppia, continuando la ricerca di una genitorialità biologica, non riesce ad entrare a pieno nel percorso che potrebbe portare, invece, ad una genitorialità adottiva. È un "fare" continuo che non

permette alla coppia di “pensare”, ascoltare il proprio dolore e non sentire il vuoto dato dalla mancanza di un figlio (Galli & Moro, 2007).

Le coppie che hanno affrontato sia la PMA che l’iter adottivo hanno notato delle differenze rispetto alla relazione di coppia durante i due percorsi, infatti se nella prima ci si sente soli, nell’adozione c’è la possibilità di sentirsi genitori insieme (Riccio, 2017).

3.3 ADOZIONE

È stato stimato che solo il 19% delle coppie adottive hanno dei figli biologici, mentre l'81% non ha mai avuto figli. La causa di questo è l'infertilità delle seconde (Ivaldi, 2000).

Molto spesso la scelta adottiva viene vissuta dalla coppia come l'ultima possibilità di poter costruire una famiglia e transitare verso la genitorialità, ma non sempre. Infatti, non è detto che l'adozione sia sempre una scelta successiva ai fallimenti della PMA, infatti alcune coppie cercano direttamente la maternità e la paternità adottiva. Le motivazioni di questa scelta possono essere diverse, ma spesso si nascondono, soprattutto nella donna, angosce di integrazione, ovvero la paura che il corpo del bambino che cresce nel loro corpo possa provocare dei cambiamenti fisici e psichici irreversibili e minacciosi (Galli & Moro, 2007).

Sicuramente, si deve, però, prestare attenzione al fatto che la scelta adottiva non deve essere vissuta come una riparazione all'impossibilità di avere figli data dall'infertilità (Valoriani, 2011).

Infatti, è necessario che venga compiuto un processo di elaborazione del lutto provocato dalla non generatività, risolvendo la ferita narcisistica, avendo una buona qualità della relazione di coppia, in quanto questo condiziona l'adattamento alla genitorialità adottiva. Inoltre, quest'ultima può essere condizionata dal razzismo e dai retaggi culturali, ma anche dal tempo che intercorre dalla diagnosi di infertilità all'adozione (Valoriani, 2011).

Sia la diagnosi di infertilità che l'adozione sono caratterizzate da un vissuto di lutto e perdita, infatti la coppia infertile vive il lutto per un bambino immaginato e fantasticato con cui hanno anche stabilito un legame di attaccamento; il bambino, invece, ha subito un abbandono venendo privato della famiglia biologica. È fondamentale, quindi, che la coppia elabori il lutto per poter vivere in una realtà appagante e non in fantasie irrealizzate (Valoriani, 2011).

Infatti, solo quando la coppia ha elaborato i vissuti di perdita, lutto, il dolore connesso alla sterilità, la rabbia, la delusione e la sofferenza, allora l'adozione diventa una scelta integrata nel mondo interno della coppia (Galli & Moro, 2007).

Quando si diventa genitori adottivi bisogna costruire un senso di appartenenza e un legame di attaccamento con il bambino. Ma, può accadere che la coppia, quando non riesce ad avere figli naturali e riceve una diagnosi di infertilità, e affronti l'argomento "adozione" venga sopraffatta dall'ansia e dal panico, in quanto si rende conto della difficoltà dell'aver un proprio figlio naturale e tema di non essere in grado di sentire come proprio il bambino adottivo e di non riuscire a costruire un buon legame di attaccamento (Valoriani, 2011).

Queste paure possono essere superate nel momento in cui sia i genitori che il bambino sentono che l'altro sia parte di sé e appartenga alla propria vita, inoltre è fondamentale che i genitori siano consapevoli del fatto che la genitorialità adottiva sia differente dalla genitorialità naturale, ma nonostante questo sentano il bambino come proprio, sviluppando nei suoi confronti un senso di sicurezza.

Il bambino adottato può incontrare delle difficoltà nel riuscire a formare la sua identità in quanto si sente privo della sua storia e non appartenente a pieno in quella della famiglia adottiva, inoltre deve riuscire a superare la mancanza e la perdita dovuta dall'abbandono ed integrarsi nel suo nuovo ambiente familiare, spesso carico di aspettative che i genitori adottivi proiettano sul bambino adottivo, le stesse che si erano creati nel momento in cui cercavano un figlio naturale (Valoriani, 2011).

Come detto, l'infertilità rappresenta una perdita per la coppia e per la donna rappresenta anche la privazione della gravidanza e dell'allattamento al seno. A questo, si aggiungono periodi di fallimenti continui per la coppia che ha vissuto con la ricerca costante e incessante di un figlio. Così, la coppia si rende conto che l'adozione è l'unica alternativa che hanno per transitare verso la genitorialità (Valoriani, 2011).

Per questo è fondamentale la figura dello psicologo, in quanto aiuta la coppia ad elaborare la diagnosi di infertilità e il disagio emotivo da essa provocata, inoltre aiuta i due partner a comprendere il significato di genitorialità, che non è solo rappresentata dalla riproduzione, ma significa svolgere una funzione di cura e affetto, potendosi, quindi, realizzare nell'adozione (Valoriani, 2011).

Se, però, la coppia non riesce a elaborare il suo disagio emotivo; la condizione di infertilità è un pensiero ricorrente che porta a provare tristezza e rabbia; afferma di non

riuscire a parlarne e pensa di mantenere nascosta l'adozione agli altri e al figlio stesso; l'adozione viene vista come una soluzione temporanea per poi riprovare con la PMA; la coppia non accetta le differenze con la genitorialità naturale, nella coppia ci sono conflitti coniugali causati dall'infertilità e il bambino avrebbe la funzione di riparatore coniugale, allora è il caso far rimandare la decisione dell'adozione, in quanto la coppia potrebbe non essere pronta e questo potrebbe creare un ambiente stressante in cui aggiungere un bambino con una storia di traumi e abbandono non è la soluzione (Valoriani, 2011).

Infatti, non sempre l'adozione è la soluzione all'infertilità e potrebbe non mostrarsi adatta per tutte le coppie (Valoriani, 2011).

Inoltre, la decisione di intraprendere un percorso adottivo potrebbe essere presa in due momenti diversi dai due partner. Spesso emerge la paura di un ulteriore fallimento e di un'ulteriore perdita e la necessità di adottare un nuovo punto di vista e un nuovo modo di vedere la genitorialità.

In aggiunta, nel momento in cui alla coppia viene assegnato un bambino, il loro bambino inizia a provare sentimenti di attesa, come nelle coppie di genitori biologici, con la differenza che questi genitori si chiedono se sia stata la decisione giusta, aspettano senza sapere per quanto tempo e senza sapere quando avverrà l'incontro (Valoriani, 2011).

Nel momento in cui si incontrano i genitori adottivi e il bambino adottivo, si incontrano due storie di vita caratterizzate da un bagaglio ricco di limiti e risorse sia individuali che relazionali. Anche se il passato del bambino dichiarato adottabile potrebbe non essere stato caratterizzato da vissuti traumatici è comunque frutto di un abbandono e di discontinuità relazionali, in quanto è passato dalla propria famiglia di origine ad una famiglia creatasi all'interno di un istituto, ad una famiglia affidataria per poi giungere alla famiglia adottiva; per questo è importante prestare attenzione ai modelli di attaccamento che si vengono a creare e ad investire su essi (Galli & Moro, 2007).

Per evitare un fallimento adottivo, la coppia non deve vedere il bambino come riparatore delle sofferenze e delle frustrazioni passate (Galli & Moro, 2007) e non deve essere considerato una modalità della coppia di nascondere la propria infertilità (Vegetti Finzi, 1997).

Inoltre, diventa preoccupante il momento in cui il desiderio di avere un figlio viene sostituito dal bisogno di un figlio, in questo modo l'adozione viene vista come un modo di fare per non pensare, un fare per soddisfare un bisogno, quindi una necessità (Galli & Moro, 2007).

CAPITOLO 4: LA RICERCA

4.1 OBIETTIVI

Sulla base dei presupposti teorici e dei contributi della ricerca delineati precedentemente, l'obiettivo del seguente lavoro è quello di indagare e di studiare la percezione dei soggetti della relazione vissuta con i propri genitori durante l'infanzia e la qualità della relazione diadica con il proprio partner nelle coppie disponibili all'adozione a seguito di una diagnosi di infertilità.

Nello specifico ci si è concentrati:

- sull'eventuali differenze di genere nella percezione della propria relazione di coppia e sulla qualità di essa;
- sulle differenze di genere nelle scale dell'attaccamento, ovvero la fiducia, il disagio per l'intimità, la secondarietà delle relazioni, il bisogno di approvazione, la preoccupazione per le relazioni
- sulle correlazioni fra le scale di attaccamento e la qualità della relazione di coppia, differenziando per genere, verificando, quindi le possibili associazioni tra le scale dell'attaccamento delle donne con la propria famiglia di origine e la qualità della soddisfazione di coppia e le associazioni tra le scale dell'attaccamento degli uomini con la propria famiglia di origine e la qualità della soddisfazione di coppia;
- sullo stile di attaccamento prevalente negli aspiranti genitori adottivi;
- sulla differenza tra lo stile di attaccamento sicuro e lo stile di attaccamento insicuro nell'adattamento diadico
- sulla eventuale correlazione fra la quantità di anni di relazione sull'adattamento diadico.

Inizialmente, altri obiettivi della ricerca erano quelli di indagare una possibile associazione tra lo stile di attaccamento dei soggetti, la qualità della relazione di coppia e la numerosità dei trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita. Inoltre, si sarebbe voluto indagare l'adattamento diadico della coppia basandosi sul tipo di diagnosi di infertilità. Questo, però, non è stato possibile, in quanto considerando i partecipanti, ci si è trovati di fronte a coppie con diagnosi di infertilità idiopatica e che per la maggior parte ha deciso di intraprendere direttamente il percorso dell'adozione, senza intraprendere prima il percorso di PMA.

4.2 METODO

4.2.1 I partecipanti

Il campione è composto da 12 partecipanti, 6 uomini e 6 donne, legati tra loro da una relazione sentimentale e coniugale, di conseguenza si tratta di 6 coppie.

I partecipanti hanno un'età compresa tra i 34 e i 47 anni. L'età media delle donne è di 39.5 anni, con una deviazione standard di 2.9, l'età media degli uomini, invece, è 42.8 anni, con una deviazione standard di 3.9 anni.

Il campione è stato diviso in tre gruppi per fasce di età: <40 anni, 40-45 anni, > 45 anni. Questa suddivisione è stata effettuata in quanto in base all'età le possibilità procreative sono differenti, diminuendo con l'aumentare dell'età (Belloc et al., 2008). Infatti, verso i 35 anni, la probabilità di rimanere incinta di una donna fertile è del 10%, le probabilità si riducono al 5% a 40 anni (Croon, 2008).

Tabella 3. Età dei partecipanti (N=12)

Soggetti	Età							
	<40 anni		40-45 anni		>45 anni		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Donne	2	16,7%	4	33,3%	0	0,0%	6	50,0%
Uomini	1	8,3%	3	25,0%	2	16,7%	6	50,0%
Totale	3	25,0%	7	58,3%	2	16,7%	12	100,0%

Sulla totalità del campione, 10 partecipanti sono di nazionalità italiana, mentre due sono di nazionalità straniera, nonostante questo la comprensione della lingua era ottima in entrambe le partecipanti data la numerosità di anni vissuti in Italia. I due soggetti di nazionalità non italiana ultimi non formano una coppia, di conseguenza sono presenti due coppie miste.

Tabella 4. Nazionalità dei partecipanti (N=12)

Soggetti	Nazionalità			
	Italiana		Non Italiana	
	n.	%	n.	%
Donne	4	33,3%	2	16,7%
Uomini	6	50,0%	0	0,0%
Totale	10	83,3%	2	16,7%

Lo stato civile di tutte le 6 coppie del campione è “coniugato”. Questo è un dato fondamentale, in quanto i partecipanti sono stati reclutati all’interno della ULSS 3 – Serenissima, dove si recavano settimanalmente per intraprendere la prima parte del percorso adottivo e, di conseguenza, l’essere coniugati è una condizione necessaria. Le coppie sono sposate da un minimo di poco meno di un anno a un massimo di 9 anni, con una media di 3 anni di matrimonio per la totalità del campione.

Tabella 5. Durata del matrimonio di coppia (N=6)

Matrimonio		
Durata matrimonio in anni	Frequenza coppie	%
Meno di 1 anno	1	16,7%
Da 1 anno	2	33,3%
Da 2 anni	0	0,0%
Da 3 anni	2	33,3%
Più di 3 anni	1	16,7%

Considerando, invece, la totalità degli anni in cui ogni coppia ha iniziato ad avere una relazione sentimentale, gli anni sono da un minimo di 5 ad un massimo di 20, con una durata media della relazione di coppia di 10.3 anni.

Tabella 6. Durata della relazione di coppia (N=6)

Relazione di coppia		
Durata relazione in anni	Frequenza coppie	%
Da 2 a 4	0	0,0%
Da 4 a 6	2	33,3%
Da 6 a 8	0	0,0%
Da 8 a 10	1	16,7%
Da 10 a 12	1	16,7%
Più di 12	2	33,3%

Infine, il campione si caratterizzava per l'assenza di figli in ogni coppia e per non essere a conoscenza delle cause che hanno portato a questa impossibilità alla transizione alla genitorialità biologica, trattandosi, quindi, per tutte le coppie di infertilità idiopatica. Solo una coppia ha affermato di essere ricorsa alla Procreazione Medicalmente Assistita. Il numero di trattamenti che ha effettuato sono 4 in totale, il primo nel 2018 e l'ultimo nel 2021.

Tutte le coppie hanno iniziato il percorso adottivo nel 2022.

4.2.2 Procedura

La ricerca è stata condotta all'interno dell'ULSS 3 - Serenissima, dove le coppie, tutte con problemi di fertilità, si recavano settimanalmente per svolgere i colloqui necessari per lo studio di coppia, in quanto stavano intraprendendo il percorso adottivo.

La ricerca si è basata sui dati raccolti da tutte le coppie che si sono recate presso la ULSS 3 – Serenissima nei mesi da maggio a settembre 2022.

Per la somministrazione dei test, i soggetti venivano informati della possibilità di prendere parte alla ricerca durante il primo incontro, ovvero nell'incontro conoscitivo della coppia con la psicologa e l'assistente sociale.

Come previsto dall'iter adottivo, a seguito dell'incontro conoscitivo, i soggetti individualmente si sono recati presso la struttura per svolgere due colloqui ciascuno con l'assistente sociale, in cui veniva raccolta la storia personale e familiare, e due colloqui con la psicologa. Il terzo colloquio con la psicologa veniva svolto in coppia. Al termine del colloquio alla coppia è stato chiesto se fosse stata disponibile a partecipare alla ricerca, spiegando loro gli obiettivi, la possibilità di rifiutare la partecipazione e garantendo loro la riservatezza dei dati.

In caso di risposta affermativa, la coppia è stata condotta in un apposito setting sia per quanto riguarda il luogo sia il tempo di somministrazione, di cui venivano già informati durante l'incontro conoscitivo.

La coppia, infatti, si recava all'interno di una stanza differente rispetto a quella in cui venivano svolti i colloqui con la psicologa, così da evitare che i soggetti avessero l'impressione che la partecipazione alla ricerca e i risultati raccolti fossero oggetto di valutazione e che potessero influire sulle scelte prese dall'équipe adozioni, facendo sì che la coppia si sentisse “libera” nel compilare i questionari. Il tempo richiesto per la compilazione dei questionari era di circa un'ora.

I soggetti sono stati invitati a compilare il consenso informato per poter partecipare allo studio, in cui veniva garantita la riservatezza dei dati raccolti, l'anonimato, la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento senza dover fornire alcuna motivazione e di essere a conoscenza dell'obiettivo dello studio.

Successivamente, i soggetti sono stati invitati a compilare un modulo per la raccolta di dati socio-anagrafici, l'Adult Style Questionnaire (ASQ, Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), ovvero un questionario self-report per la valutazione dell'attaccamento, il Dyadic Adjustment Scale (DAS, Spainer, 1976), uno strumento self-report per valutare la qualità della vita di coppia (l'Adattamento Diadico).

4.2.3 Strumenti

Gli strumenti che sono stati utilizzati sono:

Una raccolta di dati socio-demografici, relativi all'infertilità e al numero di trattamenti di Procreazione Medicalmente Assistita. Infatti, è stato chiesto alle coppie di compilare un questionario per rilevare i seguenti dati: età, sesso, tipo di infertilità, anno di fidanzamento, anno di matrimonio, numero di trattamenti di PMA, anno in cui è stato effettuato il primo trattamento e anno in cui è stato effettuato l'ultimo. Il tempo di compilazione era di un paio di minuti.

La valutazione dell'attaccamento attraverso l'Adult Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan (1994). Il questionario è self-report, il tempo di somministrazione è di circa 15-20 minuti ed è utile per la valutazione dell'attaccamento adulto e le differenze tra gli stili di quest'ultimo. L'obiettivo degli autori era creare uno strumento che potesse: chiarire le differenze individuali nello stile di attaccamento adulto; essere adatto per adulti e adolescenti; essere utilizzato anche da coloro che non avevano mai avuto esperienze di relazioni di coppia. Inizialmente lo strumento si componeva di 65 item, ognuno di essi viene valutato su una scala a 6 punti da 1, totalmente in disaccordo, a 6, totalmente d'accordo. Successivamente, 25 item sono stati eliminati, di conseguenza la forma finale del questionario è composta da 40 item. Ogni item deve essere valutato su una scala likert 1-6, in cui deve essere scelto quale il grado di accordo che più si ritiene consono alla descrizione esposta nell'item. I 40 item sono raggruppati all'interno di 5 dimensioni:

- Fiducia, fa riferimento alla fiducia in sé stessi e negli altri. si compone di 8 item e rispecchia uno stile di attaccamento Sicuro
- Disagio per l'intimità, si compone di 10 item, e valuta il disagio che si prova nelle relazioni intime. Questo è un fattore rappresentativo dell'attaccamento Evitante.
- Bisogno di approvazione è la scala che valuta il bisogno individuale di essere accettati e la necessità di conferme da parte degli altri. è composta da 7 item e corrisponde allo stile di attaccamento Preoccupato-Timoroso.
- Preoccupazione per le relazioni è una dimensione che valuta la tendenza degli individui di cercare l'altro per colmare i propri bisogni di dipendenza. La scala è composta da 8 item e rispecchia lo stile di attaccamento Ansioso-Ambivalente.

- Secondarietà delle relazioni si compone di 7 item e valuta la modalità in cui il soggetto cerchi di proteggersi e nascondere la propria vulnerabilità, enfatizzando l'indipendenza. Corrisponde all'attaccamento Distanziante.

Le scale sono legate ai fattori latenti di Evitamento e Ansia individuati e descritti da Ainsworth et al. (1978), infatti coloro che sono caratterizzati da un attaccamento sicuro, hanno bassi punteggi in ansia ed evitamento, a differenza di coloro che hanno un attaccamento evitante, quindi risultano caratterizzati da bassa ansia e alto evitamento.

Per la valutazione della relazione di coppia, quindi l'adattamento di coppia, è stato somministrato il DAS (Dyadic Adjustment Scale) di Spainer (1976). È uno strumento self-report composto da 32 item suddivisi in quattro sottoscale per indagare i comportamenti, i sentimenti, gli atteggiamenti, la soddisfazione relativi alla vita di coppia. Le aree che vengono considerate sono:

- Il consenso diadico (DC), composto da 13 item, che misura il grado di accordo del soggetto con il proprio partner per quanto riguarda temi di vita quotidiana come la gestione delle finanze, del tempo libero, la religione, gli amici, l'organizzazione domestica.
- La soddisfazione diadica (DS), si compone di 10 item e si misura la soddisfazione del soggetto con il proprio partner, indagando quanto la relazione dia origine a felicità, litigi, possibilità di separazioni o divorzio, il piacere del trascorrere del tempo insieme al proprio partner
- La coesione diadica (DH), composta da 5 item e misura il grado di condivisione delle attività sia all'interno che fuori le mura domestiche, quindi partecipare ad attività piacevoli insieme, sforzarsi per il raggiungimento di un obiettivo comune e la presenza del dialogo all'interno della coppia.
- L'espressione affettiva (AE) si compone di 4 item e misura il grado di soddisfazione individuale nei confronti delle espressioni di affetto e dei sentimenti all'interno della relazione, compresa la sessualità

La somma dei punti di ogni item fornisce il punteggio per la sottoscala corrispondente.

Il tempo di compilazione del DAS è di circa 7-8 minuti e gli item prevedono diverse modalità di risposta: la scala Likert a 6 punti (da 0 = sempre in disaccordo a 5 = sempre

d'accordo); la scala Likert a 6 punti (da 0= sempre e 5 = mai); la scala Likert a 5 punti (4 = tutti i giorni e 0 = mai); la scala Likert a 6 punti, dove 0 corrisponde a "estremamente infelice" e 6 è "perfetto" e gli item con risposta dicotomica (0 = sì e 1 = no). La somma dei punteggi ottenuti dalle diverse sottoscale fornisce il punteggio dell'Adattamento Diadico, che ha un range che va da 0 a 151, dove 0 rappresenta la somma minima di tutti gli item e 151 la somma massima. Inoltre, vi è anche la validazione del DAS sul campione italiano di Gentili e colleghi (2002), i cui valori di riferimento differiscono leggermente da quelli individuati da Spainer nel 1976.

4.3.4 Analisi dei dati e risultati

Prendendo in considerazione soltanto l'adattamento diadico, valutato attraverso la somministrazione della DAS (Spainer, 1976), si sono indagate, attraverso il test di Wilcoxon, eventuali differenze tra uomini e donne infertili che si aprono all'adozione nelle scale che compongono il DAS, ovvero il consenso diadico, la soddisfazione diadica, l'espressione affettiva e la coesione diadica, e nel l'adattamento diadico totale.

Le analisi hanno prodotto delle differenze significative legate al genere per quanto riguarda la scala della Soddisfazione Diadica [$z = -2.032$; $p < .05$] e dell'Adattamento Diadico Globale [$z = -2.226$; $p < .05$]

Tabella 7. Test di Wilcoxon: differenze prodotte dal genere sull'adattamento diadico

	media	ds	z	p
CONSENSO DIADICO			-0.412	0.680 (ns)
Uomini	55.00	4.00		
Donne	55.33	5.01		
SODDISFAZIONE DIADICA			-2.032	0.042
Uomini	34.17	3.49		
Donne	31.17	3.49		
ESPRESSIONE AFFETTIVA			-0.319	0.750 (ns)
Uomini	12.00	3.52		
Donne	10.50	1.38		
COESIONE DIADICA			-1.581	0.114 (ns)
Uomini	19.67	2.34		
Donne	17.17	2.64		
ADATTAENTO DIADICO GLOBALE			-2.226	0.026
Uomini	119.33	5.01		
Donne	114.17	7.03		

È stata svolta la stessa analisi per indagare se il genere degli aspiranti genitori adottivi potesse produrre delle differenze nelle scale dell'attaccamento, ovvero fiducia, disagio per l'intimità, secondarietà delle relazioni, bisogno di approvazione, preoccupazione per le relazioni, valutato attraverso l'ASQ (Feeney et al.,1994). Anche per questa analisi è stato utilizzato il test di Wilcoxon.

In questo caso non sono state evidenziate delle differenze significative per quanto riguarda il genere nelle diverse scale dell'attaccamento.

Tabella 8. Test di Wilcoxon: differenze prodotte dal genere sulle scale dell'attaccamento

ASQ	media	ds	z	p
FIDUCIA			-0.135	0.893 (ns)
Uomini	35.33	6.50		
Donne	35.67	5.43		
DISAGIO PER L'INTIMITA'			-0.527	0.598 (ns)
Uomini	35.33	6.47		
Donne	37.50	4.42		
SECONDARIETA' DELLE RELAZIONI			-0.736	0.461 (ns)
Uomini	15.00	4.05		
Donne	16.83	5.15		
BISOGNO DI APPROVAZIONE			-0.210	0.833 (ns)
Uomini	16.67	3.30		
Donne	16.33	3.14		
PREOCCUPAZIONE PER LE RELAZIONI			-0.105	0.917 (ns)
Uomini	26.17	5.49		
Donne	26.33	8.16		

Per valutare la relazione del modello di attaccamento dei soggetti con la qualità dell'adattamento di coppia degli aspiranti genitori adottivi sono state effettuate le correlazioni attraverso Rho di Spearman tra il genere, il modello di attaccamento, nello specifico tramite i punteggi delle scale che compongono l'ASQ, e l'adattamento diadico, attraverso i punteggi della DAS.

Dalle analisi condotte sugli uomini emerge un'unica correlazione significativa tra la scala dell'"Espressione Affettiva" e il "Bisogno di Approvazione" [$r_s = 0.898, p < .05$].

Tabella 9. Correlazioni di Rho di Spearman tra le scale dell'attaccamento e le scale dell'adattamento diadico negli uomini (N=6)

DAS											
		CONSENSO DIADICO		SODDISFAZIONE DIADICA		ESPRESSIONE AFFETTIVA		COESIONE DIADICA		ADATTAMENTO DIADICO GLOBALE	
		rs	p	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
		ASQ	FIDUCIA	0.309	0.551	0.000	-1.000	0.678	0.139	-0.657	0.156
DISAGIO PER L'INTIMITA'	0.551		0.257	-0.406	0.425	0.273	0.600	0.029	0.956	0.314	0.544
SECONDARIETA' DELLE RELAZIONI	0.132		0.803	-0.529	0.280	-0.400	0.431	0.612	0.197	0.116	0.827
BISOGNO DI APPROVAZIONE	0.069		0.897	-0.189	0.720	0.898	0.015	-0.435	0.388	-0.101	0.848
PREOCCUPAZIONE PER LE RELAZIONI	0.232		0.658	-0.203	0.700	0.516	0.295	0.206	0.695	0.314	0.544

Nelle donne non sono emerse correlazioni significative.

Tabella 10. Correlazioni di Rho di Spearman tra le scale dell'attaccamento e le scale dell'adattamento diadico nelle donne (N=6)

DAS											
		CONSENSO DIADICO		SODDISFAZIONE DIADICA		ESPRESSIONE AFFETTIVA		COESIONE DIADICA		ADATTAMENTO DIADICO GLOBALE	
		rs	p	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
		ASQ	FIDUCIA	-0.116	0.827	0.200	0.704	-0.088	0.868	-0.324	0.531
DISAGIO PER L'INTIMITA'	0.696		0.125	-0.314	0.544	0.883	0.320	0.441	0.381	0.714	0.111
SECONDARIETA' DELLE RELAZIONI	0.154		0.771	-0.334	0.518	-0.406	0.424	0.375	0.464	0.213	0.686
BISOGNO DI APPROVAZIONE	0.493		0.321	-0.714	0.111	0.471	0.346	-0.118	0.824	0.086	0.872
PREOCCUPAZIONE PER LE RELAZIONI	-0.015		0.978	0.116	0.827	0.194	0.713	-0.552	0.256	-0.377	0.461

Secondo gli autori dell'Attachment Style Questionnaire (Feeney et al., 1994), ad ogni dimensione corrisponde uno stile di attaccamento, se viene superato un punteggio cut-off. Il punteggio nella "Fiducia" individua uno stile di attaccamento sicuro. Le altre dimensioni indicano lo stile di attaccamento insicuro, che si suddivide in: "Disagio per l'Intimità" corrisponde ad uno stile di attaccamento insicuro evitante; "Secondarietà delle relazioni" corrisponde allo stile di attaccamento insicuro distanziante; "Bisogno di approvazione" indica lo stile di attaccamento insicuro timoroso-preoccupato, infine "Preoccupazione per le relazioni" corrisponde ad uno stile di attaccamento insicuro ansioso-ambivalente. Nonostante vengano identificati così i modelli di attaccamento,

assumono un valore importante i singoli punteggi delle diverse scale, in quanto concorrono nella descrizione della persona pur non risultando significative.

Quindi, a fronte di questo è possibile individuare gli stili di attaccamento che nelle sei coppie si dispongono come mostrato in tabella 11.

Tabella 11. Stili di attaccamento dei soggetti (N=12)

	SICURO		INSICURO EVITANTE		INSICURO DISTANZIANTE		INSICURO PREOCCUPATO -TIMOROSO		INSICURO ANSIOSO-AMBIVALENTE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Donne	1	8,3%	1	8,3%	1	8,3%	0	0,0%	3	25,0%
Uomini	2	16,7%	2	16,7%	1	8,3%	1	8,3%	0	0,0%
Totale	3	25,0%	3	25,0%	2	16,7%	1	8,3%	3	25,0%

Considerando l'esiguità del campione, per indagare la correlazione tra lo stile di attaccamento e le scale del DAS, si è suddiviso il gruppo tra soggetti con uno stile di attaccamento sicuro (25%) e soggetti con uno stile di attaccamento insicuro (75%).

Nella tabella 12 è possibile osservare la distribuzione dei punteggi delle scale del DAS, ovvero il consenso diadico, la soddisfazione diadica, l'espressione affettiva, la coesione diadica e l'adattamento diadico globale, in base al modello di attaccamento dei soggetti, suddiviso in sicuro e insicuro. È possibile osservare delle differenze maggiori nei due modelli di attaccamento nelle scale del "Consenso Diadico", maggiore nei soggetti insicuri, e nella "Soddisfazione Diadica", maggiore nei soggetti con un attaccamento sicuro.

Tabella 12. Distribuzione dei punteggi delle scale del DAS in base al modello di attaccamento (N=12)

	SICURO		INSICURO	
	media	ds	media	ds
CONSENSO DIADICO	51.67	2.08	56.33	4.30
SODDISFAZIONE DIADICA	35.00	2.65	31.89	3.76
ESPRESSIONE AFFETTIVA	9.67	0.58	11.78	2.91
COESIONE DIADICA	19.67	2.89	18.00	2.69
ADATTAMENTO DIADICO GLOBALE	116.00	7.81	117.00	6.40

Per valutare la relazione tra il modello di attaccamento e la qualità dell'adattamento di coppia negli aspiranti genitori adottivi, sono state svolte le correlazioni di Rho di Spearman tra il modello di attaccamento con i punteggi della DAS. Dall'analisi (tabella 13) non sono risultate delle differenze significative tra il modello di attaccamento e le scale dell'adattamento diadico.

Tabella 13. Correlazione di Rho di Spearman tra il modello di attaccamento e l'adattamento diadico

	ATTACCAMENTO	
	rs	p
CONSENSO DIADICO	-1.955	0.151
SODDISFAZIONE DIADICA	-1.121	0.262
ESPRESSIONE AFFETTIVA	-1.713	0.087
COESIONE DIADICA	-0.662	0.508
ADATTAMENTO DIADICO GLOBALE	-0.462	0.644

Come ultima analisi, si è indagata una possibile correlazione tra gli anni di relazione della coppia e la qualità della relazione, quindi dell'adattamento diadico, osservando le diverse scale. Come riportato in tabella 14, negli uomini si riscontra un minore adattamento diadico globale all'aumentare degli anni di relazione, pur non essendoci una correlazione significativa [$rs = 0.493$, $p = 0.321$]. Questo non si riscontra nelle donne.

Tabella 14. Correlazione di Rho di Spearman tra le scale dell'adattamento diadico e gli anni di relazione

DAS	ANNI DI RELAZIONE	
	rs	p
CONSENSO DIADICO		
Uomini	-0.250	0.633
Donne	-0.426	0.399
SODDISFAZIONE DIADICA		
Uomini	-0.338	0.512
Donne	0.087	0.870
ESPRESSIONE AFFETTIVA		
Uomini	0.462	0.356
Donne	-0.224	0.670
COESIONE DIADICA		
Uomini	-0.403	0.428
Donne	0.075	0.888
ADATTAMENTO DIADICO GLOBALE		
Uomini	-0.493	0.321
Donne	-0.145	0.784

4.3.5 Discussione

Anche se lo studio è stato svolto in modo rigoso, presenta un limite evidente dato da una numerosità del campione molto limitata. Ciò che ne è risultato, però, potrebbe essere preso in considerazione come un'iniziale indagine a cui è opportuno che seguano degli approfondimenti che coinvolgano un numero maggiore di coppie.

L'obiettivo dello studio è stato quello di indagare, valutare e analizzare alcune caratteristiche delle coppie con diagnosi di infertilità idiopatica che si aprono all'iter adottivo, come il modello di attaccamento e l'adattamento diadico della coppia e capire se possano essere considerati dei fattori protettivi.

Analizzando le nostre sei coppie è importante prestare attenzione all'età, infatti, in accordo con altri studi (Belloc et al., 2008; Croon, 2008) con l'aumentare dell'età diminuiscono anche le probabilità procreative, infatti, tranne una coppia, tutte le altre sono composte da soggetti che superano i quarant'anni e che solo in questo momento si stanno rivolgendo all'adozione. Inoltre, il campione rispecchia la tendenza generale delle coppie italiane in cui gli uomini sono i più anziani nella coppia.

Le indagini che sono state effettuate sullo stile di attaccamento presente nelle coppie hanno mostrato una prevalenza netta dell'attaccamento insicuro, distribuito in modo piuttosto equo nei diversi stili evitante, distanziante, timoroso-preoccupato e ansioso-ambivalente, sull'attaccamento sicuro. L'unico appunto significativo che può essere mosso, sempre tenendo in considerazione l'esiguità del campione, è la presenza dell'attaccamento insicuro ansioso-ambivalente solo nelle donne, in linea con altri studi (Cotoloni, 2011; Salcuni et al., 2014).

Per quanto riguarda l'adattamento diadico sono state riscontrate delle differenze significative tra uomini e donne nella soddisfazione diadica e nell'adattamento diadico globale. Infatti, sono gli uomini a mostrare maggiore soddisfazione con la propria partner, asserendo così, una maggiore felicità nella relazione, meno pensieri inerenti a separazioni e maggior piacere di trascorrere del tempo insieme. Inoltre, gli uomini mostrano una migliore qualità di coppia, ovvero una percezione di maggior equilibrio nella coppia raggiunto con flessibilità, cambiamento e superando le differenze, le angosce, le preoccupazioni. Nonostante questo, in linea con quanto mostrato da altri studi (Wischmann et al., 2009), i valori ottenuti nelle scale dell'adattamento diadico e

nell'adattamento diadico globale rientrano nel range di benessere di coppia, di conseguenza si può affermare che si è di fronte a coppie che ha raggiunto un equilibrio relazionale in cui, in risposta ai cambiamenti, ha avuto la capacità di rimanere stabile, ma nello stesso tempo flessibile, riuscendo a riorganizzarsi, senza perdersi (Spainer, 1976).

Passando a discutere i risultati inerenti alle differenze significative che sono state prodotte dal modello di attaccamento sui punteggi relativi all'adattamento diadico della coppia è possibile evidenziare che non sono presenti delle differenze significative tra lo stile di attaccamento sicuro e gli stili di attaccamento insicuri sull'adattamento diadico sia globale che delle diverse sotto-scale, ad esclusione della scala dell'espressione affettiva che risulta maggiore nei soggetti insicuri. Questo può essere dovuto al fatto che i soggetti con uno stile di attaccamento insicuro tendono a ricercare nell'altro supporto, ascolto e conferme (Main et al., 1985; Attili et al., 2009), di conseguenza trova maggiore soddisfazione nella relazione nel momento in cui queste vengono messe in atto dal partner, anche e soprattutto in espressioni di affetto e sentimenti.

Analizzando, però, le correlazioni tra le sotto-scale utili per identificare gli stili di attaccamento e le diverse sotto-scale dell'adattamento diadico, si osservano delle differenze significative tra uomini e donne, per quanto riguarda l'espressione affettiva e il bisogno di approvazione. Infatti, l'espressione affettiva, ovvero la soddisfazione individuale verso le espressioni di affetto e i sentimenti nella relazione, negli uomini è maggiore in coloro che hanno il bisogno di essere accettati e di avere conferme da parte degli altri, in questo caso il partner.

Tenendo in considerazione il fatto che si tratta di coppie con una lunga relazione, è stata analizzata la qualità della relazione di coppia in correlazione con gli anni di relazione, distinguendo il genere. Non sono stati considerati gli anni di matrimonio in quanto molte coppie, nonostante molti anni di relazione, sono ricorsi al matrimonio recentemente (questo potrebbe essere dovuto al fatto che il matrimonio è una condizione necessaria per poter iniziare l'iter adottivo). Come detto in precedenza, i valori ottenuti dalle scale rientrano nel range del benessere di coppia, però, seppur non significativa, è stato evidenziato un minor adattamento diadico negli uomini con l'aumentare degli anni di relazione.

Quindi, nello studio è stato possibile evidenziare come le coppie che hanno ricevuto diagnosi di infertilità e che si aprono ad un percorso adottivo abbiano in media un'età superiore ai 40 anni, momento in cui la possibilità di poter transitare verso la genitorialità biologica è molto bassa, nonostante siano tutte coppie in cui si parla di infertilità idiopatica, situazione che, come mostrato da altri studi, potrebbe sbloccarsi, anche con l'inizio dell'iter adottivo (Pasini & Mori, 2015; Orr, 1941).

Lo stile di attaccamento prevalente nei soggetti è l'attaccamento insicuro, distribuito in modo omogeneo tra insicuro evitante, insicuro distanziante, insicuro ansioso-ambivalente, insicuro preoccupato-timoroso e insicuro distanziante.

Per quanto riguarda l'adattamento diadico è stato evidenziato benessere nella relazione di coppia, in cui prevale l'equilibrio e la capacità di flessibilità e riorganizzazione a fronte dei cambiamenti e delle sfide da affrontare (Wischmann et al., 2009). Queste ultime, nelle coppie presenti nel campione, sono state molte a partire dalla difficoltà procreativa alla decisione di intraprendere il percorso adottivo.

È stato osservato che, per quanto riguarda la relazione tra gli stili di attaccamento, sicuro e insicuro, e l'adattamento diadico non sono emerse differenze significative, quindi lo stile di attaccamento dei soggetti non incide sul benessere della relazione di coppia, a differenza di quanto mostrato in altri studi (Mikulincer et al., 1998; Amir et al., 1999).

Neanche la quantità di anni di relazione vissuti dalla coppia incide in modo significativo sull'adattamento diadico, che rimane sempre in una situazione di equilibrio, quindi all'aumentare degli anni di relazione non c'è una diminuzione o un aumento significativo della qualità della relazione.

Una spiegazione di questi risultati potrebbe essere la numerosità di sfide che le coppie hanno dovuto affrontare negli anni della loro relazione, alle sfide seguivano delle scelte, per cui era importante mantenere attivo il dialogo, supportarsi, comprendersi, accettarsi, "mettersi a nudo", mostrando anche le proprie paure. Infatti, tutti i soggetti sono stati protagonisti di momenti complessi sia per il singolo che per la coppia. Sono andati incontro alle difficoltà procreative, alla diagnosi di infertilità che, seppur idiopatica, è stata preceduta da numerosi esami medici per la coppia, anche piuttosto approfonditi e invasivi, sia da un punto di vista fisico che emotivo, la scelta di non intraprendere il

percorso di Procreazione Medicalmente Assistita, come avvenuto in cinque coppie su sei, e per quell'unica coppia che invece ha deciso di affrontare il percorso, la difficoltà nello scegliere di sottoporsi ai trattamenti e nello stabilire di interrompere dopo tentativi fallimentari, la scelta di rivolgersi all'equipe adozioni, di partecipare agli incontri informativi per addentrarsi poi nel percorso di adozione deponendo la domanda al Tribunale dei Minori e iniziare lo studio di coppia senza sapere quale sarà l'esito.

Le coppie, quindi, potrebbero aver appreso con il tempo, ad ogni sfida superata e scelta presa, il loro modo di affrontare le situazioni e i cambiamenti, mantenendo sempre alta la qualità della relazione di coppia e trovando nel partner supporto. Una delle modalità potrebbe essere la comunicazione utilizzata all'interno della coppia, che, se caratterizzata da apertura, rispetto delle idee dell'altro e flessibilità ha un impatto positivo sull'adattamento della coppia (Montgomery, 1981). Il benessere di coppia, quindi, potrebbe essere considerato un fattore protettivo delle coppie che affrontano una diagnosi di infertilità e si aprono all'adozione, in accordo con lo studio di Sundby (1992).

Inoltre, il motivo per il quale non sono stati confermati i risultati di altri studi (Van der Broeck et al., 2010; Bayley et al., 2009; Donarelli et al., 2012) potrebbe essere dovuto al fatto che, come il campione dei lavori precedenti, si tratta di soggetti con diagnosi di infertilità, ma, in questo caso, è idiopatica; inoltre, la maggioranza delle coppie non ha affrontato un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita, ovvero un percorso complesso, di sofferenza, lungo e tortuoso (Galli & Moro, 2007).

CONCLUSIONI

Le analisi che sono state svolte ed i risultati a cui si è giunti, non vogliono essere esaustivi e conclusivi ma, anzi, uno spunto per studi futuri più approfonditi. Infatti, sicuramente uno dei motivi che ha ostacolato una ricerca e un'analisi più approfondita è il numero ridotto del campione. Allo stesso tempo, potrebbe essere utile indagare le motivazioni per cui un numero così esiguo di coppie abbia deciso, in un dato periodo, di iniziare il percorso per poter transitare alla genitorialità adottiva, nonostante i dati riportino numeri elevati di soggetti infertili.

Nonostante queste limitazioni, sono emerse delle differenze interessanti sul modello di attaccamento, risultando più soggetti con uno stile di attaccamento insicuro piuttosto che sicuro, che varrebbe la pena approfondire.

Nei nostri partecipanti il tipo di legame di attaccamento non sembra influire sull'adattamento di coppia che, invece, è caratterizzato da benessere relazionale, equilibrio, flessibilità e trasformazione davanti alle sfide della vita. Anche gli anni di relazione non incidono in modo significativo sulla qualità della relazione di coppia, infatti non se ne riscontra un aumento o una diminuzione all'accrescere degli anni di vita insieme.

È possibile osservare, invece, come alcune delle dimensioni del modello di attaccamento aumentino o diminuiscano in relazione ad alcune dimensioni dell'adattamento diadico, infatti, negli uomini si è riscontrato in modo significativo un aumento della soddisfazione individuale verso le espressioni di affetto e i sentimenti all'interno della relazione, in coloro che hanno maggior bisogno di essere accettati e avere delle conferme dagli altri.

Considerando che i risultati ottenuti non sono in linea con altri studi effettuati precedentemente su soggetti infertili che hanno intrapreso il percorso di Procreazione Medicalmente Assistita, potrebbe essere utile indagare, con un campione più ampio, se ci siano delle differenze nello stile di attaccamento, nell'adattamento diadico e se il modello di attaccamento influisca su quest'ultimo in coppie con diagnosi di infertilità idiopatica e che non hanno effettuato i trattamenti di PMA.

Questo potrebbe risultare utile in quanto l'infertilità idiopatica può essere vissuta in modo differente rispetto ad altre diagnosi di infertilità dato che, come riportato dalla letteratura

(Orr, 1941; Pasini & Mori, 2015), non essendoci una causa, ci sono delle condizioni in cui quest'ultima si risolve, come con percorsi di psicoterapia, l'inizio dei trattamenti di PMA, o del percorso adottivo. Di conseguenza, queste coppie potrebbero inconsapevolmente continuare a sperare nella risoluzione dell'infertilità, tant'è che, come nel caso del campione, la maggior parte delle coppie che ha deciso di intraprendere il percorso adottivo ha un'età superiore ai quarant'anni, momento in cui la possibilità di transitare biologicamente alla genitorialità diminuisce. Per questo sarebbe utile porre attenzione, anche, su come si colloca l'adozione all'interno dei "buchi neri", ovvero l'assenza di cause dell'infertilità idiopatica.

Lo scopo delle coppie che intraprendono il percorso adottivo è la transizione alla genitorialità, seppur non biologica. Per questo potrebbe risultare utile osservare se vi è una modificazione dell'adattamento diadico nella coppia dal momento in cui diventano genitori adottivi, in quanto, come affermato da Spainer (1976), questo è un processo che si modula nel corso della vita e che può essere valutato in qualsiasi momento di essa.

Inoltre, la qualità della relazione di coppia influisce sulla qualità del rapporto con il figlio (Belsky, 1981). Quest'ultimo, però, porta dei cambiamenti che possono rappresentare dei fattori di rischio per la coppia, di conseguenza è necessario che all'interno di essa ci sia un processo di riorganizzazione così che il nuovo ruolo genitoriale non influisca negativamente sul rapporto di coppia.

Infine, potrebbe risultare interessante valutare la qualità di coppia anche nel caso in cui non venga data l'idoneità ai coniugi per poter poi avere l'abbinamento con il bambino. Questo potrebbe essere vissuto dalla coppia come l'ennesimo fallimento, in cui gli equilibri interni potrebbero venir meno, oppure ciò potrebbe non avvenire, in quanto la coppia ha ormai sviluppato dei fattori di protezione che le permettono di fronteggiare nuovamente il lutto di un bambino ideale che non diverrà mai reale.

BIBLIOGRAFIA

- Abbey, A., (2000). Adjusting to infertility. In: Harvey, J. H., & Miller, E. D. (2000). *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*. (pp. 331–344). London: Brunner-Routledge.
- Ahmadi, H., Montaser-Kouhsari, L., Nowroozi, M. R., & Bazargan-Hejazi, S. (2011). Male infertility and depression: a neglected problem in the Middle East. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 824-830.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). *L'evoluzione dei legami di attaccamento dopo la prima infanzia*. Tr. It. *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). *Attaccamento, esplorazione e separazione nel comportamento di bambini di un anno nella Strange Situation*. Tr. It. *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.
- Amir, M., Horesh, N., & Lin-Stein, T. (1999). Infertility and adjustment in women: The effects of attachment style and social support. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(4), 463-479.
- Ammaniti, M., & Stern, D. N. (1992). *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., & Candelori, C. (1996). Stabilità dell'attaccamento infantile e trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 63(3-4), 313–332.
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 353-355.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1992). Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*, 57(6), 1247-1253.
- Attili, G. (2004). *Attaccamento e amore*. Bologna: il Mulino.
- Attili, G. (2005). Le dinamiche dell'attaccamento all'interno della famiglia: fattori di rischio e fattori protettivi. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 21, 1000-1014.
- Attili, G., Vermigli, P., & Felaco, R. (1994). Modelli mentali dell'attaccamento negli adulti e qualità della relazione madre-bambino. *Età Evolutiva*, 47, 110-117.
- Auhagen-Stephanos U., (1993). *La maternità negata*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Auhagen-Stephanos U., (1995). *Il desiderio di maternità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- 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. *Journal of Andrology*, *33*(2), 181-189.
- Barone, L., Del Corno, F. (2007). *La valutazione dell'attaccamento adulto*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1995). *Stili di attaccamento tra giovani adulti: analisi di un modello a quattro categorie*. Carli, L.(a cura di) *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bayley, T. M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, *24*(11), 2827-2837.
- Belloc, S., Cohen-Bacrie, P., Benkhalifa, M., Cohen-Bacrie, M., De Mouzon, J., Hazout, A., & Ménézo, Y. (2008). Effect of maternal and paternal age on pregnancy and miscarriage rates after intrauterine insemination. *Reproductive Biomedicine Online*, *17*(3), 392-397.
- Belsky, J. (1981). Early human experience: a family perspective. *Developmental Psychology*, *17*(1), 3.
- Belsky, J., Spanier, G. B., & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 567-577.
- Belsky, J., Lang, M. E., & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and the Family*, 855-865.
- Belsky, J., Rovine, M., & Fish, M. (1989). The developing family system. In *Systems and Development. The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 22, pp. 119-166).
- Belsky, J., Rosenberger, K., & Crnic, K. (1995). Maternal personality, marital quality, social support and infant temperament: Their significance for infant–mother attachment in human families. In C. R. Pryce, R. D. Martin, & D. Skuse (Eds.), *Motherhood in human and nonhuman primates: Biosocial determinants* (pp. 115–124). Basel: Karger Publishers.
- Benoit, D., & Parker, K. C. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, *65*(5), 1444-1456.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, *14*(1), 1-16.

- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Köhn, F. M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H. J., & Weidner, W. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31(1), 27-35.
- Binda, W. (Ed.). (1997). *Diventare famiglia: la nascita del primo figlio*. Milano: Franco Angeli.
- 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(6), 1506-1512.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark G. (1988). *Lealtà invisibili*. Roma: Astrolabio
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby, J. (1973), *Attaccamento e perdita: la separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby, J. (1980), *Attaccamento e perdita: la perdita della madre*. Torino: Boringhieri.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura* (Vol. 43). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 46–76). New York: The Guilford Press.
- Bretherton, I. (1992). Modelli operativi interni e trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento. *Attaccamento e Psicoanalisi*, 21-47.
- Bretherton, I. (1995). A communication perspective on attachment relationships and internal working models. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 310-329.
- Bretherton, I. (2005). In Pursuit of the Internal Working Model Construct and Its Relevance to Attachment Relationships. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 13–47). New York: Guilford Publications.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). *Modelli operativi interni nelle relazioni di attaccamento*. J. Cassidy, PR Shaver, (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: G. Fioriti.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R., & Battista La Sala, G. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(5), 431-437.

- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844.
- Brucker, P. S., & McKenry, P. C. (2004). Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), 597-603.
- Brustia Rutto, P. (1996). *Genitori. Una nascita psicologica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bydlowski, M., (1997). *La dette de vie*, Presses Universitaires de France. Trad. it.: *Il debito di vita*, Urbino: Edizioni Quattro Venti Srl.
- Bydlowski, M., (2009). *Le infertili. Un aspetto della filiazione femminile*, in Zurlo M.C, a cura di, *Percorsi di filiazione*. Milano: Franco Angeli.
- Byng-Hall, J., & Bertrando, P. (1998). *Le trame della famiglia: attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cassibba, R. (2006). *Attaccamenti multipli*. Milano: Unicopli Editore.
- Chen, Z., Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Shikai, N., Fujihara, S., & Kitamura, T. (2007). The role of personalities in the marital adjustment of Japanese couples. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 35(4), 561-572.
- Cicognani, E., & Zani, B. (1999). *Le vie del benessere*. Roma: Carocci Editore
- Cigoli, V., & Scabini, E. (2000). *Il familiare. Legami, simboli, transizioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G., Liedtke, R. (2001). Alexithymia in Male Infertility. *Human Reproduction*, 587-92.
- Cotoloni, G. (2011). "Un figlio a tutti i costi: il supporto psicologico alla coppia infertile", relazione presentata al Congresso Nazionale SIPPR "Problemi e Interventi Relazionali nella società in crisi", Trieste 14-15 ottobre.
- Costa, E., & Nazzaro, F. (2008). Stress, ansia, infertilità. *Rivista Ginecologia*, 31-42.
- Cowan, P. A. (1997). Beyond meta-analysis: A plea for a family systems view of attachment. *Child Development*, 68(4), 601-603.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Schulz, M. S., & Heming, G. (2013). Prebirth to preschool family factors in children's adaptation to kindergarten. In *Exploring family relationships with other social contexts* (pp. 75-114). London: Routledge.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 412-423.

- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1987). Men's involvement in parenthood. *Men's transitions to parenthood longitudinal studies of early family experience*, 145-174.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28-40.
- Craik, K. (1943). *The Nature of Explanation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crowell, J.A., Fraley, R.C., Shaver, P.R. (1999). *Misure delle differenze individuali dell'attaccamento negli adolescenti e negli adulti*. Tr. It. In Cassidy, J., Shaver, P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti. 494-530.
- Crowell, J. A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4(3), 294-327.
- D'Andrea, A. (1999). *La coppia adottante* in Andolfi M., a cura di, *La crisi della coppia: una prospettiva sistemico-relazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Bernart, R., Buralli, B. (2001). Il letto a sei piazze. La terapia sessuale trigenerazionale di coppia. *Psicobiattivo*, Volume 21, 2001.
- Doane, J. A., & Diamond, D. (1995). *Affetti e attaccamento nella famiglia: trattamento familiare dei più gravi disturbi psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dobson, K. S. (1987). Marital and social adjustment in depressed and remarried women. *Journal of Clinical Psychology*, 43(2), 261-265.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14, 45-52.
- 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(11), 3215-3225.
- Donati, P. (1999). *Biotica e morfogenesi della famiglia*, in Scabini E., Rossi G., a cura di, *Famiglia "generativa" o famiglia "riproduttiva"?: il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita*. Milano: Vita e Pensiero.
- Donley, M. G. (1999). *L'unità emotiva dell'attaccamento*. L. Carli (a cura di), *Dalla diade alla famiglia: I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Du, L., Bakish, D., & Hrdina, P. D. (2000). Gender differences in association between serotonin transporter gene polymorphism and personality traits. *Psychiatric Genetics*, 10 (4), 159-64

- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In *Infertility* (29-57). Boston: Springer.
- Easterbrooks, M. A., & Emde, R. N. (1988). Marital and parent-child relationships: The role of affect in the family system. *Relationships within Families: Mutual Influences*, 83, 103.
- Edelmann, R. J., & Connolly, K. J. (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5(4), 365-375.
- Engfer, A. (1988). The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship. In R. A. Hinde & J.S. Hinde (Eds.), *Relationships within Families: Mutual Influences* (pp. 104-118). Oxford: Oxford University Press.
- Farinati, D. M., Rigoni, M. D. S., & Müller, M. C. (2006). Infertilidade: um novo campo da psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23, 433-439.
- Fatoye, F. O., Owolabi, A. T., Eegunranti, B. A., & Fatoye, G. K. (2008). Unfulfilled desire for pregnancy: Gender and family differences in emotional burden among a Nigerian sample. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(4), 408-409.
- Fava Vizziello, G., Calvo, V., & Simonelli, A. (2003). Sicurezza e insicurezza dell'attaccamento nella prima infanzia in una prospettiva interculturale. *Età Evolutiva*, 75(6), 36-50.
- Feeney, J.A. (1999). *L'attaccamento romantico tra adulti e le relazioni di coppia*. Tr. It. In Cassidy, J., Shaver, P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti. 405-430.
- Feeney, B. C. (2004). A secure base: responsive support of goal strivings and exploration in adult intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(5), 631.
- Feeney, J.A., Noller, P., Hanrahan, M. (1994). *Assessing adult attachment*. In Sperling, M.B., Berman, W.H. (a cura di), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. New York: Guilford Press, 128-154.
- Flamigni, M. M. (2001). *I bambini nel cassetto: le molte facce della procreazione: uno sguardo socio-culturale sulla fertilità e sulla infertilità* (Vol. 42). Milano: FrancoAngeli.
- Fonagy, P. (2001). *Psicoanalisi e Teoria dell'Attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905.
- Fraley, R. C. (2002). Introduction to the special issue: The psychodynamics of adult attachments-Bridging the gap between disparate research traditions. *Attachment & Human Development*, 4(2), 131-132.
- Freud, S. (1929). *Il disagio della civiltà*. Torino: Bollate Boringhieri.
- Freud, S. (1978). *Lutto e Melanconia*, in *Metapsicologia*. Torino: Bollate Boringhieri.
- Galli, J., & Moro, A. (Eds.). (2007). *Miracoli, cicogne, provette. Riflessioni cliniche: dalla procreazione medicalmente assistita all'adozione*. Roma: Armando Editore.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(1), 68-80.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Goldberg, W. A., & Easterbrooks, M. (1984). Role of marital quality in toddler development. *Developmental Psychology*, 20(3), 504.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., & Vaslamatzis, G. (2010). 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(7), 688-704.
- Greil, A. L., Porter, K. L., & Leitko, T. A. (1990). Sex and intimacy among infertile couples. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 2(2), 117-138.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. *Attachment Across the Life Cycle*, 93-114.
- Hackel, L. S., & Ruble, D. N. (1992). Changes in the marital relationship after the first baby is born: predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 944.
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-383.

- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). trad. it." L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento. Carli L. (a cura di),(1995), *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Herbert, D. L., Lucke, J. C., & Dobson, A. J. (2010). Depression: an emotional obstacle to seeking medical advice for infertility. *Fertility and sterility*, 94(5), 1817-1821.
- Hesse, E. (1999). L'Adult Attachment Interview: prospettive storiche e attuali. In Cassidy J. e Shaver P.R. (a cura di), (2002), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (pp. 450-493). Roma: Giovanni Fioriti.
- Hirsch, A. M., & Hirsch, S. M. (1989). The effect of infertility on marriage and self-concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 18(1), 13-20.
- Hobbs Jr, D. F., & Wimbish, J. M. (1977). Transition to parenthood by black couples. *Journal of Marriage and the Family*, 677-689.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human reproduction*, 21(12), 3295-3302.
- Howes, C. (2002). *La relazione di attaccamento nel contesto di caregiver multipli. Manuale dell'attaccamento: Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (pp. 761-779). Roma: Fioriti Editore.
- Isabella, R. A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 17(4), 381-387.
- Ivaldi, G., (2000). *Surveying Adoption: A Comprehensive Analysis of Local Authority Adoptions 1998/9*. London: British Association for Adoption and Fostering.
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341-358.
- Karlıdere, T., Bozkurt, A., Yetkin, S., Doruk, A., Sütçüoğlu, L., Özmenler, K. N., & Özşahin, A. (2007). Is there a gender difference in infertile couples without an axis I psychiatric disorder in the context of emotional symptoms, social support, and sexual function? *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4).
- 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(5), 353-358.
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76(4), 675-687.

- Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 861.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., O'Neill, R. E., & Burke, J. C. (1983). The personality and family-interaction characteristics of parents of autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 683.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- 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.
- Lewis, R. A., & Spanier, G. B. (1979). Theorizing about the quality and stability of marriage. In W. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & I. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (pp. 268-294). New York: Free Press.
- Liotti, G. (1992). *Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione allo sviluppo di disturbi funzionali della coscienza*. Ammaniti, M., Stern, D. (a cura di), *Attaccamento e Psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Liu, L., & Zhao, J., (2011). Emotion and coping styles of infertile patients with different gender. *Chin Mental Health J*, 25 (11), 806–809.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 223-237.
- MacDermid, S. M., Huston, T. L., & McHale, S. M. (1990). Changes in marriage associated with the transition to parenthood: Individual differences as a function of sex-role attitudes and changes in the division of household labor. *Journal of Marriage and the Family*, 475-486.
- 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.
- Main, M. (1995). *Conoscenza cognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) vs modello di attaccamento multiplo (incoerente): dati ed indicazioni per la futura ricerca*. In Parkes CM, Stevenson-Hinde J., Marris P., *L'attaccamento nel ciclo della vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 161–182). Chicago: The University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention, 1*, 121-160.
- Mazzoni, S., & Tafà, M. (Eds.). (2007). *L'intersoggettività nella famiglia. Procedure multi-metodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari* (Vol. 8). Milano: FrancoAngeli.
- Meyers, M., Weinshel, M., Scharf, C., Kezur, D., Diamond, R., Rait, D.S (1998). Un'infertilità primaria per terapeuti familiari. *Psicobiiettivo, 2*, 53-69.
- Miconi, D., Panzeri, M., Ponchia, R., Grillo, A., Salcuni, S. (2014). An exploratory study of inter-gender psychological and affective dimensions in couples who undergo Assisted Reproductive Technology. *Rivista di Sessuologia, 145-152*.
- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R., & Shalev, J. (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology, 71*(3), 265-280.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143–165). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: The role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(6), 1022.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry, 18*(3), 139-156.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Attachment theory expanded: A behavioral systems approach. In K. Deaux & M. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of personality and social psychology* (pp. 467–492). Oxford: Oxford University Press.
- 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, 63*(1), 126-130.

- Montgomery, B.M. (1981). The form and function of quality communication in marriage. *In Family Relations, 30, 21-30.*
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A. W. A., Khadijah, M. B. S., Hayati, M. Y., Midin, M., Jaafar, N. R. N., Das, S., Sidi, H., & Ravindran, A. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry, 55,* S65-S69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.01.001>
- Nathan, E. P., & Joanning, H. H. (1985). Enhancing marital sexuality: An evaluation of a program for the sexual enrichment of normal couples. *Journal of Sex & Marital Therapy, 11(3), 157-164.*
- Nemiah, J. C. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine, 3, 430-439.*
- 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.*
- Nievar, M. A., & Becker, B. J. (2008). Sensitivity as a privileged predictor of attachment: A second perspective in De Wolff and Van IJzendoorn's meta-analysis. *Social Development, 17(1), 102-114.*
- Olson, D. H., & Straus, M. A. (1972). A diagnostic tool for marital and family therapy: The SIMFAM technique. *The Family Coordinator, 21(3), 251-258.*
- Orr, D. W. (1941). Pregnancy following the decision to adopt. *Psychosomatic Medicine, 3(4), 441-446.*
- Owens, G., Crowell, J. A., Pan, H., Treboux, D., O'Connor, E., & Waters, E. (1995). The prototype hypothesis and the origins of attachment working models: Adult relationships with parents and romantic partners. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 216-233.*
- Pasini, W., & Mori, G. (2015). *Nuove armi per superare l'infertilità.* Milano: FrancoAngeli.
- 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. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006b). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations, 55(2), 227-239.*
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility, 88(4), 911-914.*

- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333–343. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x>
- 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.
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2010). Effects of parenting education with expectant and new parents: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 316.
- Platt, J. J., Ficher, I., & Silver, M. J. (1973). Infertile couples: Personality traits and self-ideal concept discrepancies. *Fertility and Sterility*, 24(12), 972-976.
- Ranieri, S., & Rosnati, R. (2000). *La relazione coniugale nelle famiglie giovani: uno studio cross-sectional*. Milano: FrancoAngeli.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Jafarabadi, M., & Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 85(1), 139-143.
- Riccio, M. (2017). *La cicogna distratta: Il paradigma sistemico-relazionale nella clinica della sterilità e dell'infertilità di coppia*. Milano: FrancoAngeli.
- Righetti, P.L. E Sette, L. (2000). *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità*. Torin: Bollati Boringhieri.
- Sagi, A., van IJzendoorn, M. H., Aviezer, O., Donnell, F., & Maysless, O. (1994). Sleeping out of home in a kibbutz communal arrangement: It makes a difference for infant-mother attachment. *Child Development*, 65(4), 992-1004.
- Sagi, A., Van Ijzendoorn, M.H., Scharf, M., Joels, T., Korenkarie, N., Maysless, O., Aviezer, O. (1997). Ecological constraints for intergenerational transmission of attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 287- 299.
- Saita, E., Molgora, S., & Fenaroli, V. (2011). Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione-II. una ricerca esplorativa. *Rivista di Psicologia Clinica*, (2), 122-133.
- Sandler, J., & Sandler, A. M. (1978). On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 285-296.
- Scabini, E., & Iafrate, R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Bologna: Il Mulino.
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. I. M. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1(1), 23-43.
- Schmidt, L., Holstein, B., 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.

- 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), 699-715.
- Simonelli, A. (2006). *La prospettiva rappresentativo-narrativa dell'attaccamento*. Codispoti O., Simonelli A. (a cura di) *Narrazione e attaccamento nelle patologie alimentari*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Simonelli, A., & Calvo, V. (2016). *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Roma: Carocci Editore.
- Simonelli, A., Vizziello, G. F., Bighin, M., De Palo, F., & Petech, E. (2007). La transizione alla triade fra assunzione della genitorialità e riorganizzazione della coppia. *Età Evolutiva*, 86, 92.
- 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. *Human Reproduction*, 22(8), 2309-2317. doi: 10.1093/humrep/dem115
- Souter, V. L., Hopton, J. L., Penney, G. C., & Templeton, A. A. (2002). Survey of psychological health in women with infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & 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 (1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Stammer, H., Wischmann, T., & Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family process*, 41(1), 111-122. doi: 10.1111/j.1545-5300.2002.40102000111.x.
- Steele, H., Steele, M. (1994). International patterns of attachment, in K. Bartholomew e D. Perlan (a cura di), *Advances in personal relationships*. Vol. 5, *Attachment processes in adulthood*, London: Kingsley, vol. 5, 93-120.
- Sternberg, R. J., & Barnes, M. L. (Eds.) (1988). *The psychology of love*. Yale: Yale University Press.
- Stoleru, S., Teglas, J. P., Spira, A., Magnin, F., & Fermanian, J. (1996). Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17(2), 103-118.
- Stuart, R. B. (2003). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.

- Sultan, S., & Tahir, A., (2011). Psychological consequences of infertility. *Hellen J Psychol*, 8 (2), 229–247.
- Sundby, J. (1992). Long-term psychological consequences of infertility: A follow-up study of former patients. *Journal of Women's Health*, 1(3), 209-217.
- Sydsjö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20(7), 1952-1957.
- Tambelli, R. (2021). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino.
- Target, M. (2005). *L'attaccamento: teoria e ricerca*. E. S. Person, A. M. Cooper, G. O. Gabbard (a cura di), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Terry, D. J., & Scott, W. A. (1987). Gender differences in correlates of marital satisfaction. *Australian Journal of Psychology*, 39(2), 207-221.
- Testa, G., & Graziottin, A. (2006). Infertilità e sessualità: il ruolo del ginecologo. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia*, 28(4), 169-173.
- Throsby, K. (2001). "No-one Will Ever Call Me Mummy": Making Sense of the End of IVF Treatment (pp. 1-40). London: London School of Economics, Gender Institute. doi:10.1093/humrep/dew095
- Ting-Toomey, S. (1983). An analysis of verbal communication patterns in high and low marital adjustment groups. *Human Communication Research*, 9(4), 306-319.
- Twenge, J.M., Campbell, W.K., Foster, C.A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 561- 573.
- Umezulike, A. C., & Efetie, E. R. (2004). The psychological trauma of infertility in Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 84(2), 178-180.
- Vadilonga, F. (Ed.). (2010). *Curare l'adozione: modelli di sostegno e presa in carico della crisi adottiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Valoriani, V., & Marino, I. (2011). *Genitori ad ogni costo: i problemi psicologici delle coppie infertili*. Roma: Carocci Editore.
- Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997), *Trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento*. Tr. It. In Carli, L., *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Raffaello Cortina 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, P. J., & 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*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.
- Vegetti Finzi, S. (1999). *Famiglie e identità femminile nell'epoca della tecnica*. Milano: Vita e Pensiero.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253-2260.
- Visigalli, R. (2015). *Desiderare un figlio. Un sostegno psicologico per affrontare i trattamenti di fecondazione omologa ed eterologa*. Milano: FrancoAngeli.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063. doi: [10.1093/humrep/den154](https://doi.org/10.1093/humrep/den154)
- Wallach, E., & Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34(4), 313-319.
- 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-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87(4), 792-798.
- Ward, M. J., & Carlson, E. A. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, 66(1), 69-79.
- Waters, E., Kondo-Ikemura, K., Posada, G., & Richters, J. E. (1991). Learning to love: Mechanisms and milestones. In M. R. Gunnar & L. A. Sroufe (Eds.), *Self processes and development* (pp. 217-255). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Waters, H. S., Rodrigues, L. M., & Ridgeway, D. (1998). Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 71(3), 211-234.
- Weaver, S. M., Clifford, E., Hay, D. M., & Robinson, J. (1997). Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Education and Counseling*, 31(1), 7-18.
- Weissman, M. M., & Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University Chicago Press.

- Winnicott, D.W. (1965). *The Family and Individual Development*. London: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003209157>.
- Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T. H., & Verres, R. (2009). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human Reproduction*, 24(2), 378-385.
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1640-1652.
- Zennaro, A., Lis, A., & Mazzeschi, C. (2001). La soddisfazione coniugale prima e dopo la nascita del primo figlio. Uno studio longitudinale condotto attraverso l'uso del colloquio. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, (1), 55-76.

RINGRAZIAMENTI

Ci tenevo a ringraziare la mia relatrice, la professoressa Bonichini, per la disponibilità, il sostegno ricevuto in ogni fase della realizzazione della mia tesi ed i preziosi suggerimenti per la stesura della stessa.

Ringrazio la mia tutor di tirocinio, la dottoressa Tardivo, che mi ha permesso di svolgere l'attività formativa, di condurre le ricerche, oggetto della tesi, e di accrescere le conoscenze sul campo. Inoltre, volevo ringraziare tutta l'equipe adozioni dell'ULSS 3- Serenissima, le dottoresse Contardo, De Rossi e Mereu, per la loro comprensione e accoglienza presso la struttura.

Grazie ai miei genitori, presenza costante nella mia vita e in ogni tappa di questo percorso, grazie per la vostra pazienza, per gli incoraggiamenti, per aver compreso spesso le mie emozioni, anche quando facevo fatica a capirle io, ed essermi stati sempre accanto

Grazie a mio fratello Davide perché con le sue battute e i suoi abbracci riusciva ad alleggerire qualsiasi momento di tensione

Grazie ai miei nonni, che, nonostante la lontananza, ho sempre sentito vicini, che con una chiamata hanno abbattuto ogni distanza

Grazie a mia nonna, che anche se mi ha lasciato praticamente all'inizio di questo percorso, so che oggi sarebbe fiera di me e felice con e per me, come è sempre stato

Grazie a mia zia, che fin dall'inizio di ogni mio percorso, ha sempre creduto in me e si è sempre mostrata preziosa per la mia crescita

Grazie alle mie amiche, la mia certezza oltre la mia famiglia, per avermi fatto sentire sempre il loro sostegno anche se lontane e che, anche se non le sentivo tutti i giorni, sapevo e so che ci sono sempre, esattamente come accade da ormai tanti anni.

Grazie a Diletta, il regalo migliore che Padova potesse farmi, presente dal primo giorno della mia esperienza da fuori sede.

Grazie alle mie coinquiline, Giulia e Katarina, per aver condiviso intensamente ogni giornata, ogni cena, ogni dopo cena, ogni rientro a casa dopo lezioni, esami, tirocinio, lavoro.