



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISSPA)

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Infertilità: uno studio diadico esplorativo rispetto alla soddisfazione di coppia

Infertility: an exploratory dyadic study with regard to
the satisfaction of the couple

Relatore: **Prof. Vincenzo Calvo**

Laureanda: **Ester Negrola**

Matricola: **2055459**

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT	6
INTRODUZIONE	10
I CAPITOLO	15
INTRODUZIONE	15
1.1 L’infertilità	15
1.1.1 Definizione: infertilità, sterilità e ipofertilità	15
1.1.2 Epidemiologia	17
1.1.3 Eziopatogenesi dell’infertilità.....	18
1.2 La procreazione medicalmente assistita (PMA)	22
1.2.1 Le tecniche di PMA	22
1.2.2 Epidemiologia	25
1.2.3 Il quadro legislativo italiano in merito alla PMA	28
1.2.4 I rischi associati alle tecniche di PMA	30
1.3 L’impatto psicologico dell’esperienza di infertilità nella coppia: una prospettiva diadica	33
1.3.1 L’infertilità come evento paranormativo	33
1.3.2 La dimensione intergenerazionale	34
1.3.3 Involuntary childness e desiderio di genitorialità	36

1.3.4	L'infertilità come perdita e lutto disconosciuto.....	38
1.3.5	La dimensione della sessualità all'interno della coppia infertile	42
1.3.5	Attaccamento adulto e infertilità	45
1.3.6	Genere, identità ed immagine corporea in coppie infertili	52
1.3.7	Stress, depressione e ansia: la salute psicologica nel trattamento per l'infertilità	55
1.4	Soddisfazione relazionale e qualità di vita di coppie infertili	60
II	CAPITOLO	66
	RICERCA	66
2.1.	Obiettivi e ipotesi di ricerca	66
2.2	Metodologia	74
2.2.1	Partecipanti	74
2.2.2	Procedura	78
2.2.3	Strumenti.....	81
2.2.4	Metodi di analisi statistica	90
2.3	RISULTATI.....	95
2.3.1	Statistiche descrittive e analisi correlazionale	96
2.3.2	<i>Actor Partner Interdependence Model (APIM)</i>	106
III	CAPITOLO.....	117
	DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	117
3.1	Discussione.....	117

3.2 Conclusioni, limiti e prospettive future.....	124
BIBLIOGRAFIA.....	128
SITOGRAFIA	148

ABSTRACT

Premessa: L'infertilità ed il trattamento di tale condizione si configurano come eventi potenzialmente stressanti per le coppie che si trovano ad affrontarli: entrambi i partner vivono significativi cambiamenti riguardanti aspetti come l'immagine corporea, l'intimità sessuale, le dinamiche relazionali con amici e familiari, e in alcuni casi, la gestione del dolore provocato da un aborto. Queste situazioni possono portare la coppia a sperimentare livelli elevati di ansia, depressione e stress. La salute psicologica delle coppie affette da infertilità ha spinto diversi studiosi a indagare sulla soddisfazione relazionale e sulla qualità della vita dei partner coinvolti. Tuttavia, solo un numero limitato di studi ha applicato un approccio diadico, che considera l'interdipendenza tra i due partner di una coppia. Tale approccio, utilizzato nel presente studio, è rilevante poiché l'infertilità è considerata un tipico stressor di coppia, influenzando entrambi i partner anche se solo uno ha un problema di fertilità. Questo progetto di ricerca si propone di approfondire la tematica della soddisfazione di coppia o adattamento diadico ("dyadic adjustment") fondamentale in ogni legame affettivo e indicatore essenziale del benessere emotivo, della felicità e dell'impegno reciproco all'interno della relazione. L'obiettivo dello studio era valutare se e come la soddisfazione di coppia (variabile dipendente) venga influenzata da cinque diversi costrutti psicologici (variabili indipendenti) sperimentati dai partner dopo la diagnosi di infertilità: apprezzamento corporeo, attaccamento ansioso ed evitante, stress legato all'infertilità, sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa..

Metodi: Lo studio ha coinvolto 34 coppie infertili, alcune delle quali stavano affrontando un percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA). La ricerca ha indagato le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti e le caratteristiche specifiche della

condizione clinica di infertilità di coppia. Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati i seguenti strumenti: la Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), l'Experiences in Close Relationships-Revised (ECRR), il Fertility Problem Inventory- Short Form (FPI-SF) , Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) e la Dyadic Adjustment Scale nella versione ridotta (DAS-10).

Risultati: I risultati emersi a seguito delle analisi APIM (Actor-Partner Interdependence Model) hanno evidenziato che, quando si lavora con coppie infertili, è importante considerare principalmente le modalità di attaccamento e i livelli di stress specifici legati all'infertilità al fine di migliorare la soddisfazione di coppia. Per quanto riguarda i partner maschi, inoltre, è risultato che la sintomatologia ansiosa e depressiva influenzino la percezione che essi hanno della propria soddisfazione di coppia, nonostante i livelli più alti di sintomatologia fossero stati riscontrati nelle partner femmine.

Conclusioni: I risultati si sono rivelati parzialmente in linea con quanto atteso e con i contributi teorici precedenti sull'argomento. I limiti della ricerca sono discussi e sono considerate le implicazioni promettenti per la ricerca futura.

Background: Infertility and its treatment are potentially stressful events for couples facing them. Both partners experience significant changes in aspects such as body image, sexual intimacy, relational dynamics with friends and family, and in some cases, managing the pain caused by a miscarriage. These situations can lead the couple to experience elevated levels of anxiety, depression, and stress. The psychological health of couples affected by infertility has prompted several researchers to investigate relationship satisfaction and the quality of life of the involved partners. However, only a limited number of studies have applied a dyadic approach, which considers the interdependence between the two partners in a couple. This approach, used in the present study, is relevant because infertility is considered a typical couple stressor, affecting both partners even if only one has a fertility problem. This research project aims to delve into the topic of couple satisfaction or dyadic adjustment, fundamental in every affectionate bond and an essential indicator of emotional well-being, happiness, and mutual commitment within the relationship. The study's objective was to evaluate whether and how couple satisfaction (outcome variable) is influenced by five different psychological constructs (predictor variables) experienced by partners following the diagnosis of infertility: body appreciation, anxious and avoidant attachment, infertility-related stress, depressive symptoms, and anxiety symptoms.

Methods: The study involved 34 infertile couples, some of whom were undergoing a process of assisted reproductive technology (ART). The research examined the socio-demographic characteristics of the participants and the specific clinical condition of couple infertility. The following instruments were used for data collection: the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), the Experiences in Close Relationships-Revised (ECRR), the Fertility Problem Inventory-Short Form (FPI-SF), the Patient Health Questionnaire-9

(PHQ-9), the Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), and the Dyadic Adjustment Scale in its short version (DAS-10).

Results: The results from the APIM (Actor-Partner Interdependence Model) analyses indicated that, when working with infertile couples, it is crucial to primarily consider attachment styles and stress levels specifically related to infertility to improve couple satisfaction. Additionally, it was found that for male partners, anxiety and depressive symptoms influence their perception of their own couple satisfaction, even though higher levels of these symptoms were observed in female partners.

Conclusion: The results were partially consistent with expectations and previous theoretical contributions on the subject. The limitations of the research are discussed, and promising implications for future research are considered.

INTRODUZIONE

Durante il processo di diagnosi dell'infertilità e, successivamente, di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), entrambi i partner vivono cambiamenti significativi che riguardano l'immagine corporea, l'intimità sessuale, le dinamiche relazionali con amici e familiari e, in alcuni casi, la gestione del dolore provocato da un aborto. Tali situazioni possono portare la coppia a sperimentare una profonda sofferenza, caratterizzata spesso da livelli aumentati di ansia, depressione e stress. Tale quadro riguardante la salute psicologica delle coppie infertili, ha spinto alcuni ricercatori ad indagare la soddisfazione relazionale (*“dyadic adjustment”*) e la qualità della vita dei partner coinvolti. Tuttavia, solamente un numero limitato di studi ha adottato un approccio diadico, che considera, cioè, l'interdipendenza tra i due partner (Yamanaka-Altenstein et al., 2021). Nel presente lavoro è stato adottato tale approccio, poiché l'infertilità è considerata un tipico stressor di coppia (Berghuis & Stanton, 2002; Greil et al., 2011) dal momento che influenza entrambi i partner anche se è solo uno di loro ad avere un problema di fertilità (Johnson & Johnson, 2009). Diverse ricerche riguardanti l'impatto esercitato dallo stress sulla qualità della relazione di coppia, hanno mostrato che l'esperienza di eventi critici può aumentare la coesione oppure causare distanziamento tra i partner, a seconda della vulnerabilità della coppia e delle strategie di coping adottate (Bodenmann et al., 2007; Randall & Bodenmann, 2009). La letteratura concorda nel sottolineare le sfide psicologiche affrontate dalle coppie infertili, e la necessità di fornir loro supporto emotivo (Dancet et al., 2010; Verhaak et al., 2007).

Alla luce di ciò, è divenuta evidente l'esigenza di indagare quali costrutti possano influenzare maggiormente la soddisfazione di coppia all'interno dell'esperienza di infertilità.

L'obiettivo generale di questo studio, dunque, è quello valutare, attraverso il modello APIM (*Actor Partner Interdependence Model*) (Kashy & Kenny, 2000; Kenny, 1996), se e come la soddisfazione di coppia (DAS-10) (variabile *outcome*) venga influenzata da cinque diversi costrutti psicologici, (variabile predittiva), che possono essere sperimentati dai partner più o meno intensamente a seguito della diagnosi di infertilità: apprezzamento corporeo (BAS-2), attaccamento ansioso ed evitante (ECR-R), stress legato all'infertilità (FPI-SF), sintomatologia depressiva (PHQ-9) e sintomatologia ansiosa (GAD-7). Per fare ciò, si è deciso di procedere analizzando una per volta la relazione che intercorre tra ognuno dei costrutti sopra riportati (variabili predittive) e la soddisfazione di coppia: ad esempio, tra la sintomatologia depressiva e la dimensione della soddisfazione di coppia (presa sempre come variabile *outcome*), ipotizzando di trovare actor- effect, partner effect e correlazioni tra le variabili.

Nel primo capitolo è proposta, dapprima, una panoramica sul fenomeno dell'infertilità, la definizione, l'epidemiologia, l'eziopatogenesi e, in seguito, un approfondimento sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita e sui dati epidemiologici relativi all'impiego delle stesse. In riferimento a tali procedure si riportano anche i potenziali rischi associati ad esse e viene fatto un breve cenno agli aspetti legislativi che ne regolamentano il ricorso.

Successivamente, sono illustrati gli aspetti psicologici che si possono rintracciare nelle coppie che ricevono una diagnosi di infertilità e si fa riferimento alla teoria sistemico-relazionale per descrivere come tale condizione si configuri per la coppia come un evento

paranormativo; vengono discussi inoltre quali vissuti siano potenzialmente implicati nella frustrazione del desiderio di genitorialità dei partner coinvolti. In seguito, sono illustrate le conseguenze psicologiche dell'infertilità e del suo trattamento in termini di stress da infertilità, ansia e depressione. Partendo dal presupposto che l'esperienza di infertilità è un evento potenzialmente stressante e condiviso all'interno della coppia (Maroufizadeh et al., 2018), viene spiegata la teoria dell'attaccamento, adottata come quadro teorico, con particolare riferimento alla successiva elaborazione di Bartholomew & Horowitz (1991) che spiega il legame di attaccamento nell'ambito delle relazioni romantiche. In seguito si approfondisce si conclude il ruolo ricoperto dal genere, dall'identità e dall'immagine corporea in coppie infertili e si conclude con una panoramica riguardante la soddisfazione relazionale e qualità di vita di coppie infertili.

Il secondo capitolo è interamente dedicato alla ricerca. Nella prima parte, sono stati riportati gli obiettivi dello studio e le specifiche ipotesi di ricerca formulate sulla base dell'analisi bibliografica. Segue una descrizione del campione e dei criteri di inclusione adottati per la selezione dei partecipanti idonei a far parte dello studio. Successivamente sono riportate le specifiche modalità di reclutamento, le procedure per la diffusione e somministrazione della batteria di questionari, nonché una descrizione delle caratteristiche di ciascun strumento utilizzato per indagare le variabili oggetto di studio.

Nella seconda parte, sono illustrati i metodi di analisi statistica e i risultati ottenuti riguardo ai costrutti psicologici sperimentati dai partner che affrontano una diagnosi di infertilità e il loro impatto sulla soddisfazione di coppia. La letteratura esistente sottolinea l'importanza dell'apprezzamento corporeo per le persone, specialmente le donne, affrontando l'infertilità. Tuttavia, i risultati indicano che, sebbene i livelli di

apprezzamento corporeo siano più bassi nelle donne rispetto agli uomini, ciò non influisce significativamente sulla soddisfazione di coppia. Inoltre, sia l'attaccamento ansioso sia l'attaccamento evitante risultano importanti per le coppie infertili, influenzando la soddisfazione di coppia di entrambi i partner. Lo stress correlato all'infertilità, in particolare la Preoccupazione sociale, il Bisogno di genitorialità e la Preoccupazione per la relazione di coppia, risulta inversamente proporzionale alla soddisfazione di coppia. L'elevata sintomatologia depressiva maschile influisce negativamente sulla soddisfazione di coppia percepita dagli uomini stessi, allo stesso modo della sintomatologia ansiosa maschile, che influisce negativamente sulla percezione della propria soddisfazione di coppia. Al contrario, la soddisfazione di coppia femminile non sembra essere influenzata dalla sintomatologia depressiva né dal partner maschile, nonostante le donne riportino livelli più elevati di tali sintomi.

Il terzo e ultimo capitolo è dedicato alla discussione dei risultati ottenuti per mezzo delle analisi condotte. In conclusione, sono state tracciate le considerazioni finali, sono stati delineati i limiti che si sono riscontrati nella conduzione della ricerca e sono state proposte alcune prospettive future e applicative individuate come salienti nell'ambito di studio di afferenza della ricerca stessa.

I CAPITOLO

INTRODUZIONE

1.1 L'infertilità

1.1.1 Definizione: infertilità, sterilità e ipofertilità

Per di iniziare il presente lavoro di tesi, è innanzitutto opportuno definire alcuni termini specifici, quali "infertilità", "sterilità" ed "ipofertilità" al fine di evitare l'uso improprio o errato degli stessi. Tale operazione preliminare risulta fondamentale per garantire la corretta comprensione dei concetti trattati e per evitare confusioni terminologiche che potrebbero compromettere la validità delle conclusioni raggiunte.

L'infertilità è stata descritta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *“una patologia del sistema riproduttivo definita dal fallimento nell'ottenere una gravidanza dopo 12 mesi di rapporti sessuali non protetti, o dovuta ad una compromissione della capacità riproduttiva della persona, sia come individuo che con il partner (...) L'infertilità è una malattia invalidante come un'alterazione funzionale.”* (Zegers-Hochschild et al., 2017). Per l'OMS, dunque, l'infertilità può essere definita come una “malattia invalidante” poiché si tratta di una condizione che rende, una coppia su cinque, “disabile” (Maria A. Tallandini & Valentina Morsan, 2008). Si tratta, tuttavia, di una “malattia” particolare per due motivi: in primis perché l'infertilità impedisce di realizzare un progetto ma non di vivere la propria vita. Difatti, la sofferenza che l'infertilità provoca nel soggetto che ne soffre, o per meglio dire, nella coppia, sarà vissuta in maniera più o meno impattante in base all'importanza che i soggetti infertili attribuiscono al loro desiderio di genitorialità (*vedi paragrafo 1.3.3*). In secondo luogo,

perché bisogna sempre tenere presente che, quando si parla di infertilità, ad essere coinvolto non è soltanto un soggetto, ma una coppia o addirittura una famiglia (*vedi paragrafo 1.3.2*). Risulta dunque interessante la posizione di alcuni autori secondo cui l'infertilità costituisce un campo limite della medicina, poiché l'assenza di un figlio non può essere considerata una patologia in sé (Bydlowski, 1997) ma la sofferenza che implica questa diagnosi merita l'attenzione e le cure del medico. Anche per questo motivo, negli ultimi decenni, le ricerche in ambito psicologico riguardanti il tema dell'infertilità sono aumentate.

L'infertilità è una condizione che può colpire sia l'uomo sia la donna, o entrambi i partner, in questo caso si parla di infertilità di coppia. Può accadere, tuttavia, che una coppia non sia in grado di concepire, nonostante entrambi i partner siano in buona salute e non abbiano ricevuto alcuna diagnosi. Le linee guida dell'American Society for Reproductive Medicine consigliano di iniziare gli accertamenti per determinare la presenza di ostacoli al concepimento solamente dopo dodici mesi di rapporti liberi ¹; se, tuttavia, la donna ha già superato i 35 anni o soffre di altre patologie quali, ad esempio, endometriosi o infezioni utero-ovariche, questo limite può essere abbassato a sei mesi.

È interessante notare che Valoriani ha proposto nel 2011 una definizione ancor più precisa di infertilità, che distingue tra infertilità primaria e infertilità secondaria, abbandonando il termine "sterilità" (Vania Valoriani, 2011). Risulta a questo punto necessario sottolineare la differenza concettuale esistente tra "infertilità" e "sterilità" poiché, purtroppo, tali definizioni sono state spesso usate a sproposito o confuse tra loro, sia in ambito etico, medico o legislativo: con il termine sterilità, ci si riferisce a una condizione fisica permanente e irreversibile che rende impossibile la procreazione,

¹ Fonte: <https://www.reproductivefacts.org/topics/topics-index/infertility/>

mentre con il termine infertilità, ci si riferisce alla difficoltà o impossibilità di concepire dopo un anno o più di rapporti mirati ². Inoltre, l'infertilità primaria riguarda coppie che non hanno mai avuto una gravidanza clinica precedente alla diagnosi di infertilità, mentre l'infertilità secondaria si riferisce a coppie che hanno difficoltà nel concepire il secondo figlio dopo che la prima gravidanza clinica, ottenuta naturalmente, è andata a buon fine (Cecotti, 2004).

Negli ultimi anni è diventato sempre più uso comune utilizzare il termine “ipofertilità” al posto di infertilità per due ragioni principali. La prima ragione è di natura medica e si riferisce al fatto che l'infertilità totale è rara (Invitto, 2009). La seconda ragione è di natura psicologica e si riferisce al fatto che l'utilizzo del termine ipofertilità che indica la riduzione - e non l'assenza - della capacità riproduttiva del soggetto, potrebbe aiutare la coppia a non perdere la speranza di poter ottenere una gravidanza. In questo modo, si evita di creare un senso di disperazione e si incoraggia la coppia a cercare soluzioni e trattamenti per superare le difficoltà di concepimento (Quintili & Luppoli, 2009).

1.1.2 Epidemiologia

Secondo i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'infertilità colpisce circa il 15% delle coppie in Italia, mentre a livello mondiale interessa circa il 10-12% delle coppie³. In particolare, i dati raccolti dal Registro Nazionale sulla Procreazione Medicalmente Assistita indicano che l'infertilità maschile colpisce il 35,4% delle coppie, quella femminile il 35,5%, mentre quella combinata, maschile e femminile, il 15%. In alcuni casi, gli esami diagnostici non riescono a individuare una causa specifica per le

² Questa definizione di infertilità sarà adottata come riferimento nel presente elaborato.

³ Fonte, aggiornata al 17/12/2019: <https://www.iss.it/infertilit%C3%A0-e-pma>

difficoltà della coppia ad ottenere una gravidanza, e in questi casi si parla di infertilità idiopatica, che è stimata aggirarsi al 13,2%.⁴

L'infertilità, dunque, è una condizione in costante aumento, e sembra essere causata da una combinazione di fattori. Da un lato, il contesto sociale e culturale, con le sue trasformazioni, ha posticipato la nascita del primo figlio. Dall'altro lato, l'aumento delle malattie a trasmissione sessuale e i fattori ambientali, come l'inquinamento, le sostanze tossiche e uno stile di vita poco sano, hanno ridotto, negli uomini, la percentuale di spermatozoi per millimetro e la loro motilità (Riccio, 2017).

1.1.3 Eziopatogenesi dell'infertilità

L'eziopatogenesi dell'infertilità, se guardata da un punto di vista clinico, può essere attribuita a diversi fattori: alterazioni morfologiche o funzionali dell'apparato riproduttivo maschile e femminile, fattori genetici-biologici e fattori ambientali. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'età rappresenta un fattore che può ostacolare il concepimento e l'inizio di una gravidanza per entrambi i sessi, seppur in misura maggiore per la donna, che inizia a sperimentare una maggiore difficoltà nel concepimento a partire dai 35 anni, a causa della riduzione fisiologica della riserva ovarica. L'età dei due partner è, infatti, inversamente proporzionale alle probabilità di successo nel concepimento, sia naturale sia ottenuto tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Altri fattori di rischio per la fertilità includono l'assunzione di grandi quantità di alcol o sostanze stupefacenti compreso il doping, il fumo, fattori inquinanti, obesità o magrezza eccessiva (entrambe le condizioni possono causare squilibri ormonali e/o mestruali),

⁴ Fonte, aggiornata al 5/01/22: <https://www.iss.it/infertilità-e-pma>

infezioni sessuali, malattie sistemiche, fattori iatrogeni (come le terapie antitumorali) e fattori di natura sessuale (come impotenza e vaginismo) e psicologica.

Per quanto riguarda l'infertilità femminile, le cause possono essere attribuite ad alterazioni dell'apparato genitale di origine tubarica, ormonale, uterina o dovute a malattie sistemiche o genetiche. È importante sottolineare che il fattore ormonale è un elemento importante nella regolazione del ciclo mestruale e della fertilità femminile. La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), i disordini tiroidei e la ridotta riserva ovarica possono causare alterazioni ormonali e del ciclo mestruale che possono portare a situazioni di anovulazione e di conseguente infertilità. Inoltre, le anomalie nella morfologia e nella funzionalità delle tube di Falloppio possono causare infertilità, poiché sono gli organi che consentono l'incontro tra i gameti femminili e quelli maschili. Le cause più comuni di danni tubarici sono le infezioni pelviche (PID), gli interventi chirurgici addominali, l'endometriosi o le malformazioni dell'utero. Anche le alterazioni della cervice uterina possono impedire o ostacolare la risalita degli spermatozoi nell'utero e verso le tube. Infine, la fertilità femminile può essere ostacolata dalla presenza di malattie sistemiche, fattori nutrizionali o abitudini di vita. È importante sottolineare che la prevenzione e la gestione di questi fattori di rischio possono contribuire a migliorare le probabilità di concepimento e di successo delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Anche nell'uomo i fattori che possono contribuire a determinare una condizione di infertilità sono molteplici ed eterogenei: l'infertilità maschile è spesso associata a una produzione insufficiente di spermatozoi, come azoospermia, cripto-azoospermia o necrozoospermia, oppure ad anomalie nella qualità degli spermatozoi prodotti. Le cause eziopatogenetiche maschili di matrice medica riguardano tutte le patologie che determinano un'alterazione strutturale e funzionale del testicolo o del pene, tra cui le

infiammazioni genitali, il varicocele, le patologie testicolari (traumi, torsioni, orchite, neoplasie, criptorchidismo), l'ipospadia, le alterazioni ormonali e le malattie sistemiche (ad esempio, le malattie autoimmuni (Cecotti, 2004)). Sono stati riscontrati anche fattori genetici e legati a infezioni sessualmente trasmissibili tra le possibili cause di infertilità maschile. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) evidenzia alcuni fattori di rischio specifici per la fertilità maschile, come l'esposizione a radiazioni, a sostanze tossiche, a inquinanti prodotti dal traffico urbano, al fumo di sigaretta, microtraumi o la presenza di uno stile di vita stressante. È importante sottolineare che, come per la donna, la prevenzione e la gestione di questi fattori di rischio possono contribuire a migliorare le probabilità di concepimento e di successo delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

L'infertilità è una condizione complessa che coinvolge entrambi i membri della coppia e non dovrebbe essere considerata come un problema del singolo individuo. La classificazione dell'OMS, che comprende l'infertilità tra le patologie del sistema urino-genitale, potrebbe non riflettere appieno gli effetti psicologici di una diagnosi di infertilità su entrambi i partner (Maroufizadeh et al., 2015; Peterson et al., 2007). È importante sottolineare che l'infertilità può avere un impatto significativo sulla salute mentale e sul benessere psicologico dei membri della coppia, a prescindere da chi dei due sia il portatore (De Pascalis, et al. 2014), causando stress, ansia, depressione e, in generale, vari problemi nella relazione. Inoltre, la condizione di infertilità può richiedere l'accesso a trattamenti medici costosi e invasivi, che possono ulteriormente aumentare lo stress e l'ansia. È quindi fondamentale che la diagnosi e il trattamento dell'infertilità siano affrontati come una difficoltà di coppia, coinvolgendo entrambi i partner e fornendo supporto psicologico adeguato (Cecotti, 2004). In questo modo, si può contribuire a

migliorare la qualità della vita dei membri della coppia e aumentare le probabilità di successo dei trattamenti di procreazione medicalmente assistita.

In alcuni casi, l'educazione alla fertilità può essere sufficiente per ottenere il concepimento. Gli interventi educativi possono riguardare l'individuazione del momento appropriato (rispetto al ciclo della donna) per avere un rapporto sessuale, l'introduzione di modifiche al proprio stile di vita (come la cessazione del fumo o dell'uso di droghe) o cambiamenti nella dieta. In altri casi, invece, potrebbe essere necessario l'uso di ormoni per promuovere l'ovulazione, il trattamento di determinati disturbi medici come il diabete o la proposta di procedure chirurgiche per l'occlusione delle tube.

Le tecniche di PMA, come la fecondazione in vitro o l'iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi, possono essere prese in considerazione quando gli approcci sopra elencati non hanno successo (Graham et al., 2023). Tuttavia, è doveroso sottolineare che queste tecniche oltre che essere costose e invasive e possono comportare rischi per la salute fisica e psicologica della donna e della coppia, se non adeguatamente assistita e accompagnata in questo percorso.

1.2 La procreazione medicalmente assistita (PMA)

1.2.1 Le tecniche di PMA

La procreazione medicalmente assistita (PMA), più comunemente detta “fecondazione assistita”, prevede una serie di tecniche utilizzate per favorire il concepimento in coppie con diagnosi di infertilità, mediante la manipolazione di ovociti, spermatozoi o embrioni; si può fare riferimento a tecniche di primo, secondo e terzo livello.

Le tecniche di primo livello sono le più semplici e le meno invasive e sono caratterizzate dal fatto che la fecondazione si realizza all'interno dell'apparato genitale femminile, infatti, quando ci si riferisce ad esse si parla di fecondazione in vivo.

Tra queste tecniche rientrano:

1. L'induzione di un'ovulazione multipla con terapia farmacologica;
2. La crioconservazione dei gameti maschili;
3. L'inseminazione intrauterina (IUI), di tipo meccanico, prevede l'introduzione del seme maschile nella cavità uterina attraverso un catetere molto sottile mentre viene monitorato il ciclo di ovulazione della donna per implementare la possibilità che avvenga l'incontro tra il gamete maschile e quello femminile in utero. Questo intervento è associato ad un trattamento in laboratorio degli spermatozoi e anche all'introduzione dell'ovulazione della donna per via farmacologica, con l'obiettivo di aumentare le possibilità di successo.

Le tecniche di secondo e terzo livello sono invece più complesse ed invasive e prevedono la fecondazione in vitro. In questi due casi avviene la manipolazione dei gameti maschili e/o femminili dei quali viene favorita la fusione in un terreno di coltura o al

microscopio per poi trasferirli nel corpo della donna. Tra questi interventi annoveriamo la FIVET, la ICSI e la GIFT (anche se quest'ultima non è più utilizzata per il basso tasso di successo).

La FIVET (*Fertilization In Vitro Embryo Transfer*) o IVF (*In Vitro Fertilization*) comprende diverse fasi e prevede che ovociti e spermatozoi vengano posti insieme in una piastra con un terreno di coltura adatto lasciando che gli spermatozoi penetrino l'ovocita in modo naturale. L'obiettivo è quello di ottenere embrioni già fecondati da trasferire successivamente nell'utero materno.

Il protocollo FIVET inizia con la soppressione degli ormoni ipofisari, per impedire che avvenga l'ovulazione spontanea e che quindi l'ovocita maturi prematuramente rispetto alle tempistiche del trattamento. La seconda fase prevede la stimolazione dell'ovaio attraverso la somministrazione di farmaci specifici - le gonadotropine - al fine di indurre la crescita di più follicoli. Tale processo viene monitorato mediante prelievi di sangue ed ecografie transvaginali che permettono di valutare la crescita dei follicoli e il valore dell'estradiolo: quando si raggiungono i livelli adeguati si può passare alla terza fase, ossia il prelievo ovocitario (pick-up) e quello dello sperma. Il pick up avviene sotto anestesia locale per via transvaginale: si raggiungono tramite un ago i follicoli e si aspira il liquido follicolare. Un problema che può verificarsi in questa fase è che il numero di ovociti prelevati non sempre corrisponde al numero dei follicoli e non tutti gli ovociti sono maturi ed idonei per la fecondazione. Lo stesso giorno è richiesto al partner di produrre un campione di liquido seminale (in alternativa si può usare il seme precedentemente congelato). Inizia così la quarta fase, detta inseminazione: il numero di ovociti inseminati dipende solitamente da due fattori, ossia il numero di embrioni che la coppia richiede di impiantare e se la coppia ha firmato o meno il consenso per l'eventuale

congelamento di embrioni in esubero, visto che la legge in vigore non permette di sopprimere embrioni se sono vitali (*vedi paragrafo 1.3.1*). Tuttavia, non sempre tutti gli ovociti inseminati fecondano. La riuscita del processo di formazione embrionaria rende possibile il trasferimento in utero dopo 48-72 ore mediante l'inserimento nella cervice uterina degli embrioni "migliori" (questa fase viene denominata transfer): se l'embrione si impianta nell'utero ha inizio la gravidanza.

La ICSI (IntraCyttoplasmatic Sperm Injection) è una tecnica prevalentemente utilizzata nei casi di infertilità maschile e consiste nella microiniezione di un singolo spermatozoo direttamente all'interno della cellula uovo. Una volta avvenuta la fecondazione, l'embrione viene trasferito in utero. Qualora ci fossero problemi di azoospermia, per il prelievo degli spermatozoi si utilizzano le seguenti tecniche: Aspirazione Percutanea di Spermatozoi per via Testicolare (TESA), Estrazione di Spermatozoi per via Testicolare (TESE), Aspirazione Microchirurgica di Spermatozoi dall'Epididimo (MESA), Aspirazione Percutanea di Spermatozoi dall'Epididimo (PESA), che possono essere realizzate in cicli "a fresco" o "da scongelamento".

Per quanto riguarda tutte queste tecniche sopra elencate, ad eccezione dell'induzione all'ovulazione, possiamo parlare di fecondazione omologa o eterologa (Cecotti, 2004); la fecondazione omologa prevede l'utilizzo dei gameti dell'uomo e della donna che si sono sottoposti alla PMA mentre la fecondazione eterologa consiste nell'utilizzo di uno o entrambi i gameti provenienti da un donatore esterno alla coppia (si parla quindi di donazione di gameti). Nella fecondazione eterologa, la coppia attinge a gameti (maschili, femminili o entrambi) di un donatore, quindi non appartenenti al proprio patrimonio: il figlio non avrà dunque legame genetico con uno o entrambi i genitori.

1.2.2 Epidemiologia

Dalla nascita della prima bambina-PMA, Louise Brown, avvenuta in Inghilterra circa quaranta anni fa, nel 2020 si stima che più di 10 milioni di bambini siano stati concepiti grazie all'utilizzo delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. In Italia, dal 2005 ad oggi si ha avuto un incremento del 35% di coppie trattate e, dalle statistiche, è emerso che in un ciclo su quattro le donne che vi si sottopongono hanno un'età superiore ai 40 anni⁵.

Nel territorio italiano, nel 2021, sono attivi 340 centri di PMA, di cui 138 di I livello e 202 di II e III livello. Sono stati iniziati 108.067 cicli di trattamento PMA (Procreazione Medicalmente Assistita), inclusi cicli con donazione di gameti, sia di II e III livello – che comprendono FIVET (fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero), ICSI (fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma), FER (fecondazione con utilizzo di embrioni crioconservati) e FO (fecondazione con impiego di ovociti crioconservati) – sia di I livello ovvero inseminazione intrauterina IUI. È quanto emerge dal Report del Registro nazionale PMA dell'ISS per il Ministro della Salute che ha relazionato al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita - anno 2021, pubblicato a novembre 2023. Tali trattamenti hanno portato ad ottenere 23.404 gravidanze ottenute, 2.970 gravidanze perse al follow-up (12,7%) e 16.625 bambini nati vivi, che rappresentano il 4,2% del totale dei nati in Italia nel 2021 (400.249 nati vivi, Fonte: ISTAT).⁶

⁵ Fonte: <https://www.eshre.eu/>

⁶ Fonte, aggiornata al 21/12/2023: <https://www.epicentro.iss.it/pma/aggiornamenti>

Nella seguente tabella è presentato una sintesi dell'attività e del monitoraggio delle gravidanze degli anni 2014 – 2021 (Figura 1.1)

N° di coppie trattate	70.826	74.292	77.522	78.366	77.509	78.618	65.705	86.090
N° di cicli iniziati	90.957	95.110	97.656	97.888	97.509	99.062	80.099	108.067
N° di nati vivi	12.720	12.836	13.582	13.973	14.139	14.162	11.305	16.625
Nati vivi su nati da popolazione generale (%)	2,53	2,64	2,87	3,05	3,22	3,37	2,79	4,15

Tecniche di II e III livello
(tecniche a fresco, scongelamento di embrioni e di ovociti,
donazione di gameti maschili e femminili)

Figura 1.1 Sintesi monitoraggio di trattamenti e gravidanze anni 2014-2021

Risulta interessante, inoltre, notare la differenza nell'attività dei centri di PMA tra il 2019, il 2020 e il 2021: L'Italia è stato il primo paese Europeo a dover fronteggiare la diffusione dell'infezione da SARSCoV-2 da fine gennaio 2020. Da febbraio 2020 il contagio si è diffuso a dismisura e molti casi sono stati scoperti soprattutto nelle regioni del nord Italia. È stato necessario allestire un sistema di Sorveglianza dei casi di infezione presso l'Istituto Superiore di Sanità. Proprio questo Sistema di Sorveglianza, gestito dalle Regioni in collaborazione con l'ISS, ha permesso di delineare nel dettaglio l'impatto della infezione Covid-19 nelle diverse Regioni e province. Per non gravare sul Sistema Sanitario Nazionale, che ha dovuto adeguarsi al ricovero di un numero esponenziale di pazienti in un brevissimo lasso temporale, tutte le procedure mediche non ritenute urgenti sono state sospese o procrastinate con un Decreto del Governo emanato il 9 marzo 2020. Fra le procedure non urgenti sono stati inclusi i trattamenti di PMA. Soltanto la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici con tecniche di crioconservazione di gameti e tessuto gonadico sono proseguite perché non differibili. Sebbene dopo il primo periodo di "lockdown" nel mese di giugno 2020 l'attività dei centri di PMA sia gradualmente ripresa, durante tutto l'arco dell'anno in alcune regioni l'attività è stata

frequentemente sospesa soprattutto nelle strutture pubbliche sempre in relazione alla numerosità di casi di infezione con ricovero per quella determinata Regione.

Il 2021 si caratterizza invece per un'evidente ripresa dell'attività sia in termini di procedure eseguite che in termini di bambini nati. Rispetto al 2020 si registra un incremento percentuale del 36% delle procedure iniziate, e del 12% rispetto al 2019. Il trend del numero di cicli iniziati, in crescita fino al 2019 è ripreso anche rispetto al periodo precedente la pandemia. Nel grafico successivo vengono riportati i valori del triennio 2019-2021 per le tecniche di II e III livello inclusa la donazione di gameti (Figura 1.2).⁷

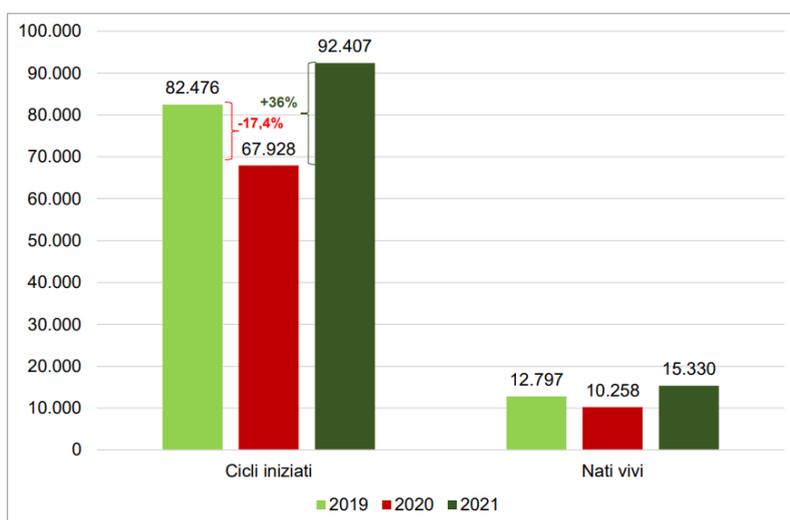


Figura 1.2 Attività di II-III livello secondo il tipo di servizio offerto dai centri. Confronto 2019-2021

⁷Fonte, aggiornata al 21/12/2023: <https://www.epicentro.iss.it/pma/aggiornamenti>

1.2.3 Il quadro legislativo italiano in merito alla PMA

In Italia la PMA è regolamentata dalla Legge n° 40 del 19 febbraio 2004 “Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”. In essa si afferma che è possibile ricorrere alla procreazione medicalmente assistita per favorire la risoluzione di problemi riproduttivi causati da sterilità o infertilità umana, elencando anche una serie di interventi a cui è possibile ricorrere. L’art. 1 della L. 40/2004 autorizza il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita esclusivamente in casi di infertilità o sterilità di coppia, se non ci sono altre metodologie terapeutiche per farvi fronte. Inoltre, tale legge riconosce l’embrione come soggetto titolare di diritti e vieta la sperimentazione sullo stesso o la selezione a fini eugenetici (ad eccezione per il diritto della selezione dell’embrione sano da quello malato ai fini della pratica di PMA, sancito con la Sentenza della Corte Costituzionale 229/201513)⁸.

Il corpus originale della legge, già fortemente discusso all’epoca della sua approvazione, ha subito nel tempo considerevoli modifiche a fronte di varie sentenze della Corte Costituzionale. Ad esempio, l’art. 4 della L. 40/2004, che regola l’accesso alle tecniche, al comma 3 inizialmente vietava il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo. Tuttavia, nel 2014, la Sentenza della Corte Costituzionale 162/2014 ha dichiarato costituzionalmente illegittimo il suddetto comma dell’art. 4 considerandolo un limite alla capacità di autodeterminazione individuale e al diritto di formare una famiglia. Grazie a questa sentenza, le coppie italiane infertili possono ricorrere alla donazione di gameti sia maschili sia femminili, anche contemporaneamente (donazione doppia). Viene inoltre specificato che il donatore di gameti non detiene nessun tipo di relazione con i nati da fecondazione eterologa.

Nel 2015, un'ulteriore Sentenza della Corte costituzionale (96/2015⁸) permette anche alle coppie fertili, ma portatrici di patologie genetiche trasmissibili, il diritto di accesso alla PMA.

È importante evidenziare che in Italia non tutte le coppie possono accedere ai trattamenti di PMA. Infatti, l'art. 5 della legge 40/2004 sancisce i requisiti soggettivi che devono avere i partner per sottoporsi ai trattamenti di procreazione medicalmente assistita: si deve trattare di coppie maggiorenni, di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile ed entrambi viventi. Tale articolo impedisce, quindi, alle coppie same-sex e alle persone single di ricorrere alle tecniche di PMA su suolo italiano. Inoltre, la normativa vieta ogni forma di gravidanza surrogata, divieto esteso anche alla gravidanza altruistica e a quella portata avanti con fini commerciali. L'impianto eteronormativo che fa da cornice alla legge 40/2004, ha contribuito all'emergere del fenomeno cosiddetto del "turismo procreativo" o "Assistenza Riproduttiva Transfrontaliera", ovvero il processo di migrazione delle coppie omosessuali/persone singole italiane che si spostano per scopi riproduttivi verso Paesi con migliori prospettive economiche, diverse condizioni culturali e/o quadri legislativi maggiormente permissivi (Zanini, 2011).

Il capo IV della legge 40 descrive infine la regolamentazione delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Con l'introduzione della Legge 40, infatti, è stato istituito con decreto del Ministro della Salute, presso l'Istituto Superiore di Sanità, il registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, grazie al quale è

⁸ Sentenza della Corte Costituzionale 96/2015:
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2015&numero=96>

possibile avere informazioni relative a quante coppie si sottopongono a PMA ogni anno e a che tipo di tecnica ricorrono.

Nel 2015 è stata formalmente riconosciuta, attraverso la stesura delle Linee Guida, la necessità di consentire alle coppie che si affacciano al mondo della PMA di usufruire di una consulenza adeguata, che sia attenta alle necessità psicologiche dei richiedenti. In ogni centro in cui si effettua PMA, si possono ora trovare tre tipologie specifiche di consulenze offerte alle coppie:

- consulenza decisionale: consente ai membri della coppia di maturare una scelta consapevole in merito al consenso a procedere con l'applicazione delle tecniche di PMA proposte.
- consulenza di sostegno: utile per supportare la coppia nella gestione dello stress.
- consulenza terapeutica: aiuta la coppia a promuovere strategie che consentano di gestire le conseguenze dei trattamenti, le proprie aspettative, l'eventuale frustrazione del desiderio di un figlio biologico.

1.2.4 I rischi associati alle tecniche di PMA

Le diverse tecniche di procreazione medicalmente assistita sono state associate a diverse problematiche ed esiti ostetrici e perinatali avversi, che possono coinvolgere sia il neonato sia la madre. Per quanto riguarda il neonato, si fa riferimento principalmente a difetti alla nascita o disturbi dello sviluppo neurologico. Per la madre, i rischi riguardano l'obesità, il diabete a esordio precoce e malattie cardiovascolari.

Rispetto ai rischi connessi alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, uno dei più evidenti ed importanti è quello che riguarda il trasferimento di più embrioni. Esso,

infatti, correla con l'aumento delle possibilità che si verifichi un parto multiplo o un parto pretermine, con tutte le concomitanti menomazioni associate a quest'ultimo (Reig & Seli, 2019)⁹. Attualmente, si sta seguendo la direzione del trasferimento di un singolo embrione per ridurre il rischio di parto multiplo e dei disturbi neurologici successivi, come la paralisi cerebrale (Spangmose et al., 2021; Sullivan-Pyke et al., 2017). In supporto a questa strategia, una ricerca ha dimostrato una diminuzione dei casi di paralisi cerebrale nei paesi nordici dal 1990 al 2014, attribuita all'aumentata pratica del trasferimento di embrioni singoli e la conseguente riduzione delle nascite multiple (Spangmose et al., 2021).

In riferimento alla fecondazione in vitro (IVF), dal punto di vista materno, è stato riscontrato dalla letteratura recente, un aumentato rischio di disturbi ipertensivi della gravidanza, complicanze placentari (come il distacco o l'emorragia del terzo trimestre), parto pretermine, e la necessità di un taglio cesareo (Luke, 2017; Sullivan-Pyke et al., 2017). Inoltre, può verificarsi la presenza di disturbi specifici, tra cui quelli cardiaci, del tubo neurale, del palato gastrointestinale e genitourinario, sebbene i risultati in questo ambito siano contrastanti. Tra gli esiti avversi che possono verificarsi con l'utilizzo dell'IVF nei confronti del bambino, si riscontra comunemente l'anomalia del peso, in particolare il basso peso alla nascita (LBW): a questo proposito esiste una letteratura che mostra come i neonati LBW siano esposti a maggiori rischi neonatali ed anche a esiti avversi a livello metabolico che possono verificarsi durante la vita come l'obesità, l'ipertensione e il diabete (Arends et al., 2005; Jaquet et al., 2000, 2002, 2003).

⁹ Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, & Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2012).

Ulteriori rischi che sembrano essere associati alle gravidanze IVF riguardano la presenza di difetti congeniti e disturbi dell'imprinting, ossia una classe di anomalie congenite che colpiscono la crescita, lo sviluppo ed il metabolismo (Tararbit et al., 2011; Vermeiden & Bernardus, 2013).

In conclusione, si può affermare che la gamma di fattori che può influenzare negativamente la prole nata a seguito dell'utilizzo di tecnologie di riproduzione assistita è molto vasta, per cui resta molto complesso riuscire a determinare con certezza la relazione tra le tecniche di PMA e gli esiti (Berntsen et al., 2021). Una modalità per arginare i possibili rischi po' essere individuata, come già accennato, nel trasferimento di un singolo embrione, in questo modo sembrerebbe possibile arginare gli esiti avversi per la madre e per il bambino.

Nonostante la gravità dei rischi associate alle tecniche di PMA, la ricerca medica e i riscontri con la letteratura sembrano convergere nell'affermare che le tecniche di riproduzione medicalmente assistita, con particolare riferimento alla fecondazione in vitro, sono trattamenti sicuri e spesso di successo per la cura dell'infertilità, poiché la maggior parte dei bambini nati mediante queste tecnologie risulta essere sana.

1.3 L'impatto psicologico dell'esperienza di infertilità nella coppia: una prospettiva diadica

1.3.1 L'infertilità come evento paranormativo

La scoperta dell'infertilità mette di fronte alla coppia, che desidera formare una famiglia e avere figli, una situazione di blocco nel loro percorso evolutivo, che richiede una completa riorganizzazione. I partner si trovano così ad affrontare sfide aggiuntive e specifiche rispetto al normale ciclo evolutivo familiare. Il paradigma sistemico-relazionale presta particolare attenzione ai momenti critici nel ciclo di vita familiare, noti come transizioni, durante i quali la famiglia è chiamata a riorganizzarsi a seguito di eventi che destabilizzano l'equilibrio precedentemente mantenuto (Malagoli Togliatti & Lubrano Lavadera, 2017).

Secondo la categorizzazione proposta da Scabini e Cigoli (2000), gli eventi che vanno ad influenzare l'assetto interattivo familiare e a provocare periodi di transizione e riadattamento, possono essere distinti in due categorie: gli eventi normativi, che sono attesi e prevedibili, e quelli paranormativi, che sono inattesi, difficilmente o non prevedibili. Nella prima categoria rientrano tutti quegli avvenimenti che la maggior parte degli individui e delle famiglie incontra nel corso del proprio ciclo di vita, come ad esempio il matrimonio, i figli o la morte di un familiare anziano. Gli eventi paranormativi in genere mettono la famiglia di fronte a difficoltà maggiori rispetto a quelli normativi, in quanto troviamo situazioni imprevedibili che possono emergere improvvisamente nella vita di una famiglia, e che richiedono un aggiustamento degli equilibri mantenuti fino a quel momento dal sistema familiare. Alcuni esempi possono essere una grave crisi economica, una malattia, la morte di un figlio o, appunto, la scoperta della condizione di infertilità all'interno della coppia (Scabini & Cigoli, 2000).

1.3.2 La dimensione intergenerazionale

Considerare l'infertilità esclusivamente come una questione medica e psicologica risulta essere una scelta riduttiva: è essenziale ampliare la prospettiva e riconoscere tale situazione come un problema sociale, dal momento che ostacola la realizzazione di uno dei ruoli fondamentali a livello sociale e comunitario, quello della genitorialità. Per Scabini e Cigoli (2000), infatti, la componente fondamentale che contraddistingue la famiglia e la differenzia da un altro gruppo o aggregato umano è la generatività, il fatto generativo: *“la famiglia è quel corpo sociale che genera un nuovo essere umano, una nuova persona, legando tra loro, collegando, mettendo in relazione generi, generazioni e stirpi”* (Scabini & Cigoli, 2000). La specificità della relazione familiare risiede dunque nei processi di legame interpersonale (tra coniugi e fratelli), intergenerazionale (tra le famiglie di origine e la nuova famiglia, tra genitori e figli), transgenerazionale (tra stirpi) e di intermediazione (tra famiglia e comunità). Gli autori pongono particolare attenzione alla differenza tra intergenerazionale e transgenerazionale: l'intergenerazionale è il rapporto tra le generazioni, lo scambio tra più generazioni, con le differenze tra di esse. Il transgenerazionale, invece, riguarda il rapporto tra stirpi, che porta con sé differenti tradizioni, costumi e credenze, (come miti, valori e segreti che si sono depositati nel tempo). Partendo da queste definizioni, possiamo immaginare la coppia come un dispositivo di mediazione intergenerazionale e sociale.

Risulta quindi importante tenere presente che la diagnosi di infertilità ha un forte impatto non soltanto sulla dimensione di coppia ma anche su tutta la rete familiare allargata: siamo all'interno della dimensione intergenerazionale. Secondo Boszormenyi-Nagi e Spark (1973) ad un livello inconsapevole, esiste infatti un insieme di leggi, aspettative condivise e non scritte che regolano le relazioni tra i membri della famiglia

attraverso una sistema di debiti e crediti: questo concetto prende il nome di “lealtà familiare invisibile” (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1988). Per gli autori, dunque, la fiducia tra i vari membri della famiglia, in ottica intergenerazionale, è il risultato di scambi fondati sulla reciproca lealtà. Ad esempio, gli scambi di cura tra genitori e figli e tra questi e i loro figli sarebbero finalizzati in parte a ripagare i propri genitori per quello che hanno ricevuto. All’interno di questa cornice, la coppia con problemi di infertilità potrebbe percepire l’impotenza di concepire un figlio come un’incapacità a saldare il debito di riconoscenza verso i propri genitori. Inoltre, le aspettative riposte da parte dei familiari sugli aspiranti genitori potrebbero portare la coppia infertile a sentirsi schiacciata dalla pressione e dal disagio sociale. Tali sentimenti dolorosi possono condurre i partner ad isolarsi dalla propria famiglia d’origine, evitando di partecipare alle occasioni di incontro in cui potrebbero trovarsi a dover fronteggiare confronti o “domande scomode”.

Il paradigma sistemico-relazionale invita il clinico che lavora con coppie in cerca di un figlio con le tecniche di PMA, ad indagare i significati sottesi al desiderio di generatività, in un’ottica intergenerazionale. Sul bambino, infatti, possono essere facilmente spostati significati di cambiamento, di riparazioni, di rottura, di risarcimento, di affermazione di sé, di conferma di un modello e così via. I terapeuti della famiglia si sono tradizionalmente occupati delle dinamiche trigenerazionali, in particolar modo riguardo ai mandati che possono bloccare evolutivamente una coppia. Per questo motivo, lo snodo focale del lavoro terapeutico riguarda la trasformazione dell’assenza del figlio desiderato da agente bloccante in elemento evolutivo (Riccio, 2017). Il clinico parte con l’identificare la collocazione del bambino nella mente di entrambi i partner, in modo da riuscire successivamente a costruire una rappresentazione possibile favorevole per la vita

della coppia, sganciata da significati, aspettative e proiezioni (ad esempio delle famiglie di origine).

1.3.3 Involuntary childness e desiderio di genitorialità

In letteratura, per identificare la situazione in cui si trovano le persone che, pur avendo il desiderio di accedere alla genitorialità non riescono ad avverarlo, si usa il termine *involuntary childness*: *“condizione che si verifica in una persona col desiderio di avere un figlio, che non ha mai partorito un bambino vivo o non è genitore legale o socialmente riconosciuto di un bambino. Una delle principali cause di sterilità primaria involontaria è l’infertilità”* (WHO, 2017). Tale definizione presuppone che la scelta di avere un figlio da parte di entrambi i partner sia volontaria e che, quindi, alla base ci sia un forte e reale desiderio da parte della coppia di essere generativa. All’interno del modello relazionale-simbolico (Scabini & Iafrate, 2019) si evidenzia che nel ciclo di vita della famiglia è proprio il desiderio di genitorialità a segnare l’inizio, per la coppia, di una nuova fase, denominata *“transizione alla genitorialità”*: in questo importante arco temporale la coppia passa dal patto coniugale al patto genitoriale e dal legame coniugale al legame genitoriale. Tale passaggio si fonda sul progetto generativo della coppia che consente ai partner, dopo aver rinsaldato il legame di reciprocità che li unisce, di approdare alla possibile inclusione di un terzo nella relazione (Scabini & Cigoli, 2000). La dimensione generativa può, ma non deve necessariamente, essere rappresentata dal desiderio di genitorialità, in quanto l’esperienza generativa della coppia può declinarsi in svariate forme come, ad esempio, l’impegno sociale. Per la maggior parte delle coppie che non riescono a concepire, il rischio di separazione aumenta nel momento in cui diventa evidente l’incapacità dei due partner di rinnovare una progettualità condivisa (Riccio, 2017).

Il desiderio di un figlio nasce dalla condivisione di una dimensione progettuale, che è essenziale per la coppia perché, mettendola in relazione ad un terzo, la definisce, mostrando che *“la relazione non è una sterile vicinanza di individui, ma generativa condivisione di identità”* (Scabini e Cigoli, 2000). Tale desiderio di genitorialità, che anima tutte le coppie che aspirano ad avere un figlio, si compone di diversi elementi (Riccio, 2017): vissuti provenienti dalla storia familiare intergenerazionale di ciascun partner, esperienze appartenenti alla storia di coppie e significati attribuiti dai partner ai processi procreativi. A tal proposito Zurlo (2017) parla di perinatalità psichica, ad indicare il periodo che inizia con l’elaborazione del desiderio di genitorialità, arrivando a comprendere anche tutto il primo anno di vita del figlio; tale condizione è caratterizzata dal riemergere nella psiche genitoriale di immagini, fantasie, rappresentazioni che riguardano sia l’essere bambini, sia l’essere genitori (Zurlo et al., 2017). È un momento di rielaborazione molto intenso per la coppia, nella quale si riattivano domande e conflitti che hanno caratterizzato lo sviluppo del sé e quello delle relazioni familiari, ed in cui *“le aspettative, le fantasie e le paure cominciano a delineare il profilo del futuro nascituro, ne anticipano le future caratteristiche”* (Vegetti Finzi, 1997)(Giacometti e Mazzei, 2011). Tuttavia, nella coppia con problemi di fertilità, la rielaborazione psichica dei significati connessi alla genitorialità dopo i primi mesi di tentativi falliti, inizia ad essere pervasa da paure ed ansie. Spesso, infatti, nonostante si consigli alle coppie di aspettare almeno un anno prima di fare ulteriori accertamenti, le preoccupazioni appaiono inizialmente in modo inconscio attraverso immagini oniriche e, con il passare dei mesi, vanno ad occupare uno spazio psichico cosciente sempre più significativo (Riccio, 2017).

1.3.4 L'infertilità come perdita e lutto disconosciuto

Per Vegetti Finzi convivono nella sterilità due opposte esperienze: la mancanza di un figlio nella realtà e la presenza di un figlio nella fantasia: *“la fallita realizzazione del sogno getta sull’oggetto fantasmatico l’ombra della malinconia, di contro, il tentativo di reazione può assumere l’intensità della mania. Un’alternanza ciclica che si ripropone ogni mese, quando l’ovulazione rinnova quella speranza di fertilità che ogni mestruazione trasforma poi in delusione. La traccia del sangue simboleggia una ferita che il tempo non riesce a cicatrizzare”* (Vegetti Finzi, 1997). Difatti, il percorso che la coppia desiderosa di un figlio vive prima di ottenere una diagnosi di infertilità, se ne riceve una, non è lineare. Al contrario, è stato paragonato e descritto come “una montagna russa di emozioni”: come sostiene l’autore, ogni mese la coppia è animata da pensieri positivi connessi alla rinnovata speranza di riuscire a concepire, ma anche dall’ansia delle due settimane di attesa per poter fare un test di gravidanza. Infatti, se la donna non rimane incinta, il risultato del test di gravidanza negativo è accompagnato da grande delusione e tristezza, che vengono nuovamente sostituite dalla speranza con l’inizio del nuovo ciclo mestruale.

Tali emozioni forti e contrastanti, risultano ancora più complesse poiché vanno ad intrecciarsi con quelli che sono gli aspetti identitari dei partner: sul piano simbolico, infatti, il figlio desiderato può rappresentare un completamento di sé o della coppia oppure la trasmissione intergenerazionale della propria storia. A prescindere dal significato che i soggetti possono attribuire al figlio desiderato, ciò che emerge e che sembra accomunare le coppie, è proprio l’effetto identitario che la diagnosi porta in superficie, poiché l’infertilità va a precludere l’accesso al ruolo genitoriale, di padre e di madre biologici. È dunque molto importante sottolineare che gli effetti della diagnosi di

infertilità, non si propagano solo sul presente, ma anche sulla proiezione che l'individuo infertile ha di sé stesso e del ruolo che desidera ricoprire nel futuro (Visigalli, 2015).

Come esposto precedentemente (*vedi paragrafo 1.3.2*), la dimensione sociale risulta di fondamentale importanza per delineare il quadro psicologico della coppia infertile. Gli autori Swanson e Braverman (2021) esprimono chiaramente i concetti identitari legati all'infertilità e i significati ad essi attribuiti all'interno della società, nel seguente passaggio: *“Essere genitori è spesso stato visto come un compito evolutivo essenziale per diventare adulti. In molte culture, essere genitore è una parte essenziale della posizione e del valore di una persona nella società. Inoltre, la fertilità è spesso vista come un indicatore di salute e legata all'adempimento dei ruoli di genere. Pertanto, le persone con infertilità possono essere viste come persone che non riescono a soddisfare le aspettative su cosa significhi essere un uomo o una donna nella loro comunità”* (Swanson & Braverman, 2021).

La coppia infertile si trova quindi a vivere il tema della perdita declinata in diverse sfere, per questo si parla di “perdite multiple” (Santona & Zavattini, 2005): a partire dalla perdita reale (nel caso dell'aborto), passando per quella sociale (del ruolo e dell'identità di genere), fino a toccare la perdita relazionale (figlio, coppia) e quella simbolica (aspettative, fantasie, progetti). Per citare gli autori, la coppia infertile sperimenta la perdita *“della fertilità, del figlio desiderato, della trasmissione del proprio patrimonio genetico, del bambino ideale, del bambino fantasticato, della salute, della genitorialità, dei progetti di vita e dei traguardi sessuali, della funzionalità sessuale, della soddisfazione coniugale, del controllo sui propri organi riproduttivi e del senso di normalità”* (Santona & Zavattini, 2005). Si può così assistere ad importanti cambiamenti nell'identità del singolo e della coppia (Cecotti, 2004): viene minato il caposaldo

dell'identità maschile costituito dalla potenza sessuale e dalla capacità di riproduzione; l'identità femminile nella sua componente, preponderante, legata alla non possibilità di soddisfare il desiderio di maternità; e, in ultimo, a risentire di questa condizione è l'identità di coppia che viene bloccata da un arresto del ciclo vitale (Camillis, B. D. (s.d.), 2010).

La tristezza e il vuoto provati dai partner a seguito delle perdite che sperimentano, risultano spesso di intensità tale da essere paragonate ai sentimenti che accompagnano tipicamente un lutto. Tuttavia, tali “perdite multiple”, nella maggior parte dei casi, risultano caratterizzate da un'assenza di riconoscimento, poiché esse non possono essere pubblicamente compiante, apertamente riconosciute o socialmente sostenute. Ne consegue una definizione che delinea tale lutto come “disconosciuto” (Doka, 1989, 1999, 2002; McBain & Reeves, 2019).

Inoltre, spesso, il lutto disconosciuto è correlato al lutto complicato, in quanto c'è il rischio che rimanga irrisolto, portando ad una compromissione del funzionamento quotidiano dei soggetti (Fujisawa et al., 2010; Shear, 2015).

Secondo Dakota (2002), il lutto disconosciuto si può riscontrare in una relazione non riconosciuta socialmente come, ad esempio, la perdita di un futuro figlio immaginario. Infatti, per Vegetti Finzi (1997) l'esperienza dell'infertilità si caratterizza come “*assenza del figlio, mai come inesistenza*”. Il lutto disconosciuto può inoltre riguardare una perdita non percepita come significativa per gli altri nella cultura di appartenenza, come un aborto precoce o un ciclo di PMA fallito. Spesso, infatti, all'interno della propria comunità, manca la percezione che la persona abbia subito una perdita, per cui non viene ritenuta “giustificata” a soffrire e a compiangere il lutto, soprattutto se simbolico.

Tale mancanza di riconoscimento può produrre un senso di invalidazione delle emozioni provate dai partner, traducendosi e concretizzandosi in un'assenza di supporto sociale in grado di alleviare e contenere il dolore della coppia, oppure in una ricerca attiva di isolamento da parte della stessa. Non è raro, infatti, che i pazienti con diagnosi di infertilità possono essere portati a ritirarsi, ripiegandosi su sé stessi ed isolandosi da amici e parenti. La condizione di solitudine, tuttavia, può avere importanti ripercussioni sul loro stile di vita: questo sentimento potrebbe, da un lato, portare la coppia ad incrementare gli aspetti fusionali, con la messa in atto di comportamenti protettivi, che sono difensivi rispetto ai sensi di colpa, rabbia ed inadeguatezza che entrano in gioco attraverso la diagnosi. Questa vicinanza corrisponde al bisogno della coppia di rimanere coesa per fronteggiare l'esperienza traumatica: si tratta di un meccanismo omeostatico che viene messo in atto quando ci si trova ad affrontare momenti particolarmente difficili (Soccorsi et al. 1984). Spesso però lo stare vicino non equivale ad una reale condivisione di sentimenti ed emozioni poiché, nel tentativo reciproco di proteggersi, si evita di affrontare il problema. Il rischio è che questa difesa possa irrigidirsi portando i due partner a congelare i propri stati d'animo, non permettendo alla dimensione di coppia di contenerli e prendersene cura. Dall'altro lato, in alcuni casi, la solitudine vissuta potrebbe portare i partner ad allontanarsi, spingendoli a trovare delle "soluzioni" extraconiugali. Il risultato, in entrambi i casi, è la solitudine di entrambi (Riccio, 2017).

Tali sentimenti di solitudine sono connessi e accentuati sia dai vissuti di dolore sperimentati dalla coppia per il lutto disconosciuto, sia da sentimenti d'invidia; tale emozione può svilupparsi con facilità nell'animo dei partner che sperimentano la difficoltà o l'impossibilità di procreare, inducendoli ad evitare le coppie con figli e le situazioni sociali in cui avvertono pressioni da parte degli amici o dei familiari.

1.3.5 La dimensione della sessualità all'interno della coppia infertile

Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita può portare la coppia che lo vive a sviluppare diverse complicazioni, tra cui difficoltà nella comunicazione con il partner (Martins et al., 2017) e disfunzioni sessuali (Smith et al., 2015). Con l'utilizzo delle tecniche di PMA la riproduzione diventa indipendente dalla sessualità, negando così la necessità del nesso tra sessualità e riproduzione (Preta, 1999): la qualità della vita sessuale e, più in generale, la qualità della relazione di coppia, può andare quindi a deteriorarsi. La mancata realizzazione del desiderio di concepimento, spesso porta i partner ad iniziare una "programmazione" dei rapporti sessuali, al fine di aumentare le probabilità che si instauri una gravidanza (Covington, 2015). Tuttavia, l'azione sessuale della coppia, non più guidata dal desiderio e dalla ricerca del piacere, inizia ad essere vissuta soltanto in funzione del concepimento, perdendo anche naturalezza e spontaneità. Tale situazione può provocare un calo della libido e del desiderio sessuale all'interno della coppia, spesso accompagnato dall'evitamento dei rapporti anche da parte della donna nei suoi periodi fertili (Wallach & Mahlstedt, 1985). Questa impasse nella sfera sessuale può aumentare nel momento in cui i partner iniziano a sottoporsi ad accertamenti medici, poiché la paura di ricevere una diagnosi di infertilità diventa sempre più concreta (Riccio, 2017).

Una rassegna che prende in considerazione la letteratura dal 2013 al 2017 (Lara et al., 2018) e riguardante l'impatto dell'infertilità sulla dimensione sessuale delle coppie, pone in evidenza due snodi essenziali: il primo riguarda la bassa autostima sessuale che caratterizza a parimerito sia gli uomini sia le donne portando, per entrambi i generi, ad una riduzione significativa del desiderio sessuale (Moro et al., 2003). Quando l'eziologia dell'infertilità è femminile, la donna è portata a pensare di non essere "donna" come le

altre, per cui i sentimenti che tende a provare sono quelli di isolamento e disprezzo di sé; mentre se l'eziologia è maschile, si evidenzia un aumento dell'ansia e dell'insoddisfazione sessuale nella donna, accompagnata da una sintomatologia depressiva negli uomini. Il secondo snodo riguarda il fatto che la diagnosi di infertilità con cui la coppia si confronta, vada ad inficiare l'eccitazione – il desiderio sessuale ipoattivo è la disfunzione più frequentemente correlata in entrambi i sessi (Moro et al. 2003) - l'orgasmo, la frequenza dei rapporti e la soddisfazione sessuale dei partner poiché, tra i due, esiste un'interdipendenza diadica (Purcell-Lévesque et al., 2019).

Quello dell'interdipendenza è un concetto molto importante all'interno dell'impianto teorico sistemico-relazionale, che lo definisce partendo dal presupposto che ogni membro della famiglia o della coppia non agisca in isolamento. I comportamenti e i sentimenti di ognuno, infatti, hanno conseguenze su quelli degli altri, in particolare all'interno di una relazione così stretta come quella che si ritrova in una coppia, soprattutto nella sfera della sessualità. Ovviamente la coppia non è la semplice somma delle singole dinamiche intrapsichiche dei partners: quando due soggetti formano una coppia, consapevoli o meno, agiscono una relazione particolare che mette in gioco processi fondamentali come quelli della sicurezza, del riconoscimento, dei bisogni, dei desideri reciproci, dell'appoggio narcisistico di valenze fantasmatiche come, ad esempio, il desiderio di immortalità (D'Ottavio & Simonelli, 1990).

Nel 2019, Purcell-Lévesque e collaboratori condussero uno studio sulla correlazione tra attaccamento insicuro (sia ansioso che evitante) e il funzionamento sessuale nelle donne e nelle coppie affette da infertilità. Questa ricerca evidenziò l'importanza cruciale della teoria dell'attaccamento e sottolineò il valore dell'utilizzo di disegni diadici per

esaminare la sfera sessuale delle coppie che cercano trattamenti per la fertilità (Purcell-Lévesque et al., 2019).

Risulta infine importante evidenziare che la condizione di infertilità negli ultimi anni è andata sempre più incontro ad una forte medicalizzazione e ad un aumentato focus sugli aspetti prescrittivi. Il processo di medicalizzazione si traduce, a livello pratico, in continui controlli ed esami, portando la coppia a sviluppare un'attenzione ossessiva nei confronti del proprio corpo e dei suoi ritmi riproduttivi, piuttosto che emotivi. Così facendo, si tende sempre più ad isolare la condizione di infertilità, trattandola unicamente ad un livello fisico, e mancando di attenzione circa il mondo emotivo della coppia (Testa & Graziottin, 2006). Inoltre, il lato prescrittivo delle indicazioni mediche può essere vissuto dai partner come altamente intrusivo negli equilibri di coppia (Cousineau & Domar, 2007), portando in tal modo il rapporto sessuale a perdere la sua connotazione di attività piacevole, e trasformandolo lentamente in una fonte di ansia da prestazione e di angosce (Tao et al., 2011). Considerando che i progressi della scienza possono rivelarsi infruttuosi se viene a mancare l'equilibrio emotivo all'interno della coppia (Testa & Graziottin, 2006) si rende necessario predisporre degli interventi di supporto che permettano ai partner di restare uniti in questo periodo che può essere percepito come difficoltoso e di crisi. A tale riguardo una metanalisi condotta da Frederiksen et al. (2015) ha evidenziato che il supporto psicologico potrebbe ridurre il disagio sperimentato, migliorando anche i tassi di gravidanza (Frederiksen et al., 2015).

1.3.5 Attaccamento adulto e infertilità

La teoria dell'attaccamento offre un prezioso quadro teorico per integrare e comprendere i molteplici aspetti dell'esperienza di infertilità (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987). Una diagnosi di infertilità può infatti compromettere la sicurezza dell'attaccamento individuale, scatenando comportamenti e strategie di regolazione emotiva orientati all'attaccamento (Moura-Ramos et al., 2017; Vincenzo Calvo et al., 2021). In particolare, all'interno della prospettiva dell'attaccamento romantico, la letteratura ha identificato l'amore come un legame di attaccamento, e i partner nella coppia come figure di attaccamento reciproco (Hazan & Shaver, 1987). Basandosi su queste premesse, viene di seguito esaminata la teoria dell'attaccamento secondo la prospettiva di Bowlby (1973) e l'ulteriore sviluppo fornito da Bartholomew & Horowitz (1991), che spiegano il legame di attaccamento adulto nelle relazioni romantiche.

La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1973), negli ultimi decenni, ha acquisito sempre più rilevanza e, ad oggi, è considerata una cornice teorica fondamentale per comprendere il processo di regolazione degli affetti (Donarelli et al., 2015). Si tratta di un sistema studiato da Bowlby negli anni '50 mediante l'osservazione del funzionamento di bambini istituzionalizzati e privati della presenza materna. La propensione al legame di attaccamento secondo l'autore, si basa su una predisposizione biologica ed ha come funzione quella di proteggere il neonato da molteplici pericoli (Bowlby, 1969, 1973). L'attivazione del sistema comportamentale dell'attaccamento, che si verifica quando il bambino si trova in situazioni di vulnerabilità o pericolo, ha come obiettivo quello di ricercare la vicinanza fisica con la propria figura di accudimento per soddisfare il bisogno di conforto, supporto e protezione. Il legame di attaccamento, come gli altri legami affettivi che un individuo forma nel corso della vita, è caratterizzato dal fatto di essere

persistente nel tempo, emotivamente significativo e diretto ad un individuo specifico; infatti, ciò che lo contraddistingue in modo particolare, è il senso di sicurezza e conforto evocato dalla figura di attaccamento, tanto da essere definita "base sicura" (Ainsworth et al., 1978).

La teoria dell'attaccamento di Bowlby si concentra sull'analisi della relazione tra il bambino e il caregiver. Benché l'autore abbia affermato che l'attaccamento è una caratteristica che permea l'esperienza umana "dalla culla alla tomba", è solo a partire dagli anni '80 del Novecento che i ricercatori hanno cominciato a considerare seriamente la possibilità che i processi di attaccamento potessero svolgere un ruolo fondamentale anche nell'età adulta. Hazan e Shaver (1987) sono stati i pionieri che hanno iniziato ad applicare le idee di Bowlby nel contesto delle relazioni romantiche. Il legame emotivo che s'instaura tra adulti rientra infatti nello stesso sistema motivazionale - il sistema comportamentale di attaccamento - che dà origine al legame emotivo tra i neonati e i loro caregivers (Fraley et al., 2000).

Se, quindi, le relazioni romantiche tra adulti sono ascrivibili come relazioni di attaccamento, questo comporta tre implicazioni:

- a) si dovranno osservare le stesse differenze individuali nelle relazioni adulte che Ainsworth ha osservato nei rapporti bambino-caregiver;
- b) il modo di relazionarsi adulto dovrebbe essere simile al modo in cui funzionano le relazioni bambino-caregiver;
- c) poiché i Modelli Operativi Interni sono rappresentazioni stabili che il bambino ha costruito riguardo le sue relazioni con i caregivers, la sicurezza o l'insicurezza dell'adulto nelle sue relazioni può essere una riflessione parziale delle sue esperienze primarie.

Hazan e Shaver (1987) nei loro studi hanno verificato queste ipotesi, rilevando che tra gli adulti si manifestano lo stesso tipo di differenze individuali osservate nei bambini.

Successivamente, Bartholomew e colleghi (Bartholomew & Horowitz, 1991a, 1991b; Bartholomew, 1997) hanno notato che il modello evitante assume due forme teoricamente distinte: timoroso-evitante e distanziante-evitante. Il nuovo modello presenta dunque quattro stili di attaccamento, ognuno dei quali associato a specifiche strategie di regolazione emotiva che l'individuo mette in atto di fronte a specifici eventi percepiti come minacciosi o stressanti. Gli autori sostengono, inoltre, che questi quattro tipologie di attaccamento potrebbero essere collocate all'interno di uno spazio bidimensionale a seconda delle rappresentazioni di sé e degli altri, come mostrato in tabella:

		<i>Rappresentazione di sé</i>	
		Positivo	Negativo
<i>Rappresentazione del partner</i>	Positivo	Sicuro	Preoccupato
	Negativo	Distanziante	Timoroso

Figura 1.3 I quattro stili di attaccamento secondo Bartholomew e Horowitz (1991)

Vediamo in dettagli i quattro stili di attaccamento adulto teorizzati da Bartholomew e Horowitz (1991):

- Attaccamento sicuro: un pattern di attaccamento sicuro in età adulta configura la presenza nell'individuo di un modello positivo sia di sé, sia dell'altro, con un basso livello di ansietà ed evitamento (Bartholomew & Horowitz, 1991a; Mikulincer & Shaver, 2005). A tal riguardo, si osserva la tendenza dell'individuo a sviluppare una buona autostima, ad affidarsi riconoscendo l'altro come responsivo nei suoi confronti, ad affrontare efficientemente situazioni di stress e di entrare in intimità nella relazione con l'altro,

riconoscendo l'importanza del sostegno altrui nei momenti di bisogno, pur mantenendo la propria autonomia personale (Bartholomew & Horowitz, 1991).

- Attaccamento preoccupato: l'osservazione di un pattern di attaccamento preoccupato/ansioso, a differenza di un pattern sicuro, configura la presenza nell'individuo di un modello negativo di sé ed un modello positivo dell'altro, con un alto livello di ansietà ed un basso livello riguardo la presenza di condotte evitanti (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2005). Un individuo avente un pattern preoccupato/ansioso, rendendosi dipendente dall'altro, cerca di ottenere l'approvazione, la vicinanza ed il riconoscimento da parte di quest'ultimo con il timore di essere rifiutato (Bartholomew & Horowitz, 1991).

- Attaccamento distanziante: un soggetto che presenta un pattern di attaccamento distanziante interiorizza un modello positivo di sé e negativo degli altri, con un alto livello di evitamento ed un basso livello d'ansia (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2005, 119). In questo stile di attaccamento, l'individuo distanziante tende a non fidarsi, a sviluppare aspettative negative ed a mostrarsi indipendente dall'altro, evitando qualsiasi tipo di coinvolgimento ed intimità all'interno della relazione soggetto avente un attaccamento distanziante, pertanto, minimizzerà qualsiasi bisogno di attaccamento nei confronti dell'altro, reprimendo ogni espressione emozionale (Mikulincer & Shaver, 2005).

- Attaccamento timoroso: un pattern di attaccamento timoroso/evitante, differentemente dallo stile di attaccamento distanziante/evitante, configura nella presenza dell'individuo un modello di sé e dell'altro negativo, con un elevato livello sia di ansietà sia di evitamento (Bartholomew & Horowitz, 1991). L'individuo eviterà le relazioni interpersonali, nonostante il bisogno di dipendere dall'altro, a causa del timore di essere

respinto e rifiutato (Schmidt, 2016); in questo stile di attaccamento, il soggetto percepisce sè stesso come una persona non degna di essere amata e l'altro come poco affidabile e rifiutante nei propri confronti.

Brennan e colleghi (1998), approfondendo gli studi in questa direzione, hanno suggerito un modello dimensionale di attaccamento in cui le due dimensioni fondamentali risultano essere l'attaccamento correlato all'ansia (preoccupazione se il loro partner è disponibile, sensibile, attento, ecc...) e l'attaccamento correlato all'evitamento (chiusura verso gli altri, indipendenza, ecc...). Di conseguenza, si può dedurre che un individuo con un attaccamento sicuro otterrà un punteggio basso in entrambe queste dimensioni (Brennan et al., 1998)

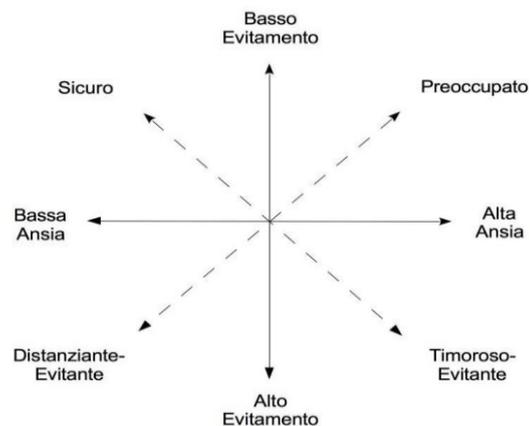


Figura 1.4 Modello dimensionale delle differenze individuali di attaccamento con rotazione a 45°, traduzione e riadattamento da Fraley & Shaver, 2010.

Alla luce di questi risultati (Brennan, et al., 1998; Fraley & Waller, 1998), attualmente, i ricercatori studiano le differenze individuali relative all'attaccamento sottolineando l'aspetto dimensionale piuttosto che categoriale.

L'attivazione del sistema di attaccamento adulto può riguardare sia minacce *attachment-related*, sia *attachment-unrelated*, tra cui è possibile ascrivere anche

l'esperienza di infertilità e tutti i trattamenti che ne derivano (Lowyck et al., 2009). Partendo da questa importante premessa, diversi studi hanno preso in considerazione le varie modalità attraverso cui l'attaccamento risulta rilevante nell'esperienza dell'infertilità di donne, uomini e coppie. La letteratura scientifica, in merito allo stile di attaccamento e agli stili di regolazione emotiva ad esso correlati, ha evidenziato in particolare il ruolo significativo che gli orientamenti dell'attaccamento possono avere nell'adattamento psicologico delle donne infertili (Calvo et al., 2014, 2022; Calvo & Bianco, 2015). Due aspetti significativi sono emersi nello studio svolto da Donarelli e collaboratori (2016): il primo si riferisce alla considerazione dell'infertilità come stressor con azione non solo nel qui e ora ma anche sul lungo periodo, poiché essa va a minare la possibilità di stabilire una nuova relazione di attaccamento, innescando un "blocco" evolutivo; il secondo riguarda la natura intrinsecamente relazionale - interdipendenza diadica - dell'esperienza di infertilità che ha ricadute non solo sull'adattamento individuale di colui che riceve la diagnosi ma anche sul partner. L'esperienza dell'infertilità è in grado di scatenare una serie di strategie di regolazione emotiva sia all'interno che all'esterno della coppia, le quali sono strettamente legate al sistema di attaccamento di ciascun individuo e, in particolare, al modo in cui essi affrontano le relazioni. Queste strategie possono variare notevolmente da persona a persona, influenzando profondamente la gestione dell'infertilità stessa: i differenti stili di attaccamento possono difatti plasmare il modo in cui l'infertilità viene percepita e affrontata non solo dal singolo ma anche dalla coppia, creando in tal modo una potenziale minaccia per il benessere emotivo e relazionale non solo dell'individuo stesso, ma anche del partner.

Analizzando il legame tra le strategie di attaccamento negli adulti e l'adattamento psicologico che le coppie infertili devono affrontare, si è difatti notato che lo stile di attaccamento e le strategie di regolazione emotiva correlate, possano influenzare l'adattamento funzionale o disfunzionale della coppia o del singolo alla situazione di infertilità.

In letteratura è stato evidenziato un collegamento tra uno stile di attaccamento ansioso ed il disagio legato all'incapacità di concepire (Bayley et al., 2009). È stato infatti osservato che l'attaccamento ansioso nelle donne coinvolte in coppie infertili svolge un ruolo di mediazione nella relazione tra il desiderio di diventare genitori e il benessere psicosociale proprio e del partner. Inoltre, le donne che danno grande importanza alla procreazione, tendono ad adottare strategie di regolazione emotiva iperattive, caratteristiche dello stile di attaccamento ansioso. È stata dimostrata una correlazione inversa tra attaccamento ansioso e autostima, relazione che è stata validata anche a livello interculturale (Schmitt & Allik, 2005). Un recente studio ha inoltre scoperto che l'attaccamento romantico ansioso è associato a una minore qualità della vita correlata all'infertilità, mentre l'attaccamento evitante è correlato in modo negativo al successo del trattamento mediante tecnologia di riproduzione assistita nelle donne (Renzi et al., 2020).

L'attaccamento evitante, nei soggetti maschili, è risultato essere un mediatore significativo tra il desiderio di paternità e il benessere psicosociale: un elevato desiderio di genitorialità correlava infatti con uno stile di attaccamento evitante e un basso livello di benessere psicosociale (Moura-Ramos et al., 2017). Inoltre, è stato notato che il disagio delle donne spesso era legato all'ansia di attaccamento dei loro compagni, mentre il disagio maschile legato all'infertilità era correlato all'evitamento delle loro compagne (Donarelli et al., 2012). La dinamica crosspartner rispetto all'orientamento

dell'attaccamento negli adulti delle coppie affette da infertilità è stata confermata anche da ricerche più recenti (Donarelli et al., 2015). Questi studi hanno rivelato che lo stress correlato all'infertilità nelle donne era previsto dall'attaccamento evitante proprio e del partner, mentre lo stress associato all'infertilità negli uomini era previsto dall'attaccamento ansioso delle loro compagne.

Un attaccamento romantico sicuro in età adulta è positivamente correlato a una percezione favorevole dell'immagine corporea, mentre uno stile di attaccamento preoccupato, caratterizzato da elevata ansia di attaccamento e basso evitamento, è associato a una maggiore insoddisfazione e disforia corporea (Cash, 2004). Pertanto, la letteratura suggerisce che individui con attaccamento sicuro sperimentano un maggiore benessere nel percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA) rispetto a quelli con uno stile di attaccamento insicuro, evitante o ansioso (Mikulincer et al., 1998).

1.3.6 Genere, identità ed immagine corporea in coppie infertili

Le attuali comprensioni dell'infertilità tendono a separare il genere, l'identità e il corpo anziché esplorare la loro relazione. Un campo in cui c'è ancora poca ricerca è quello che riguarda proprio gli aspetti di genere nell'ambito dell'infertilità; risulta dunque pertinente approfondirlo, perché, come hanno notato Throsby e Gill (2004), l'infertilità *"si verifica nel contesto delle relazioni di genere"*. Gli aspetti corporei dell'infertilità sono infatti influenzati anche dal genere (Johnson e Fledderjohann 2012) poiché storicamente il corpo, ed in particolar modo la capacità riproduttiva, è stata utilizzata per distinguere le donne dagli uomini (Daniels & Cynthia, 2006). La letteratura mette in luce il ruolo cruciale della relazione individuale che ognuno sviluppa con il proprio corpo e il proprio genere nel processo di costruzione dell'identità personale. Questo legame occupa una posizione centrale, come indicato da teorici quali Budgeon (2003) e Giddens (1991), che

hanno enfatizzato l'importanza rivestita dal proprio corpo nell'auto-identificazione, anche a livello di genere (Budgeon & Shelley, 2003). Questo legame tra corpo, genere e identità è particolarmente evidente e rilevante nelle esperienze di infertilità, soprattutto per le donne, poiché tocca il delicato e fondamentale aspetto della propria autodeterminazione, come evidenziato da Greil (2002), il quale descrive l'infertilità come *"un dramma simultaneamente biologico, personale e sociale che si svolge nel corpo della donna"* (Greil, 2002). Interessante notare come Budgeon abbia studiato la medicalizzazione dell'infertilità in associazione ad altri interventi medici, come la chirurgia plastica e le diete: tali procedure mediche, infatti, non si limitano alla gestione del corpo della donna, ma vanno a porlo al centro della sua identità (Budgeon & Shelley, 2003). Tuttavia, le esperienze fisiche dell'infertilità maschile rimangono ancora in gran parte non esplorate dalla ricerca. Questa mancanza di approfondimento contribuisce al consolidamento dei tradizionali ruoli degli uomini come "pilastri emotivi" per le donne e voci di ragione nelle decisioni, comprese quelle riguardanti il proprio corpo (Bell, 2015).

Nell'ambito dell'infertilità è dunque molto importante tenere presente ed indagare il ruolo che l'immagine corporea assume per i soggetti infertili - sia essi uomini o donne -, poiché spesso risulta avere un impatto molto significativo sulla loro salute mentale. Con i termini "immagine corporea", si intende un costrutto multidimensionale che comprende percezioni di sé, atteggiamenti, sentimenti e comportamenti relativi al proprio aspetto fisico (Cash, 2004). Tale costrutto si configura come un fenomeno socialmente costruito e correlato al modo in cui gli adulti sperimentano le interazioni con gli altri (Cash, 2004; Satinsky et al., 2012) e con i loro partner romantici (Cash, 2004; McKinley, 1999).

La percezione della propria immagine corporea è una dimensione che può essere fortemente influenzata da una condizione di infertilità: è noto, infatti, che il peso di una

diagnosi di infertilità è complesso da sopportare in una coppia ed influisce, come esposto in precedenza, sullo stile e sulla qualità di vita di entrambi i partner. La connessione tra percezione corporea ed infertilità è facilmente comprensibile considerando che l'incapacità di concepire volontariamente un bambino comporta problematiche di ordine biologico, fisico, emotivo, relazionale e dell'immagine di sé, sia sul piano sociale che economico (El Kissi et al., 2013; Williams et al., 2007). Di fronte ad una diagnosi di questo tipo, infatti, prendono avvio una serie di riflessioni rispetto al proprio corpo: se prima era posto ai margini e considerato a tratti irrilevante, ora si afferma, in riferimento ad esso, un'idea di diversità, di essere anormali e talvolta anche di patologia (Iudici & Berti, 2014) In particolare, il corpo della donna diventa contemporaneamente sia ciò che le impedisce di concepire, sia il bersaglio delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Cipolletta & Faccio, 2013; Cousineau & Domar, 2007). Secondo Braidotti (1989), le procedure di PMA possono portare la donna a sviluppare una dilatazione dell'immagine, in quanto tali processi includono nella rappresentazione corporea individuale elementi esterni ed estranei, che hanno avuto inizio altrove ma terminano nel suo corpo (Braidotti, 1989). Questo ruolo centrale che assume il corpo della donna durante tali procedimenti, da un lato può aumentare il suo potere decisionale all'interno della coppia (Barry & Yuill, 2002), ma dall'altro può portarla a sperimentare una sensazione di alienazione e reificazione del proprio corpo, compromettendone l'immagine corporea e accrescendo la percezione di avere un corpo difettoso. Il corpo sterile, sostiene Riccio, è un luogo di conflitto: è un corpo tradito e nello stesso tempo traditore, percepito come inadeguato, vuoto, difettoso, mancante eppure, al contempo, è anche un corpo vivo, pieno di desiderio e di speranza (Riccio, 2017).

Risulta infine interessante considerare come la coppia, e non solo i singoli componenti, valutino il proprio corpo in rapporto alla diagnosi di infertilità. In uno studio di Salcuni et al. l'effetto coppia - è stata considerata la coppia come unità di analisi - è stato modellato attraverso un modello di interdipendenza attore-partner (*Actor-Partner Interdependence Model*) tramite il quale sono state esaminate le relazioni e le dipendenze reciproche tra le coppie che stanno attraversando tecniche di riproduzione assistita di primo livello (ART) e la tendenza all'evitamento dell'immagine corporea, collegata all'insoddisfazione per la stessa (Salcuni Silvia et al., 2021). I risultati indicano che, pur mostrando livelli di funzionamento simili, i partner non dimostrano una stretta interdipendenza, poiché non presentano un modello di funzionamento come coppia unitaria; dunque, l'evitamento dell'immagine corporea è influenzato principalmente da fattori intra-personali. Tuttavia, è importante considerare le coppie come un'unità, poiché l'adattamento delle coppie infertili è influenzato sia dallo stress personale sia da quello del partner, come si può evincere dal paragrafo seguente.

1.3.7 Stress, depressione e ansia: la salute psicologica nel trattamento per l'infertilità

L'esperienza dell'infertilità è comunemente descritta dai pazienti come una condizione estremamente stressante e angosciante, spesso accompagnata da sintomi di ansia e depressione che influenzano non solo l'individuo stesso, ma anche la coppia e la propria rete familiare e sociale, con un impatto negativo sulla qualità della vita (Fassino et al., 2002; Peterson et al., 2007). La ricerca ha ampiamente confermato che l'infertilità ha un impatto significativo sulla salute mentale: sono stati riscontrati livelli più elevati di stress, depressione e ansia tra le donne e gli uomini affetti da infertilità rispetto ai gruppi di controllo composti da individui fertili (Fassino et al., 2002; Luk & Loke, 2019).

Bruns (2007) evidenzia cinque classi di effetti psicologici dell'infertilità:

1. effetti sociali sulla relazione con il partner, sulla sessualità e sulle interazioni sociali e familiari (*vedi paragrafo 1.3.2*)
2. effetti sull'autostima, sull'identità e sulla propria visione del mondo
3. la sensazione di perdita di controllo sul proprio corpo e la propria salute, come anche sul proprio futuro e sicurezza
4. la perdita relazionale del legame con il figlio desiderato
5. effetti emotivi come lutto (*vedi paragrafo 1.3.4*) e depressione, stress, rabbia, frustrazione, colpa, shock, negazione e ansia.

Dalla letteratura emerge dunque che l'incapacità di ottenere una gravidanza può portare le coppie a soffrire di forte stress (Cousineau & Domar, 2007) a sua volta associato ad ansia e difficoltà psicologiche, condizioni che possono essere esacerbate con l'inizio dei trattamenti per l'infertilità, molto invasivi specialmente per il corpo della donna. Difatti, tali terapie vanno a costituire ciò che si definisce un "stressor multidimensionale", poiché coinvolgono preoccupazioni e ansie legate al trattamento stesso, specialmente per la donna che lo deve sostenere fisicamente (De Pascalis, 2014). È dunque importante sottolineare che l'infertilità rappresenta non solo un fattore di stress cronico dovuto alla mancata realizzazione del desiderio di formare una famiglia e diventare genitori, ma anche un fattore di stress acuto derivante dai trattamenti stessi di procreazione medicalmente assistita (PMA) (Galst, 2018). A confermare l'ampio impatto psicologico, in termini di stress, del percorso di PMA sulle coppie, è uno studio condotto su 200 coppie coinvolte in un programma di riproduzione assistita: esse hanno riportato che l'infertilità è stata l'esperienza più stressante della loro vita, coinvolgendo tutte le fasi del percorso. In particolare, la fase di attesa dei risultati della fecondazione e quella del trasferimento

dell'embrione, sono risultate come le più stressanti (Demyttenaere et al., 1998). Inoltre, è emerso che gran parte dello stress era correlato anche alla paura di deludere le aspettative personali e sociali, non riuscendo a realizzare quel progetto che viene considerato "naturale" per una coppia che inizia una vita insieme (Boivin et al., 1992)

Anche per quanto riguarda i disturbi dell'umore, e soprattutto relativamente al disturbo depressivo, è stata messa in luce la complessa relazione con la condizione di infertilità. È stato infatti evidenziato che la direzione di causalità non è sempre chiara: in alcuni casi i disturbi dell'umore possono seguire la diagnosi di infertilità, mentre altre volte si può rilevare nella persona uno stato depressivo pre-esistente che viene esacerbato a seguito della scoperta di infertilità (Sbaragli et al., 2008; Williams et al., 2007). È stato recentemente confermato che il disagio risultante da una condizione di infertilità, si manifesta spesso con elevati livelli di sintomi depressivi e ansiosi (Lakatos et al., 2017; Salih Joelsson et al., 2017) e, anche in questo caso, sembrano essere presenti delle differenze di genere nello sviluppo della sintomatologia correlata a tale condizione.

Confrontando le risposte sintomatologiche di maschi e femmine è emerso che le donne ottengono punteggi significativamente più alti su depressione, stress correlato all'infertilità, somatizzazione, sintomi ossessivi, fobie, sensibilità interpersonale, stigma e vergogna, mentre hanno punteggi più bassi nelle scale che valutano la qualità della vita e l'autostima (El Kissi et al., 2013) rispetto ai loro partner uomini. Dunque, le donne sottoposte a PMA, presentano una sintomatologia depressiva più frequente e marcata rispetto ai propri compagni (Kumbak et al., 2009): quest'ultimo dato è probabilmente dovuto anche al fatto che sono le donne ad essere direttamente sottoposte agli interventi medici. Diverse ricerche, inoltre, hanno messo in evidenza che nelle donne infertili, rispetto a quelle fertili, c'è un'incidenza maggiore di sintomi depressivi, sottolineando

così la stretta relazione che emerge tra stress, sintomi depressivi, ansia e infertilità (Cousineau & Domar, 2007; Golombok, 1992; Greil, 2002). In conclusione, si può affermare che le difficoltà a livello psicologico di fronte al fallimento del desiderio di avere un bambino e alla diagnosi di infertilità, sembrano essere maggiori nelle donne rispetto ai loro compagni uomini, fatta eccezione per la circostanza in cui la causa dell'infertilità risiede in un fattore maschile, caso in cui gli uomini riportano significativi maggiori livelli di depressione, isolamento sociale e percezione di stigma.

È interessante notare, inoltre, il ruolo rivestito dal tempo, ovvero dalla durata dell'infertilità nella coppia: una durata prolungata dell'infertilità è associata a una maggiore frequenza e gravità della depressione. Sbaragli e colleghi hanno confrontato pazienti affetti da infertilità da più di due anni con quelli affetti da infertilità da meno di due anni, riscontrando un maggior numero di diagnosi di disturbo depressivo nel primo gruppo (Sbaragli et al., 2008). In modo simile, è stata evidenziata un'accentuazione della sintomatologia depressiva e ansiosa dopo 7-9 anni di infertilità rispetto a 4-6 anni (Ramezanzadeh et al., 2004).

Un altro fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi nelle coppie eterosessuali infertili sposate, secondo il *Marital Discord Model of Depression (MDMD)* (Beach, S. R. H et al., 1990), è la discordia matrimoniale. A supportare questa ipotesi ci sono numerose evidenze, tra cui due studi longitudinali, i quali hanno rilevato che l'insoddisfazione coniugale è associata allo sviluppo di un disturbo depressivo (Dekel et al., 2014; Du Rocher Schudlich et al., 2011). Una maggiore insoddisfazione coniugale sembra inoltre essere fortemente influenzata dal funzionamento sessuale della coppia. Discordia e basso funzionamento sessuale possono quindi essere considerati dei fattori di rischio per lo sviluppo di depressione e ansia all'interno delle coppie (Sidi et al., 2017;

Trudel & Goldfarb, 2010). Ulteriori evidenze rispetto a questo tema sono state ottenute mediante lo studio di Maroufizadeh et al. (2018) che, utilizzando il modello *APIM* (*Actor Partner Interdependence Model*), ha esaminato le influenze interpersonali e intrapersonali della soddisfazione coniugale sulla depressione nelle coppie infertili. I risultati supportano l'*MDMD* tra le coppie infertili ed aggiungono che, oltre all'effetto dell'attore (influenza intrapersonale) sia per il maschio sia per la femmina, c'è l'effetto del partner (influenza interpersonale) riguardo la soddisfazione coniugale maschile sui sintomi della depressione femminile.

Basandosi sui riscontri ottenuti in letteratura, sembra essere cruciale implementare programmi di intervento mirati a mitigare i sintomi depressivi e ansiosi nelle coppie che stanno affrontando l'infertilità, coinvolgendo attivamente entrambi i partner. Questi interventi dovrebbero fornire un sostegno psicologico completo e personalizzato, affrontando non solo le sfide individuali legate alla fertilità, ma anche promuovendo una migliore comunicazione e comprensione all'interno della coppia. La partecipazione attiva di entrambi i partner in questi interventi può favorire un ambiente di sostegno reciproco e aiutare a gestire più efficacemente lo stress e l'ansia associati all'infertilità.

1.4 Soddisfazione relazionale e qualità di vita di coppie infertili

Nei precedenti capitoli sono state esaminate molteplici circostanze potenzialmente problematiche che le coppie affrontano lungo il percorso della diagnosi di infertilità e, successivamente, della Procreazione Medicalmente Assistita. Entrambi i partner si ritrovano a vivere una serie di cambiamenti significativi che riguardano aspetti quali l'immagine corporea, l'intimità sessuale, le dinamiche relazionali con amici e familiari e, in alcuni casi, anche la gestione del dolore provocato da un aborto. Queste situazioni possono portare la coppia a sperimentare un vissuto di profonda sofferenza, spesso caratterizzato da livelli di ansia, depressione e stress aumentati (*si veda il paragrafo 1.3.8*). Tale panoramica sulla salute psicologica delle coppie affette da infertilità, ha spinto diversi studiosi ad approfondire le indagini sulla soddisfazione relazionale e sulla qualità della vita sperimentata dai partner coinvolti in questa complessa situazione. Tuttavia, fino ad ora solamente un numero ristretto di studi ha applicato un approccio di tipo diadico in tale ricerca, ovvero un approccio in cui si tiene conto dell'interdipendenza tra i due partner di una coppia (Yamanaka-Altenstein et al., 2021). Si è scelto di utilizzare tale approccio diadico anche nel presente studio, dal momento che l'infertilità è considerata dalla letteratura come un tipico stressor di coppia (Berghuis & Stanton, 2002; Greil et al., 2011), in quanto entrambi i partner sembrano essere influenzati dall'infertilità anche se solo uno dei partner ha un problema di fertilità (Johnson & Johnson, 2009).

Le ricerche condotte sull'impatto che lo stress esercita sulla qualità della relazione di coppia, hanno evidenziato che l'esperienza di eventi critici della vita può risultare in una maggiore coesione tra i partner oppure in un loro allontanamento, a seconda della vulnerabilità della coppia e delle strategie di coping adottate (Bodenmann et al., 2007; Randall & Bodenmann, 2009). A tal proposito, alcuni studi suggeriscono che donne e

uomini che affrontano l'infertilità riportino un buono stato di salute fisica e psicologica, insieme a relazioni di coppia soddisfacenti (Lykeridou et al., 2009; Onat & Beji, 2012). La letteratura resta concorde, tuttavia, nell'affermare l'evidenza delle sfide psicologiche affrontate dalle coppie che sperimentano l'infertilità e la necessità di aiuto per gli aspetti emotivi ad essa collegati (Dancet et al., 2010; Verhaak et al., 2007).

In questo contesto, l'*adattamento coniugale* si è rivelato essere un costrutto chiave per comprendere i processi di salute e malattia nell'infertilità (Iordachescu et al., 2021; Ridenour et al., 2009; Zurlo et al., 2019). Infatti, adattamento coniugale e qualità del matrimonio sono indicati dalla letteratura come una delle principali aree colpite nell'infertilità (Maroufizadeh et al., 2020). Altri autori, valutando la qualità della vita correlata alla salute e il ruolo degli eventi di vita, hanno evidenziato il ruolo positivo moderante delle risorse individuali e interpersonali e della percezione di un adeguato adattamento coniugale (Zurlo et al., 2019, 2020). Si è riscontrata una diminuzione della soddisfazione e un aumento dello stress nella relazione a causa del processo di infertilità, evidenziando il ruolo protettivo importante di due dimensioni di adattamento di coppia: l'espressione affettiva per le partner femminili e il consenso di coppia per i partner maschili. Iordachescu et al. (2021) hanno anche riscontrato che il carico psicologico e l'intensità dei disturbi emotivi, legati all'infertilità, influenzano negativamente l'adattamento coniugale. Tuttavia, altri, come Cserepes et al. (2013), hanno suggerito che questo impatto negativo sulla coppia può coesistere con un rafforzamento della stessa: diversi articoli che utilizzano la Scala di Adattamento di Coppia (DAS) (Spanier, 1976) hanno evidenziato relazioni più armoniose tra coloro che vivono l'infertilità rispetto alle coppie senza problemi di fertilità (Onat & Beji, 2012; Peterson et al., 2007, 2014). In questo senso, la ricerca ha evidenziato diversi aspetti rilevanti rispetto a tale associazione

tra adattamento di coppia e salute mentale delle coppie nel contesto dell'infertilità: emerge infatti che una relazione soddisfacente e una buona comunicazione tra i partner possono attenuare le influenze negative dell'infertilità sulla salute mentale e contribuire al benessere migliorato (Cserepes et al., 2013; Onat & Beji, 2012; Ridenour et al., 2009; Samadaee-Gelekholaee, et al., 2016) . Allo stesso modo, il supporto all'interno della coppia è vitale per affrontare lo stress della diagnosi di infertilità e può proteggere dalla risposta emotiva negativa a un processo di trattamento non riuscito (Gameiro et al., 2016).

Per misurare le conseguenze dello stress sul benessere psicologico associato ai trattamenti, sono stati sviluppati diversi test focalizzati sulla valutazione dei sintomi depressivi e ansiosi, sulle strategie di coping e sull'adattamento psicologico, correlati all'esperienza di infertilità e al suo trattamento (Glover et al., s.d.; L. Anderheim et al., 2005; Newton et al., 1999; Verhaak et al., 2010).

Ad esempio, in Spagna, Moreno-Rosset et al. (2009) hanno convalidato un nuovo strumento, il Questionario sull'Adattamento Emotivo e le Risorse Adattive nell'Infertilità (DERA), che consente non solo la valutazione dell'esistenza della sintomatologia depressiva e ansiosa, ma anche delle risorse per adattarsi alla diagnosi e affrontare il trattamento dell'infertilità. Il concetto di “*maladattamento emotivo*” è utilizzato da questi autori come costrutto unitario per rendere conto sia delle possibili turbolenze emotive che non soddisfano i criteri necessari per essere considerate disturbi psicopatologici, sia dell'esistenza di maladattamento psicologico come prodromo di disturbi clinici (Moreno-Rosset et al., 2008). L'orientamento teorico del test permette anche una valutazione di aspetti più positivi contemplando risorse personali (disposizioni interne e stabili) e risorse sociali (esterne e modificabili), che consentono alle persone di affrontare con successo le situazioni (Moreno-Rosset, et al., 2009).

Tale strumento è stato utilizzato in uno studio spagnolo condotto nel 2022 da L. García-Quintàns et al. che ha voluto esplorare più approfonditamente il ruolo che l'adattamento di coppia gioca nella salute e nelle risorse psicologiche delle stesse. I risultati hanno evidenziato come entrambi i partner delle coppie affette da infertilità abbiano mostrato un minor maladattamento emotivo e un maggiore adattamento di coppia rispetto ai valori normativi (García-Quintàns et al., 2023). Tuttavia, le donne nelle coppie affette da infertilità hanno riportato un maggiore maladattamento emotivo e risorse interpersonali ridotte rispetto agli uomini. Per le donne, il livello educativo, l'età, l'espressione affettiva e il consenso di coppia sembrano agire come fattori protettivi, prevedendo un minor maladattamento emotivo e più risorse adattive. Per gli uomini, la durata della relazione di coppia, l'espressione affettiva, la coesione di coppia e la soddisfazione di coppia hanno contribuito a ridurre il maladattamento emotivo e a fornire maggiori risorse adattive. Gli autori dello studio concludono sottolineando che un maggiore adattamento di coppia sembra proteggere la salute emotiva delle donne e degli uomini che cercano trattamenti per l'infertilità, per cui programmi di supporto mirati all'adattamento di coppia possono essere utili per le coppie che si sottopongono ai trattamenti per la fertilità.

Sempre nello stesso anno, Shireen Shehzad Bhamani et al. (2022) hanno condotto uno studio di rilievo in Pakistan, indagando i fattori correlati al maladattamento tra le coppie affette da infertilità. I ricercatori hanno scelto di impiegare un disegno analitico trasversale e sono state utilizzate scale validate per valutare l'adattamento coniugale, la depressione, la resilienza e la qualità della vita tra le coppie infertili. I risultati hanno mostrato punteggi di adattamento coniugale comparabili tra le coppie, ma con livelli significativamente bassi di resilienza e qualità della vita tra le donne e livelli

significativamente alti di depressione tra le donne rispetto agli uomini. L'adattamento coniugale delle donne è risultato correlato positivamente con la resilienza e la qualità della vita degli uomini, ma correlato negativamente con la loro depressione. Gli autori concludono sottolineando l'importanza di promuovere il supporto psicologico, come l'acquisizione di abilità di resilienza o la terapia di coppia, per tutte le coppie che affrontano il trattamento dell'infertilità (Shireen Shehzad Bhamani et al., 2022).

In uno studio trasversale del 2021 svolto da Yamanaka-Altstein et al. (2021) è stato utilizzato un approccio diadico, applicando come metodo per l'analisi dei dati di coppia l'Actor-Partner Interdependence Model (APIM): gli autori hanno così esaminato gli effetti dello stress legato all'infertilità (percepito come un fattore di rischio individuale) e della qualità della relazione di coppia (percepita come una risorsa basata sulla coppia) sul disagio psicologico in un campione di 116 coppie infertili. I risultati hanno indicato che il 59% delle donne e il 23% degli uomini ha riportato livelli clinici di disagio psicologico, il 71% delle donne e il 45% degli uomini ha riportato stress legato all'infertilità, e il 3% dei partecipanti ha riportato una bassa qualità della relazione di coppia. Lo stress legato all'infertilità ha predetto il disagio psicologico a livello individuale ('actor effect') mentre lo stress legato all'infertilità degli uomini ha predetto il disagio psicologico delle donne ('partner effect'). Inoltre, dai dati è emerso che le donne senza esposizione al trattamento di procreazione medicalmente assistita (PMA) hanno riportato una qualità della relazione di coppia significativamente più elevata rispetto alle donne con esposizione alla PMA, e gli uomini senza esposizione al trattamento hanno riportato uno stress legato all'infertilità significativamente inferiore rispetto agli uomini con esposizione. Il livello di disagio psicologico sembrava dipendere dal fatto che entrambi o nessuno dei partner, o solo uno dei partner, riportasse un elevato grado di stress legato all'infertilità. Tuttavia, la qualità

della relazione di coppia non era associata al disagio, il che, secondo gli autori, potrebbe implicare che dimensioni di coppia diverse dalla soddisfazione complessiva potrebbero risultare rilevanti nel supportare le coppie che affrontano l'infertilità (Yamanaka-Altenstein et al., 2021).

Ad utilizzare il modello APIM è stato anche uno studio trasversale di Lihong Zhang e al. (2023) in cui son state coinvolte 283 coppie infertili presso il Centro Riproduttivo dell'Ospedale delle Donne e dei Bambini del Nord-Ovest in Cina. Ai partecipanti è stato chiesto di compilare due questionari self-report per valutare l'autostima (Scala di autostima di Rosenberg) e il coping di coppia (Inventario di coping di coppia). Analisi statistiche come il t-test accoppiato e la correlazione di Pearson sono stati utilizzati per esaminare differenze e relazioni tra le variabili tra i coniugi, mentre l'Actor-Partner Interdependence Model (APIM) è stato adottato per testare l'effetto predittivo dell'autostima individuale sul proprio e sul coping di coppia del partner. Queste analisi hanno offerto una comprensione delle dinamiche di interazione delle coppie infertili sottoposte a fecondazione in vitro e trasferimento di embrioni, mettendo in luce il ruolo cruciale dell'autostima nei modelli di coping di coppia. Sulla base di tali risultati, gli autori hanno proposto che interventi psicologici futuri potrebbero concentrarsi sul potenziamento dell'autostima come strategia efficace per migliorare il coping di coppia nelle coppie infertili (Lihong Zhang et al., 2023).

II CAPITOLO

RICERCA

2.1. Obiettivi e ipotesi di ricerca

Il presente progetto di ricerca si inserisce all'interno del ventaglio di studi che si occupano dei fattori psicologici implicati nella condizione di infertilità e nel suo trattamento. Nel presente elaborato, si intende approfondire la delicata ed importante tematica definita dalla letteratura come soddisfazione di coppia o adattamento diadico (“dyadic adjustment”), in primis poiché essa rappresenta un elemento fondamentale in ogni legame affettivo, costituendo un indicatore essenziale del benessere emotivo, della felicità e dell'impegno reciproco che entrambi i partner sperimentano all'interno della relazione. In secondo luogo, poiché diversi studi hanno evidenziato come livelli più elevati di adattamento diadico possano fungere da fattore protettivo sia per le coppie coinvolte sia in gravidanze naturali (Ana Martínez-Pampliega et al., 2018) sia, soprattutto, per quelle che stanno vivendo un percorso di riproduzione assistita (Christopher R. Newton et al., 1990) favorendo la comunicazione, il supporto reciproco e la coesione all'interno della coppia.

L'esperienza di infertilità, intesa come il momento in cui la coppia riceve la diagnosi e i trattamenti che ne derivano, è stata riconosciuta e definita dalla letteratura come un potenziale evento critico o “stressor” per la coppia e per la soddisfazione della stessa. Tuttavia, i risultati ottenuti da diversi studi che hanno indagato la soddisfazione e la qualità di vita delle coppie infertili, non sono sempre convergenti: difatti, mentre alcune coppie riferiscono di riscontrare, a causa della condizione di infertilità, una maggiore

distanza, altre riportano di sperimentare maggiore coesione. Alcuni studi hanno evidenziato che l'esperienza prolungata dell'infertilità, e il disagio che essa comporta, siano associati a stress relazionale, alienazione, riduzione della stabilità coniugale e aumento delle probabilità di divorzio (Cousineau & Domar, 2007; Kamel Gana & Sylwia Jakubowska, 2014) mentre altre ricerche riportano che le coppie infertili che affrontano un trattamento di PMA, non presentano una maggiore probabilità di separazione rispetto alla popolazione di riferimento (Martins et al., 2014) . In un altro studio, gli individui hanno riportato risultati simili rispetto ai livelli di qualità della relazione, ma alti livelli di disagio psicologico rispetto alla popolazione che non presenta problematiche inerenti all'infertilità (Yamanaka-Altenstein et al., 2017).

Bodenmann e Cina (2000) hanno evidenziato in un loro studio il ruolo significativo del partner come fonte primaria di sostegno durante un periodo di stress, pertanto, quando uno dei membri della coppia riceve una diagnosi di infertilità, questa situazione influenza direttamente entrambi i partner, anche se la diagnosi riguarda solo uno di loro (Bodenmann & Cina, 2000). Ecco perché l'infertilità è universalmente considerata come un fattore di stress per le coppie (Berghuis & Stanton, 2002; Greil et al., 2011; Johnson & Johnson, 2009). Sulla base di tali evidenze tratte dalla letteratura, il presente studio si propone di esaminare la soddisfazione relazionale delle coppie infertili, e si propone di farlo all'interno di una cornice diadica. Tale prospettiva, si basa sul presupposto teorico dell'interdipendenza nelle relazioni, per cui le emozioni, le cognizioni ed i comportamenti di una persona vanno a coinvolgere e ad impattare anche le medesime componenti del partner o dei soggetti con cui questo è in relazione (Kelley & Thibaut, 1978; Kelley, Holmes, Kerr, Reid, Rusbult & Van Lange, 2002). (David A. Kenny, 1996, 2018) Per questo motivo, coerentemente con la prospettiva teorica sopra riportata, si è utilizzato

come modello di analisi diadica l'*Actor Partner Interdependence Model* (APIM) (David A. Kenny, 1996, 2018) per valutare come i parametri di nostro interesse, vengano influenzati da fattori relativi all'altro membro della diade e non solo da fattori individuali interni al soggetto (Cook & Kenny, 2005).

L'obiettivo generale di questo studio, dunque, è quello valutare, attraverso il modello APIM, se e come la soddisfazione di coppia (variabile *outcome*) venga influenzata da cinque diversi costrutti psicologici (variabile predittiva), che possono essere sperimentati dai partner più o meno intensamente a seguito della diagnosi di infertilità: apprezzamento corporeo, attaccamento ansioso ed evitante, stress legato all'infertilità, sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa.

Per fare ciò, si è deciso di procedere analizzando una per volta la relazione che intercorre tra ognuno dei costrutti sopra riportati (variabili predittive) e la Soddisfazione di coppia: ad esempio, tra la sintomatologia depressiva e la dimensione della soddisfazione di coppia (presa sempre come variabile *outcome*). Come poco sopra riportato, in questo studio si è voluto mantenere una prospettiva di indagine diadica, e per questo si è scelto di utilizzare il modello APIM, che consente di indagare sia l'aspetto intrapersonale (*actor effect*) sia interpersonale (*partner effect*): ad esempio, si può osservare come la sintomatologia depressiva esperita dai soggetti maschili influenzi sia la propria Soddisfazione di coppia (*actor effect*) sia la Soddisfazione di coppia dei soggetti femminili (*partner effect*); al contempo, è possibile riscontrare come la sintomatologia depressiva osservata nei soggetti femminili vada ad influenzare sia la propria Soddisfazione di coppia (*actor effect*), sia la Soddisfazione di coppia dei soggetti maschili (*partner effect*). Di seguito è riportato il modello concettuale precedentemente descritto (*Figura 1*).

Figura 1

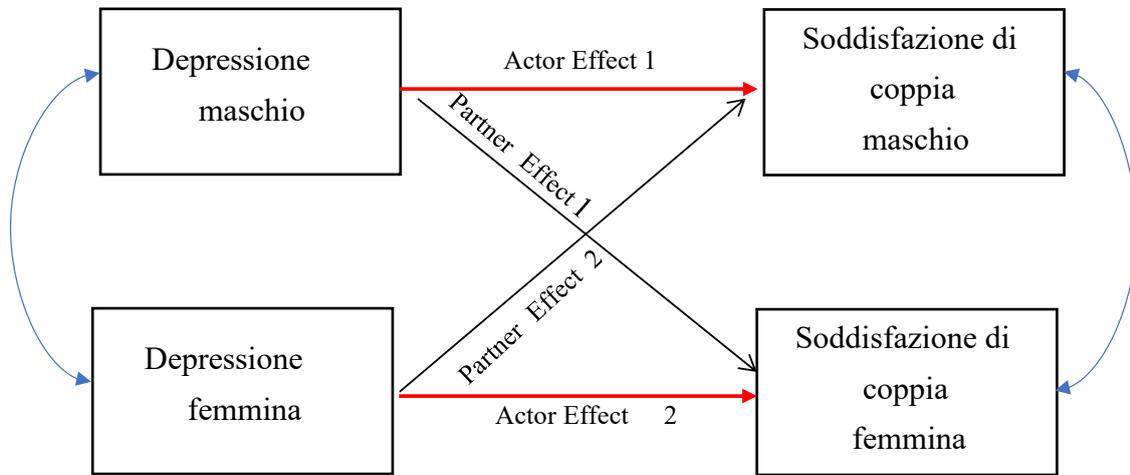


Figura 1: Esempio di *Actor Partner Interdependence Model* tra i livelli di Sintomatologia Depressiva di entrambi i soggetti e Soddifazione di coppia sperimentata degli stessi. Con *Actor Effect 1* viene rappresentato tramite freccia unidirezionale l'effetto che i livelli di depressione del partner di sesso maschile esercitano sulla propria Soddifazione di coppia. La freccia unidirezionale denominata *Partner Effect 1* fa riferimento invece all'effetto che i livelli di depressione del soggetto maschile hanno sulla Soddifazione di coppia del partner donna. Con *Actor Effect 2* viene rappresentato tramite freccia unidirezionale l'effetto che i livelli di depressione del soggetto di sesso femminile esercitano sulla sua Soddifazione di coppia. La freccia unidirezionale denominata *Partner Effect 2* fa riferimento all'effetto che i livelli di depressione del soggetto femminile hanno sui livelli di soddisfazione di coppia dei partner di genere maschile.

Poiché i costrutti presi in considerazione nel presente studio sono sei - apprezzamento corporeo, attaccamento insicuro, stress legato all'infertilità, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e soddisfazione di coppia - per comodità e chiarezza espositiva, si procede ad impostare obiettivi e ipotesi selezionando un costrutto alla volta, come segue.

Il primo obiettivo del presente studio è quello di indagare la relazione tra il costrutto dell'Apprezzamento corporeo come variabile predittiva e la Soddifazione di coppia come variabile *outcome*. Difatti, la ricerca esistente indica che la percezione della propria

immagine corporea può essere modulata da una condizione di infertilità. Questa constatazione è supportata dal fatto che la diagnosi di infertilità rappresenta un onere emotivamente complesso per una coppia, con impatti significativi sullo stile di vita e sulla qualità della vita di entrambi i partner (Onat & Beji, 2012). La connessione tra percezione corporea e infertilità è facilmente comprensibile considerando che l'incapacità di concepire volontariamente un bambino comporta problematiche di ordine biologico, fisico, emotivo, relazionale e dell'immagine di sé (El Kissi et al., 2013; Williams et al., 2007). Di fronte ad una diagnosi di questo tipo, per le donne spesso prendono avvio una serie di riflessioni rispetto al proprio corpo: ora si afferma, in riferimento ad esso, un'idea di diversità, di essere anormali e talvolta anche un'idea di patologia, che in alcuni casi si fa fatica a riconoscere (Iudici & Berti, 2014). Inoltre, per le donne infertili, il proprio corpo appare contemporaneamente sia come ciò che impedisce loro di concepire, sia il bersaglio delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Cipolletta & Faccio, 2013; Cousineau & Domar, 2007). Per tali motivazioni, ipotizziamo che nel contesto dello studio attuale si verifichi una relazione positiva tra i livelli di apprezzamento corporeo e la soddisfazione di coppia, soprattutto per le donne, con una diminuzione della soddisfazione coniugale associata a livelli inferiori di apprezzamento corporeo.

Come secondo obiettivo ci si propone di indagare la relazione tra Attaccamento insicuro (variabile predittiva) e Soddisfazione di coppia (variabile *outcome*): l'esperienza dell'infertilità è in grado di scatenare una serie di strategie di regolazione emotiva all'interno della coppia, le quali sono strettamente legate al sistema di attaccamento di ciascun individuo e, in particolare, al modo in cui essi affrontano le relazioni. Queste strategie di regolazione possono variare notevolmente da persona a persona, influenzando profondamente la gestione dell'infertilità stessa: i differenti stili di attaccamento possono

difatti plasmare il modo in cui l'infertilità viene percepita e affrontata non solo dal singolo ma anche dalla coppia (per questa ragione si parla di “*interdipendenza diadica*”), creando in tal modo una potenziale minaccia per il benessere emotivo e relazionale non solo dell'individuo stesso, ma anche del partner (Donarelli et al., 2015). In accordo con la letteratura, si ipotizza dunque che un grado più elevato di Attaccamento ansioso ed evitante sperimentato dei partner, possano essere predittivi rispetto ad una riduzione della Soddisfazione di coppia sperimentata.

Il terzo obiettivo di questa ricerca, si propone di analizzare la relazione tra lo Stress legato all'infertilità (variabile predittiva) e la Soddisfazione di coppia (variabile *outcome*). L'infertilità, infatti, è comunemente descritta da chi ne soffre come una condizione estremamente stressante e angosciante, che influenza non solo l'individuo, ma anche la coppia e la rete familiare e sociale, con un impatto negativo sulla qualità della vita (Fassino et al., 2002; Peterson et al., 2014). La ricerca ha ampiamente confermato livelli più elevati di stress tra le donne e gli uomini affetti da infertilità rispetto ai gruppi di controllo composti da individui fertili (Fassino et al., 2002; Luk & Loke, 2019). I trattamenti per l'infertilità, particolarmente invasivi per il corpo della donna, costituiscono uno "stressor multidimensionale", poiché implicano preoccupazioni e ansie legate al trattamento stesso, specialmente per la donna che lo deve sostenere fisicamente (De Pascalis, 2014). È dunque importante sottolineare che l'infertilità rappresenta non solo un fattore di stress cronico, dovuto alla mancata realizzazione del desiderio di formare una famiglia e diventare genitori, ma anche un fattore di stress acuto, derivante dai trattamenti di procreazione medicalmente assistita (PMA) (Galst, 2018). Dunque, sulla base di quanto emerso in letteratura, si ipotizza di riscontrare nel campione di coppie infertili, in particolare nel campione femminile, livelli di Stress legato all'infertilità

aumentati, e che ciò possa costituire un fattore predittivo di una ridotta qualità della Soddisfazione di coppia.

Il quarto obiettivo è quello di esplorare la relazione tra sintomatologia depressiva (variabile predittiva) e soddisfazione di coppia (variabile *outcome*). Per quanto riguarda il disturbo depressivo, è stata evidenziata la complessa relazione con la condizione di infertilità, poiché la direzione della causalità non è sempre chiara: in alcuni casi, i disturbi dell'umore possono seguire la diagnosi di infertilità, mentre in altri, uno stato depressivo preesistente può essere esacerbato dalla scoperta dell'infertilità (Sbaragli et al., 2008; Williams et al., 2007). Diversi studi riportano inoltre che, tra le coppie in situazione di infertilità, i sintomi depressivi delle donne siano fortemente influenzati dalla soddisfazione coniugale degli uomini, più di quanto non lo siano gli uomini dalla soddisfazione coniugale delle loro mogli (Maroufizadeh et al., 2018). Di conseguenza, le donne riportano sia una qualità della vita inferiore sia un ridotto adattamento diadico rispetto ai loro mariti (Zeren et al., 2019). Dunque, le donne sottoposte a PMA, presentano una sintomatologia depressiva più frequente e marcata rispetto ai propri compagni (Kumbak et al., 2009): quest'ultimo dato è probabilmente dovuto anche al fatto che sono le donne ad essere direttamente sottoposte agli interventi medici. Quindi, secondo quanto emerso dalla letteratura, nell'ambito del presente studio, come quarta ipotesi si prevede di individuare una correlazione negativa tra la sintomatologia depressiva e il livello di soddisfazione di coppia, sia per gli uomini sia per le donne, con un'associazione particolarmente marcata nel caso di queste ultime.

Come quinto obiettivo il presente studio vuole esplorare la relazione tra sintomatologia ansiosa (variabile predittiva) e soddisfazione di coppia (variabile *outcome*). È emerso che tra i pazienti sottoposti a trattamenti di fecondazione in vitro, il 30% delle donne e il

10% degli uomini soddisfano pienamente i criteri per la diagnosi di un disturbo d'ansia. Va inoltre specificato che potrebbe esserci una sottostima di questo disturbo, dovuto alla riluttanza che i pazienti mostrano nel riferire la loro condizione psicologica agli operatori, a causa della desiderabilità sociale o per il timore che il trattamento venga posticipato per dare precedenza alla risoluzione delle problematiche psicologiche (Volgsten et al., 2008).

Spesso, nel momento in cui una coppia si rivolge ad una clinica per la fertilità, entrambi i partner arrivano portando con sé un alto livello di incertezza dovuto al fatto che hanno già sperimentato un concepimento fallimentare o hanno incontrato delle difficoltà nel portare a termine una gravidanza. Questa situazione implica il fatto che, quando i partner decidono di intervenire sulla loro condizione mediante degli accertamenti, sia già presente un livello di stress e ansia di base (Domar & Gross, 2012). Inoltre, similmente a quanto accade per la sintomatologia depressiva, anche in questo caso sembrano essere presenti delle differenze di genere: confrontando le risposte sintomatologiche di maschi e femmine, è emerso che le donne ottengono punteggi significativamente più alti nelle scale riguardanti la sintomatologia ansiosa (Lakatos et al., 2017; Salih Joelsson et al., 2017), ed inoltre presentano punteggi più bassi nelle scale che valutano la qualità di vita e l'autostima (El Kissi et al., 2017) rispetto ai loro partner uomini. Si ipotizza dunque, in accordo con la letteratura, di riscontrare una correlazione negativa tra la sintomatologia ansiosa e la soddisfazione riportata dalla coppia: è plausibile ipotizzare, in altre parole, che l'aumento della sintomatologia ansiosa possa risultare predittivo di una ridotta soddisfazione di coppia.

2.2 Metodologia

2.2.1 Partecipanti

Sono state registrate 191 risposte, di cui 36 date da uomini e 155 da donne. Tuttavia, per la ricerca in corso, dal momento che si concentra sulle coppie e non sui singoli, solamente 68 compilazioni sono risultate utili. Ai fini della partecipazione al progetto, infatti, i requisiti necessari erano l'essere impegnati in una relazione, che uno o entrambi i partner avessero ricevuto una diagnosi di infertilità ed essere attualmente inseriti, come coppia, in un percorso PMA. Sono state selezionate dunque come partecipanti allo studio 34 coppie eterosessuali, per un totale di 68 partecipanti. Per questa ricerca è stato utilizzato un metodo di campionamento a valanga: tramite conoscenze personali, passaparola, mediante invito telematico e annunci divulgati attraverso social network (Facebook, Instagram) e contattando cliniche pubbliche e private che si occupano di Procreazione Medicalmente Assistita.

Attraverso la prima parte del protocollo di ricerca, riguardante la raccolta dei dati sociodemografici delle coppie, è stato possibile osservare come l'età media dei Maschi fosse di 38,12 anni ($M = 38,12$; $DS = 6,34$), mentre quella delle Femmine fosse di 36,74 anni ($M = 36,74$; $DS = 5,94$), con un minimo di 28 e un massimo di 55 anni per quanto riguarda gli uomini e un minimo di 25 e un massimo di 45 anni per quanto riguarda le donne. Tutte le 34 coppie vivevano una relazione stabile che presenta una durata media di 10 anni ($M = 10,04$; $DS = 6,12$), con una durata minima di 2 anni e una massima di 27 anni. Al momento della compilazione del questionario, tutte le coppie sono risultate conviventi, con una media di anni di convivenza corrispondente a 6 anni ($M = 6,11$; $DS = 3,03$) e una durata minima di convivenza di 7 mesi ed una massima di 13 anni. Riguardo

lo stato civile, 11 coppie (32,4%) sono risultate conviventi non spostate mentre 23 coppie (67,6%) conviventi spostate.

Riguardo al titolo di studio, dai risultati è emerso che una donna avesse come titolo di studio più alto la licenza media (2,9%), 9 donne avevano ottenuto il diploma di istruzione delle scuole superiori (26,47%), 23 donne la Laurea (61,74%), 3 di loro il Master (8,82%) tra cui una donna ha proseguito conseguendo il Dottorato di ricerca (2,9%). Rispetto al più alto titolo di studio conseguito dagli uomini è stato possibile notare che 7 hanno ottenuto la licenza media (20,58%), 14 il diploma delle scuole superiori (41,17%) e 13 si sono laureati in triennale o magistrale (38,23). Infine, dallo stato di occupazione, i dati mostrano che 2 donne (5,9%) e 2 uomini (5,9%) sono senza lavoro al momento della compilazione del questionario. (Tabella 1)

Tabella 1: Caratteristiche sociodemografiche coppie

N=34	Coppia	Maschio	Femmina
<i>Età</i>		38.12 (6.34%)	36.74 (5.94%)
<i>Titolo di studio</i>			
- <i>Medie</i>		7 (20.5%)	1 (3%)
- <i>Diploma superiore</i>		14 (41.5%)	9 (26.5%)
- <i>Laurea</i>		13 (38%)	23 (67.5%)
- <i>Dottorato</i>			1 (3%)
<i>Stato lavorativo</i>			
- <i>disoccupato/a</i>		2 (6%)	2 (6%)
- <i>occupato/a</i>		32 (96%)	32 (96%)
<i>Stato civile</i>			
- <i>Convivente</i>	11 (32%)		
- <i>Coniugato/a</i>	23 (68%)		
<i>Durata relazione (anni)</i>	10.04 (6.12%)		
<i>Durata convivenza (anni)</i>	6.11 (3.03%)		

Nota: in tabella sono riportate frequenze e (percentuali) per le variabili categoriali e media (deviazione standard) per le variabili continue.

Altri dati sociodemografici inerenti all'esperienza della procreazione medicalmente assistita sono stati raccolti in una sezione successiva e le informazioni più rilevanti per la ricerca sono state riportate nella *Tabella 2*. Riguardo alle domande relative ai figli, 25 coppie (73,5%) hanno risposto di non avere figli nella relazione attuale, e 9 (26,5%) di averli mentre 33 (97%) coppie hanno risposto di non avere figli da relazioni precedenti; dunque, solamente una coppia ha risposto affermativamente. Alla domanda “da quanti anni/mesi lei o il/la suo/a partner (o entrambi) avete ricevuto la diagnosi di infertilità?” la risposta è stata calcolata in anni, per una media di 2.5. (*Tabella 2*)

Rispetto alla tipologia di infertilità riscontrata, se primaria o secondaria, la maggioranza delle coppie, ovvero 27 (79,5%), ha dichiarato di avere ricevuto diagnosi di infertilità primaria, mentre altre 5 coppie (14,5%) secondaria; due coppie non hanno risposto. Inoltre, tre coppie (9%) hanno riportato di aver effettuato una PMA con donazione di gameti (eterologa), 19 coppie (56%) omologa e 3 coppie hanno segnato che le avevano fatte entrambe. È tuttavia risultato che 9 (coppie 26%) non avessero risposto alla domanda. Infine, è stato chiesto se la coppia avesse vissuto degli aborti e 9 coppie (26,5%) hanno risposto affermativamente, 25 (73,5%) negativamente.

Alla domanda rivolta ad entrambi i partner se avessero avuto accesso ai servizi di supporto psicologico durante i trattamenti, 20 maschi e 18 femmine avrebbero risposto negativamente. Ad aver avuto un supporto psicologico durante il percorso di procreazione medicalmente assistita sono dunque risultati solo 14 uomini (41%) e 16 donne (47%). (*Tabella 2*)

Tabella 2: caratteristiche sociodemografiche delle coppie

N=34	Coppia	Maschio	Femmina
<i>Figli nella relazione attuale</i>			
- No	25 (73.5%)		
- Si	9 (26.5%)		
<i>Figli da relazioni precedenti</i>			
- No	33 (97%)		
- Si	1 (3%)		
<i>Durata infertilità (anni)</i>			
	2.5		
<i>Tipo infertilità</i>			
- Primaria	27 (79.5%)		
- Secondaria	5 (14.5%)		
- Dato mancante	2 (6%)		
<i>Tipo PMA</i>			
- Eterologa	3 (9%)		
- Omologa	19 (56%)		
- Entrambe	3 (9%)		
- Dato mancante	9 (26%)		
<i>Aborti</i>			
- No	25 (73.5%)		
- Si	9 (26.5%)		
<i>Consulenza psicologica</i>			
- No		20 (59%)	18 (53%)
- Si		14 (41%)	16 (47%)

Nota: in tabella sono riportate frequenze e (percentuali) per le variabili categoriali e media (deviazione standard) per le variabili continue.

2.2.2 Procedura

La raccolta dati è avvenuta mediante un questionario online creato attraverso la piattaforma “Moduli” di Google, intitolato “*Attaccamento, apprezzamento corporeo, stress da infertilità, qualità della relazione di coppia e adattamento psicologico nei percorsi di PMA*”. I partecipanti, che hanno aderito volontariamente al progetto, sono stati reclutati mediante annunci nelle piattaforme social, come Instagram o Facebook, blog e forum online che si occupano del tema dell’infertilità e della procreazione medicalmente assistita, attraverso la diffusione in associazioni, Onlus, centri di procreazione medicalmente assistita e attraverso il passaparola. Si è deciso di non passare per un reclutamento in ambito ospedaliero attinente all’azienda ospedaliera padovana. Sui social networks, il questionario è stato pubblicato all’interno di gruppi pubblici e privati che si occupavano di infertilità e PMA: l’annuncio pubblicato conteneva il link che permetteva di accedere al questionario e una breve presentazione dello studio e i criteri di inclusione affinché le risposte potessero essere considerate valide. Per essere ammessi allo studio i partecipanti dovevano soddisfare i seguenti criteri: essere maggiorenni ed essere impegnati in una relazione con un’altra persona, aver ricevuto, come coppia, una diagnosi di infertilità ed usufruire, al momento attuale, del servizio di procreazione medicalmente assistita.

Nella prima sezione del protocollo, venivano esplicitati gli obiettivi della ricerca e al partecipante veniva indicata anche una stima della durata del questionario, circa 25 minuti, e le aree che si sarebbero indagate di indagine con il corrispondente numero di domande associate (Dati sociodemografici - circa 20 domande; Attaccamento – 36 item; Soddisfazione di coppia – 10 item; Stress – 27 item; Percezione corporea - 10 item; Sintomatologia depressiva - 9 item; Sintomatologia ansiosa - 7 item).

In questa prima sezione, al partecipante veniva chiesto, inoltre, di leggere ed accettare il consenso informato al trattamento dei dati per la ricerca: veniva indicato che tutte le informazioni raccolte dalla ricerca sarebbero state trattate nel rispetto delle vigenti leggi D.Lgs.196/2003 sulla privacy e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati personali e dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Per esprimere la presa visione ed acconsentire al trattamento dei dati, il partecipante era invitato a cliccare su "Accetta" e acconsentendo alla partecipazione, la persona dichiarava di: essere maggiorenne, aderire volontariamente alla realizzazione della ricerca in qualità di partecipante, di essere a conoscenza degli obiettivi e delle finalità di tale progetto, di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti sarebbero stati utilizzati esclusivamente per fini didattici e di ricerca e di essere consapevole che non avrebbe potuto ottenere la restituzione dei dati raccolti una volta inviati.

A questo punto era possibile passare alla compilazione del questionario vero e proprio; occorre sottolineare che il partecipante aveva la possibilità di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, chiudendo la piattaforma "Moduli" di Google.

La seconda sezione del questionario ha permesso di raccogliere informazioni per identificare i soggetti che formavano una coppia. Per fare ciò veniva chiesto di indicare la data di nascita del proprio partner e di inserire il titolo di una canzone "comune". L'intento era quello di riuscire ad abbinare i partner sulla base della canzone che avevano riportato tuttavia nel presente lavoro sono state considerate esclusivamente le risposte fornite dalle partner donne.

Attraverso la terza sezione è stato possibile le informazioni sociodemografiche delle persone che hanno deciso di partecipare allo studio. Nello specifico veniva chiesta la data di nascita, il sesso (maschio, femmina o altro), il titolo di studio, lo stato lavorativo

(occupato o disoccupato), il tipo di occupazione e lo stato civile attuale (celibe/nubile, sposato/a, separato/a, divorziato/a, convivente o altro). Si chiedeva, inoltre se attualmente si aveva una relazione stabile con un partner e la sua durata, il tipo di relazione (omosessuale ed eterosessuale), se si viveva assieme al proprio partner e l'eventuale durata della convivenza, la presenza di gravidanze e/o di figli/figlie nati/e dalla relazione attuale e la presenza di figli/figlie nati/e da relazioni precedenti.

La quarta sezione si occupava di raccogliere informazioni rispetto alla condizione di infertilità dei partecipanti. Nello specifico veniva chiesto di indicare da quanti anni/mesi si era ricevuta la diagnosi, il fattore eziologico (maschile, femminile, combinato o sconosciuto) e il tipo di diagnosi di infertilità (primaria o secondaria). Si indagava se eventuali gravidanze passate fossero state ottenute tramite ricorso alla PMA o senza e se si avesse vissuto una gravidanza biochimica o un aborto, e se si quante volte. Successivamente veniva chiesto se attualmente i partner stavano ricorrendo a servizi di PMA e di che tipo (eterologa, omologa o entrambe), l'anno del primo tentativo e il numero di tentativi effettuati fino a quel momento. Rispetto ai trattamenti di procreazione medicalmente assistita si esplorava anche quale tipo di tecnica avessero utilizzato (IUI, FIVET, ICSI o altro), in quale fase del percorso si trovassero attualmente e se, avessero avuto accesso durante le terapie a servizi di consulenza psicologica.

A partire dalla quinta sezione venivano presentati i questionari, tutti self-report, per raccogliere informazioni rispetto ai costrutti di interesse per la ricerca. Tutti i questionari venivano preceduti da una breve descrizione con le istruzioni per completarlo correttamente.

Nella sezione conclusiva del protocollo il partecipante aveva la possibilità di lasciare un commento.

Il presente disegno di ricerca è stato esaminato e approvato dal comitato etico dell'università di Padova in data 9/03/2022 e il consenso informato è stato ottenuto da tutti i partecipanti.

2.2.2.1 Conformità alle norme etiche

Tutti i partecipanti alla ricerca sono stati informati sugli obiettivi dello studio ed è stata garantita la riservatezza dei dati, con la garanzia che questi ultimi sarebbero stati utilizzati solo ai fini della ricerca. I soggetti, prima di iniziare la compilazione del questionario, hanno dato il loro consenso al trattamento dei dati e hanno ricevuto una breve spiegazione rispetto allo svolgimento della compilazione. È stata adottata ogni precauzione per tutelare la privacy dei soggetti di ricerca e la riservatezza delle informazioni raccolte. La compilazione del questionario è avvenuta in forma anonima. La salute, la dignità, l'integrità e i diritti dei partecipanti sono stati preservati e la raccolta dati è avvenuta senza alcun rischio di natura fisica o psicologica per i soggetti.

2.2.3 Strumenti

Gli strumenti utilizzati nel presente progetto di ricerca sono tutti questionari selfreport, ossia strumenti che prevedono l'autosomministrazione. Tali strumenti si sono resi necessari per la raccolta dati che ha riguardato i seguenti costrutti: soddisfazione nella relazione di coppia, attaccamento, accettazione del proprio corpo, stress correlato all'infertilità, sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa.

2.2.3.1 Dyadic Adjustment Scale – DAS-10

La Dyadic Adjustment Scale-10, utilizzata nel presente studio, è un questionario progettato per valutare la soddisfazione sperimentata da entrambi i partner coinvolti in una relazione romantica. Si tratta di una versione abbreviata della Scala di Adattamento

Diadico (DAS) a 32 item (Spanier, 1976, 2017), e si compone di soli 10 item. In uno studio riguardante la validità dei quattro punteggi della DAS (Consenso, Soddisfazione, Coesione, Espressione Affettiva), Kurdek et al. (1992), utilizzando le analisi multivariate, hanno rivelato che, complessivamente, ciascuno dei quattro punteggi DAS non spiegava una varianza unica né nella qualità della relazione né nei punteggi di differenza individuale. Piuttosto, era il punteggio della scala della Soddisfazione che spiegava costantemente la maggior parte della varianza, mentre gli altri punteggi DAS aggiungevano solo un piccolo aumento nella varianza spiegata. Lo stesso modello generale di risultati è emerso quando i punteggi DAS sono stati utilizzati per prevedere la dissoluzione. Per 3 dei 4 coniugi o partner, nessun altro punteggio DAS ha migliorato la capacità predittiva offerta dal punteggio di Soddisfazione. L'autore dunque sostiene che, nel complesso, queste conclusioni forniscono prove limitate a sostegno della natura multidimensionale del DAS, indicando invece che il punteggio di Soddisfazione da solo risulta essere il più solido dal punto di vista psicometrico tra tutti i punteggi DAS e potrebbe essere utilizzato da solo con poche perdite di informazioni (Kurdek, 1992).

Furono Sabourin et al. in un articolo del 2005, a definire "DAS-10" la versione della Scala di Adattamento Diadico (DAS) ridotta, inserita anche nel questionario somministrato nel presente studio. Tale versione è formata da 10 item della sottoscala di Soddisfazione della DAS: items 16-23 e items 31 e 32 (Sabourin, 2005).

2.2.3.2 Fertility Problem Inventory – Short Form

Il Fertility Problem Inventory (FPI, Newton et al., 1999) è un questionario multidimensionale per l'assessment dei domini significativi dello stress correlato all'infertilità.

I risultati suggeriscono che l'FPI sia una misura affidabile e valida che tocca cinque domini omogenei e relativamente indipendenti legati all'infertilità: Preoccupazione sociale, Preoccupazione sessuale, Preoccupazione relazionale, Bisogno di genitorialità e Rifiuto dello stile di vita senza figli. Questi 5 domini che, nella versione originale dell'FPI, rappresentano 5 sottoscale, vengono indagati mediante 47 item e permettono di valutare diversi aspetti inerenti al costrutto multifattoriale dello stress correlato all'infertilità. I punteggi compositi dell'FPI (stress globale) si ottengono sommando i punteggi di tutte e cinque le scale.

L'FPI-SF è una versione abbreviata e un adattamento del Fertility Problem Inventory (Newton et al., 1999) ad opera di Zurlo et al. (2017). Questa seconda versione abbreviata del Fertility Problem Inventory conta 27 item, che rilevano quattro fattori significativi e affidabili raggruppati in 4 sottoscale: le tre dimensioni della versione originale, ovvero Preoccupazione sociale, Bisogno di genitorialità e Rifiuto di uno stile di vita senza figli, sono state confermate nell'FPI-SF, e due dimensioni, ovvero Preoccupazione relazionale e le scale di preoccupazione sessuale, si sono fuse in un unico fattore, etichettato come Preoccupazione per la relazione di coppia.

Al momento della compilazione, il partecipante è invitato ad indicare il proprio grado di accordo o disaccordo rispetto a ciascuna affermazione del protocollo di somministrazione attraverso una scala Likert da 1 a 6 punti (dove 1 sta per “fortemente in disaccordo” e 6 sta per “fortemente d'accordo”).

2.2.3.3 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) è un questionario self-report che permette di indagare la presenza di sintomatologia depressiva (Kroenke & Spitzer, 2002). Tale

questionario è utilizzato sia per la diagnosi che per il monitoraggio e la determinazione della gravità della depressione; inoltre è uno strumento adatto sia per lo screening che per il case-finding e può essere somministrato da personale medico qualificato oppure autosomministrato.

Attraverso questa scala è possibile valutare ciascuno dei nove criteri indicati nella quarta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (e ripresi successivamente anche nella quinta edizione, più aggiornata) per la diagnosi del disturbo depressivo maggiore. Il PHQ-9 è composto da due domande: la prima indaga la presenza “nelle ultime due settimane” dei 9 sintomi della depressione: a ciascun partecipante viene richiesto di indicare quanto spesso si è sentito infastidito da questi disagi valutandoli su una scala Likert a 4 punti che va da 0 (per niente) a 3 (quasi tutti i giorni) passando per due punteggi intermedi, 1 (alcuni giorni) e 2 (più di metà dei giorni). La seconda domanda valuta, invece, la compromissione funzionale del normale svolgimento della vita del paziente a causa della presenza dei sintomi depressivi precedentemente individuati. Quest’ultima domanda non concorre al punteggio del PHQ-9, infatti il punteggio di ogni partecipante può variare da 0 a 27: maggiore è il punteggio ottenuto dal soggetto e maggiore sarà il suo livello di depressione. Gli studi di validazione dello strumento hanno sottolineato che ci sono diversi livelli di gravità della sintomatologia depressiva: un punteggio da 0 a 4 è indicativo dell’assenza di depressione, da 5 a 9 si parla di depressione sottosoglia, mentre da 10 a 14 si parla di depressione maggiore lieve. Negli ultimi due range di punteggi, da 15 a 19 e da 20 a 27 ci si riferisce rispettivamente a depressione maggiore moderata e a depressione maggiore severa. Se dovesse emergere che i sintomi sono presenti da più di due anni significa che la depressione cronica e la compromissione funzionale è grave per cui la remissione spontanea con vigile attesa risulta essere

improbabile. In quest'ultimo caso il trattamento consigliato è un intervento attivo immediato per i sintomi depressivi moderati (depressione minore).

Il punteggio di 10 costituisce il cut-off ottimale per evidenziare depressioni di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007). Questo strumento si è rivelato adeguato a valutare la presenza di sintomi depressivi nei pazienti con infertilità dimostrando di avere buone proprietà psicometriche.

Ai partecipanti veniva richiesto di indicare quante volte avessero lamentato i seguenti problemi nelle ultime settimane: “Scarso interesse o piacere nel fare le cose” (item 1), “Sentirsi “giù”, di cattivo umore, disperato” (item 2), “ Soffrire d’insonnia o dormire troppo” (item 3), “Sentirsi stanco o con poche energie” (item 4), “Avere scarso appetito o perso peso o essere bulimico” (item 5), “Sentirsi contrariato, “un fallito”, lasciarsi andare o sentirsi abbandonato dalla famiglia” (item 6), “Difficoltà nel concentrarsi sulle cose, ad esempio leggere il giornale o guardare la TV” (item 7), “Muoversi o parlare lentamente tanto da non essere compreso da altri. Oppure, sentirsi agitato e muoversi più del solito” item 8), “Pensare che sarebbe meglio morire o ferirsi in qualche modo” (item 9). In conclusione, al partecipante veniva posta la seguente domande “Quanto l'eventuale presenza dei problemi sopra descritti ha reso difficile il suo lavoro, l’aver cura della sua casa o lo stare con altre persone?”. Le risposte possibili a quest’ultima questione erano: nessuna difficoltà, qualche difficoltà, molto difficile o estremamente difficile.

Nella presente ricerca il coefficiente α di Cronbach calcolato ha riportato un valore pari a 0.88.

2.2.3.4 Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)

Per valutare la presenza di sintomatologia ansiosa è stato utilizzato il Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) di Spitzer et al. (2006). Tale strumento è stato sviluppato per l'uso nelle cure primarie (Barthel et al., 2014; Beard & Björgvinsson, 2014; Jordan et al., 2017; Rutter & Brown, 2017) ma si è rivelato un questionario self-report utile per identificare i pazienti con probabile disturbo d'ansia generalizzato (GAD) in diversi paesi e contesti, anche al di fuori delle cure primarie. In aggiunta, lo strumento è risultato essere efficace anche per indagare la presenza di sintomatologia ansiosa nelle persone con problemi di infertilità (Omani-Samani, Ghaheri, et al., 2018). La letteratura sottolinea che il Generalized Anxiety Disorder 7 ha proprietà psicometriche soddisfacenti nella popolazione generale (Löwe et al., 2008; Mills et al., 2014) e nell'ambito della cura primaria (Ruiz et al., 2011; Spitzer et al., 2006).

Si tratta di uno strumento autosomministrabile composto da 7 item e richiede circa 1-2 minuti per la compilazione. Tramite esso è possibile valutare la frequenza dei sintomi durante il periodo precedente di 2 settimane e per ogni sintomo interrogato fornisce le seguenti opzioni di risposta: "mai", "alcuni giorni", "per oltre la metà dei giorni" e "quasi ogni giorno" e questi vengono valutati, rispettivamente, come 0, 1, 2 o 3. Poiché ciascuno dei 7 item ha un punteggio da 0 a 3, il punteggio della scala GAD-7, va da 0 a 21 (Spitzer et al., 2006). Un punteggio pari o superiore a 10 nella scala GAD-7 rappresenta un punto ragionevole per identificare i casi clinici di GAD e di conseguenza i punteggi 5, 10 e 15 potrebbero essere considerati dei punteggi cut off e potrebbero essere interpretati rispettivamente come livelli di ansia lievi, moderati e gravi (Spitzer et al., 2006).

Gli item contenuti all'interno della scala sono i seguenti: "Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a" (item 1); "Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le

preoccupazioni.” (item 2); “Preoccuparsi troppo per varie cose.” (item 3); “Avere difficoltà a rilassarsi.” (item 4); Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a. (item 5); “Infastidirsi o irritarsi facilmente.” (item 6); “Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile.” (item 7). Nelle istruzioni viene chiesto al partecipante di leggere attentamente le frasi e indicare con quale frequenza ha riscontrato le seguenti difficoltà nelle ultime due settimane.

2.2.3.5 Body Appreciation Scale – 2 (BAS-2)

La Body Appreciation Scale- 2 (BAS-2; Tylka & Wood-Barcalow, 2015 trad. it. Casale et al., 2021) è un questionario self-report composto da 10 item, che deriva della Body Appreciation Scale (BAS) di Avalos et al. (2005), strumento con il quale condivide la struttura unidimensionale e la formulazione di alcuni item. Attraverso tale questionario, infatti, è possibile valutare l'apprezzamento corporeo individuale, che è definito come l'accettazione e il rispetto del proprio corpo, la presenza di opinioni favorevoli su di esso e il rifiuto dei canoni estetici promossi dai media come unica forma di bellezza umana (Avalos et al., 2005).

A livello globale, gli studi con il BAS-2 suggeriscono che questa misura è psicometricamente valida per lo studio dell'apprezzamento del corpo. Ha dimostrato una struttura a fattore singolo coerente, un'adeguata coerenza interna e una buona affidabilità test-retest. È stato anche riscontrato che il BAS-2 ha una buona validità convergente. La consistenza interna dello strumento, nella presente ricerca, misurata tramite il coefficiente dell' α di Cronbach, è risultata elevata, con un valore di 0.96.

Lo strumento comprende 5 item tratti dal questionario di Avalos (Avalos et al., 2005) mentre i restanti 5 item sono frutto di revisione o di nuovo sviluppo. L'analisi fattoriale

ha confermato l'unidimensionalità e l'invarianza del BAS-2 rispetto al sesso e al tipo di campione.

Questo strumento è stato utilizzato nella presente ricerca per indagare l'apprezzamento corporeo in un campione di donne all'interno di coppie infertili, di seguito si elencano i 10 item da cui è composto: "Rispetto il mio corpo" (item 1); "Sto bene con il mio corpo" (item 2); "Credo che il mio corpo abbia perlomeno qualche buona qualità" (item 3); "Ho un atteggiamento positivo verso il mio corpo" (item 4); "Sono attento/a ai bisogni del mio corpo" (item 5); "Amo il mio corpo" (item 6); "Apprezzo le caratteristiche particolari e uniche del mio corpo" (item 7); "Il mio comportamento rivela un atteggiamento positivo verso il mio corpo, ad esempio cammino a testa alta e sorrido" (item 8); "Mi sento a mio agio nel mio corpo" (item 9); "Mi sento bello/a anche se sono diverso/a dall'immagine di persona attraente proposta dai media (es: modelli/e, attori/attrici)" (item 10).

Gli item sono posti tutti in forma affermativa e al partecipante si richiede di esprimere la frequenza con la quale sperimenta tali affermazioni come vere, indicando la propria scelta su una scala Likert da 1 a 5 punti (dove 1= mai; 2= raramente; 3= a volte; 4= spesso; 5= sempre). La formulazione degli item è ambigua per consentire il riferimento a qualsiasi aspetto del corpo durante la compilazione del questionario (Dignard & Jarry, 2019).

La versione italiana dello strumento ha mostrato adeguate proprietà psicometriche (Casale et al., 2021) e, inoltre, è stata confermata l'invarianza del sesso e questo aggiunge un importante supporto alla validità del BAS-2 italiano perché indica che lo strumento è applicabile a uomini e donne.

2.2.3.6 Experiences in Close Relationship – Revised (ECR-R)

Lo stile di attaccamento dei soggetti partecipanti è stato valutato utilizzando la versione italiana (Calvo, 2008) del questionario Experiences in Close Relationships - Revised (ECR-R; Fraley et al., 2000). Tale strumento valuta due dimensioni centrali alla base dell'insicurezza dell'attaccamento: l'ansietà e l'evitamento. L'attaccamento ansioso fa riferimento ad aspetti di preoccupazione per la relazione e di timore di essere abbandonati. Al contrario, l'attaccamento evitante è associato ad un modello di Sé difensivamente positivo, autosufficiente, invulnerabile e indipendente per questi motivi la vicinanza all'altro è temuta e quindi evitata così come i sentimenti di dipendenza e intimità sono allontanati e percepiti negativamente (Bartholomew & Horowitz, 1991; Busonera et al., 2014).

Lo strumento ha dimostrato buone proprietà psicometriche, come un'elevata consistenza interna, di essere riproducibile e di possedere una struttura fattoriale in accordo con la teoria e con lo strumento originale (Picardi et al., 2005); inoltre presenta una facile applicabilità e tempi di somministrazione non eccessivamente elevati (Busonera et al., 2014). Tale questionario, come detto in precedenza, consente di valutare lo stile di attaccamento al partner in termini dimensionali, il che è spesso vantaggioso nell'analisi dei dati di ricerca.

L'Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) è uno strumento selfreport costituito da 36 item. Nello specifico, è formato da due sottoscale, ciascuna composta da 18 item che valutano rispettivamente l'evitamento e l'ansietà in riferimento all'attaccamento nelle relazioni con i partner sentimentali: gli item dispari appartengono alla sottoscala dell'evitamento, mentre quelli pari appartengono alla sottoscala dell'ansietà.

Al partecipante viene richiesto di indicare il grado di accordo o disaccordo, su una scala Likert a 7 punti, rispetto alle affermazioni proposte (1 = Forte disaccordo, 4 = Neutrale/Misto, 7 = Forte accordo). Lo strumento è stato costruito sulla base della prospettiva offerta dall'approccio dimensionale per cui si ha la possibilità di definire la sicurezza o l'insicurezza dell'attaccamento sulla base dei livelli raggiunti dalle sottoscale dell'Ansietà e dell'Evitamento: la presenza di alti punteggi nelle due sottoscale indica che il partecipante ha uno stile di attaccamento "insicuro", viceversa, punteggi bassi in queste due dimensioni definiscono uno stile di attaccamento "sicuro" (Busonera et al., 2014).

2.2.4 Metodi di analisi statistica

L'analisi dei dati ottenuti è stata inizialmente effettuata tramite il programma di analisi statistica SPSS (Statistical Package for Social Science). I dati sono stati precedentemente raccolti e ordinati all'interno di un database Microsoft Excel, dove sono stati apportati i primi necessari aggiustamenti sulla base dei criteri di inclusione illustrati nei paragrafi 2.2.1 e 2.2.2. Il dataset è stato successivamente ispezionato: nei casi in cui i valori mancanti si erano dimostrati esigui, sono stati considerati casuali e, quindi, sostituiti con il punteggio modale alla relativa scala (Kline, 1998). Si è ottenuto così un campione definitivo costituito da 34 coppie, sul quale sono state condotte le successive analisi statistiche. Sono state dapprima elaborate le statistiche descrittive relative alle caratteristiche sociodemografiche del campione (riportate nel par. 2.2.1 di questo capitolo), computando la media (M) e la deviazione standard (SD) per l'età dei partecipanti, per la durata della relazione e della convivenza (tutte espresse in anni), nonché le frequenze e le percentuali dei dati relativi a presenza di figli nell'attuale relazione e in relazioni precedenti, grado di istruzione e attuale occupazione. Dopo aver calcolato il coefficiente Alpha di Cronbach di ciascuno strumento al fine di valutarne la

consistenza interna nella presente ricerca, si è proceduto con l'elaborazione delle statistiche descrittive relative alle variabili oggetto di studio: apprezzamento corporeo, attaccamento ansioso ed evitante, stress da infertilità, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e soddisfazione di coppia.

In seguito, prima di procedere al calcolo mediante l'*Actor Partner Interdependence Model* (APIM, Fraley et al., 2000; Kenny, 1996), è stata svolta un'analisi correlazionale bivariata. In prima battuta, infatti, è stata valutata la presenza di correlazioni tra le variabili di interesse considerate come indipendenti o predittive e dipendenti o di *outcome* all'interno del modello. In questo studio, in linea con le ipotesi di ricerca, sono state considerate come variabili indipendenti o predittive: l'apprezzamento corporeo (BAS-2), l'attaccamento ansioso ed evitante (ECR-R), lo stress legato all'infertilità (FPI-SF), la sintomatologia depressiva (PHQ-9) e la sintomatologia ansiosa (GAD-7). Come variabile dipendente o *outcome* è stata sempre scelta la DAS-10, che misura la Soddisfazione di coppia. Dunque, dopo aver verificato la presenza di correlazioni tra variabili predittive e outcome, sono stati impostati i modelli APIM per valutare gli effetti reciproci di ogni costrutto sulla Soddisfazione di coppia (variabile *outcome*) per entrambi i membri della diade; in totale, sono stati prodotti 10 modelli APIM (si veda paragrafo 2.4.3).

Attraverso il modello APIM è possibile comprendere come le variabili relative a un soggetto impattino le variabili del corrispondente partner, e questo è particolarmente importante per il nostro costrutto obiettivo, la Soddisfazione di coppia, che è di tipo relazionale. A partire dal presupposto teorico di interdipendenza nelle relazioni, per cui le emozioni, cognizioni e i comportamenti di una persona coinvolgono ed impattano anche le medesime componenti nel partner (come nel nostro campione in analisi) o dei soggetti con cui questo è in relazione (Kelley & Thibaut, 1978; Kelley, Holmes, Kerr,

Reid, Rusbult & Van Lange, 2002), il modello APIM sfrutta tecniche statistiche per indagare, coerentemente con la prospettiva teorica sopra riportata e con gli obiettivi e le ipotesi della nostra ricerca, come i parametri relativi alla Soddisfazione di coppia siano influenzati da fattori relativi all'altro membro della diade e non solo da fattori individuali interni al soggetto (Cook & Kenny, 2005). Se verificata la condizione iniziale di *nonindependence of observation* (Kelley & Thibaut, 1978), dunque, sorge la necessità di trattare la diade come un'unità di analisi piuttosto che come somma di singoli individui, in quanto le osservazioni sui due soggetti risulteranno interconnesse e correlate, e i punteggi saranno pertanto informativi anche dell'effetto sull'altra persona. Dando per assunta l'indipendenza e quindi la mancanza di correlazioni nelle osservazioni delle variabili dipendenti, conseguenza diretta è che i punteggi di due individui verranno trattati come se fossero completamente indipendenti. Il vantaggio di utilizzare il metodo APIM è dato dalla possibilità di analizzare i membri della coppia simultaneamente (partecipanti uomini e partecipanti donne vengono analizzati insieme, nel medesimo disegno); si tiene conto, dunque, non solo delle influenze dirette che una data variabile ha su un altro costrutto, appartenente al singolo soggetto in questione, ma anche delle influenze che le variabili riferite a tale soggetto producono sul proprio partner e variabili riferite a quest'ultimo. La misurazione dell'associazione tra punteggi dei membri della diade permette di indagare la "condizione di non indipendenza". Nel caso in cui i membri in esame siano distinguibili, come nel caso del nostro studio, l'assunto di dipendenza può essere misurato attraverso la *Pearson Product Moment Correlation*: i punteggi dei soggetti che compongono la coppia saranno così analizzati, tenendo conto sia dell'*actor effect* (effetto attore), ovvero l'effetto di una variabile X (variabile indipendente/di controllo) di un soggetto sulla variabile Y (variabile di outcome) dello stesso soggetto

(es. l'effetto della sintomatologia depressiva della donna sulla sua soddisfazione di coppia), sia del *partner effect* (effetto partner), legato al concetto di interdipendenza, e riferito all'influenza di una variabile X di un soggetto sulla variabile outcome Y1 del partner (es. l'effetto della sintomatologia depressiva della donna sulla soddisfazione di coppia dell'uomo), o l'effetto della variabile X1 del secondo soggetto sulla variabile Y del primo, suo partner (es.: l'effetto che la sintomatologia depressiva dell'uomo ha sulla soddisfazione della coppia riportata dalla donna). In questo modo, si otterranno, per ogni soggetto, un effetto attore e un effetto partner, come mostrato nel paragrafo 2.4.3.

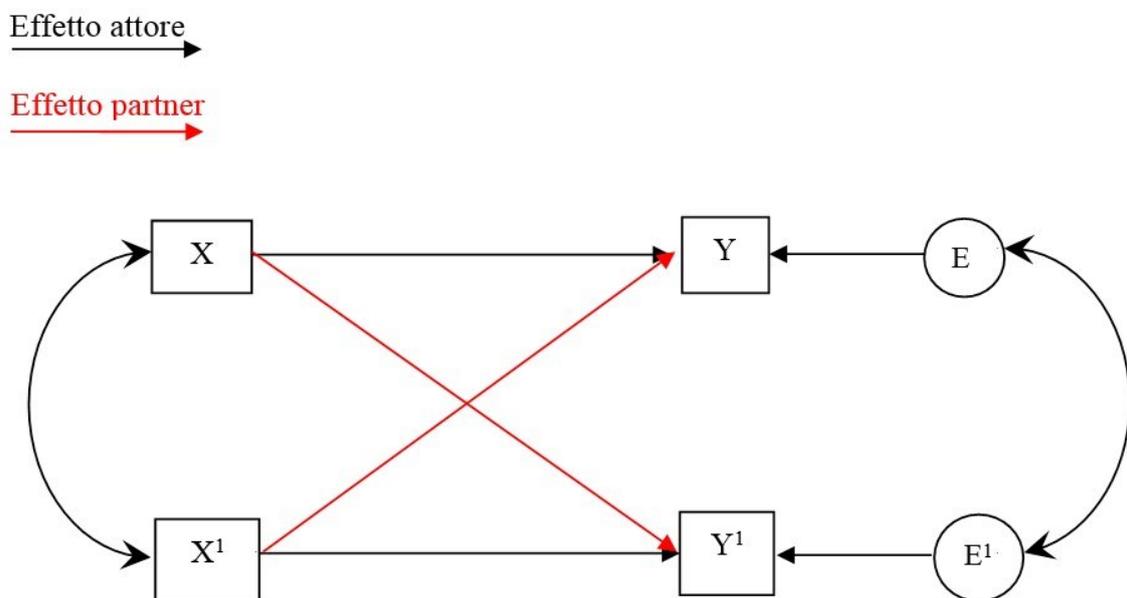


Figura 1 The Actor-Partner Interdependence Model (APIM): X= variabile indipendente sogg. 1; X¹ =variabile indipendente sogg. 2; Y = variabile outcome sogg. 1; Y¹ = variabile outcome sogg.2; E/ E¹ =porzione residuale (non spiegata) del punteggio Y/ Y¹ di un soggetto. Le frecce con una punta indicano effetti predittivi o causali. Le frecce a doppia punta indicano le correlazioni tra variabili. Le frecce con una sola direzione indicano paths causali o predittivi: nello specifico le frecce orizzontali indicano l'actor effect, ovvero l'influenza che la variabile indipendente dell'individuo ha sulla variabile outcome dell'individuo stesso; le frecce diagonali indicano il partner effect, ovvero l'influenza che la variabile indipendente dell'individuo, ha sulla variabile outcome del partner. Le frecce bidirezionali curve indicano variabili correlate tra di loro: la prima indica che le due variabili indipendenti, essendo all'interno di un sistema diadico, la seconda freccia indica che le variabili outcome correlano tra di loro.

La coppia rappresenta, dunque, l'unità di analisi (la numerosità campionaria diventa la quantità di diadi in analisi, non il numero di individui che le compongono) e, se è presente un qualsiasi effetto partner, si può inferire vi sia un'influenza interpersonale o interdipendenza tra i soggetti. Inoltre, almeno l'effetto partner per ciascun soggetto deve essere statisticamente significativo per supportare l'ipotesi di influenza bidirezionale. Vi sono due ulteriori funzioni del modello APIM da considerare: le correlazioni tra le variabili indipendenti dei due soggetti che compongono la diade e le correlazioni residue tra le variabili di outcome. L'importante ruolo statistico della correlazione tra le variabili indipendenti, indicata dalla curva a doppia freccia rivolta tra X e X_1 (Figura 1), assicura che, se una variabile X prevede una variabile Y , la loro relazione viene analizzata controllando la variabile X_1 ; pertanto, vengono stimati gli "effetti attore" controllando gli "effetti partner" e gli "effetti partner" sono stimati controllando gli "effetti attore". Inoltre, poiché è improbabile che le variabili X spieghino tutta la varianza delle variabili dipendenti, la porzione di variabile Y che non viene spiegata da nessun effetto delle variabili X/X_1 è rappresentata in Figura 1, tramite E ed E_1 , rispettivamente i termini di errore residuo per Y e Y_1 ; se gli effetti attore e partner sono l'unica ragione per cui Y e Y_1 sono correlate, vale a dire l'unica fonte di non indipendenza, quando tale varianza dovuta agli effetti del partner viene rimossa, le variabili di outcome non dovrebbero risultare correlate. Tuttavia, potrebbero esserci altri motivi per cui tali variabili tra i soggetti risultano correlate, ad esempio la presenza di un fattore a livello familiare comune che può determinare la covarianza dei punteggi dei due individui. La curva a doppia freccia che collega E e E_1 indica che la parte di varianza rimasta inspiegata dalle variabili dipendenti è correlata, anche dopo aver rimosso la covarianza dovuta agli effetti del partner.

Il modello di analisi diadica *Actor Partner Interdependence Model* (APIM, Fraley et al., 2000; Kenny, 1996), è stato valutato mediante il pacchetto Lavaan del software R, ovvero attraverso la stima simultanea di due modelli di regressione lineare multipla, uno per ciascuno dei due partner. Sono stati calcolati gli indici: il valore R^2 , che esprime la proporzione di varianza spiegata dal modello, per valutare la bontà dell'adattamento del modello teorico ipotizzato ai dati empirici, e le stime dei parametri (coefficienti di regressione β) con relativa significatività, che permettono di quantificare gli effetti di una variabile sull'altra. Le stime dei parametri sono state calcolate mediante il metodo della Massima Verosimiglianza (*Maximum Likelihood*), il quale consente di massimizzare la probabilità che la matrice riprodotta sia più vicina possibile a quella osservata.

2.3 RISULTATI

Ai fini dell'obiettivo generale della presente ricerca e per la verifica delle ipotesi precedentemente descritte, si è proceduto con un'iniziale analisi delle statistiche descrittive delle variabili oggetto di studio visionabile all'interno della Tabella 1. In seguito, è stata condotta, attraverso l'indice *r di Pearson*, un'analisi correlazionale bivariata impostata tenendo come variabili di indagine il costrutto dell'Apprezzamento Corporeo (BAS-2), dell'Attaccamento adulto (Ansietà ed Evitamento) (ECR-R), dello Stress legato all'infertilità (FPI-SF), della sintomatologia depressiva (PHQ-9), di quella ansiosa (GAD-7) e della Soddisfazione di coppia (DAS-10). I risultati così ottenuti nella Tabella 2, Tabella 3, Tabella 4, Tabella 5 e nella Tabella 6, vengono dapprima spiegati e poi rappresentati graficamente tramite il modello dell'*Actor Partner Interdependence Model* (APIM, (David A. Kenny, 1996; Fraley et al., 2000).

2.3.1 Statistiche descrittive e analisi correlazionale

Nella Tabella 1, sono riportate le statistiche descrittive delle variabili di studio che sono state indagate mediante l'utilizzo di sei strumenti: la BAS-2 (Casale et al., 2021; Tylka & Kroon Van Diest, 2015) per valutare l'apprezzamento corporeo; l'ECR-R (Fraley et al., 2000) con la scala dell'ansietà e dell'evitamento per indagare lo stile di attaccamento romantico adulto; il FPI-SF (Zurlo et al., 2017) che attraverso le scale denominate preoccupazione sociale, bisogno di genitorialità, rifiuto di uno stile di vita senza figli, preoccupazione per la relazione di coppia, stress globale ha permesso di indagare il livello di stress da infertilità; il PHQ-9 (Kroenke & Spitzer, 2002) per indagare l'eventuale presenza di sintomatologia depressiva; e la GAD-7 (Spitzer et al., 2006) per quanto riguarda la valutazione della sintomatologia ansiosa e la DAS-10 (Sabourin et al., 2005) per valutare la soddisfazione di coppia.

Tabella 1: Statistiche descrittive relative alle variabili di studio

Partecipanti	Maschi					Femmine				
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>N</i>
Apprezzamento Corporeo (BAS-2)	4.12	0.66	2.50	5	34	3.55	0.96	1.3	5	34
Attaccamento Ansioso (ECR-R)	41.32	16.26	18	91	34	43.97	17.74	21	89	34
Attaccamento Evitante (ECR-R)	40.12	14.81	18	76	34	38.44	15.22	18	82	34
Stress da infertilità (FPI-SF)	78.26	17.37	38	125	34	91.71	20.74	49	147	34
Sintomatologia Depressiva (PHQ-9)	4.94	4.17	0	18	34	8.38	5.41	1	25	34
Sintomatologia Ansiosa (GAD-7)	7.12	4.18	0	18	34	9.24	5.42	1	21	34
Soddisfazione di coppia (DAS-10)	40.44	4.88	26	49	34	40.00	5.82	21	49	34

È stato poi eseguito un *t-test* per campioni indipendenti allo scopo di valutare un'eventuale presenza di associazione tra genere e Apprezzamento Corporeo, Attaccamento Ansioso ed Evitante, Stress legato alla diagnosi di infertilità, Sintomatologia Depressiva, Sintomatologia Ansiosa e Soddisfazione di coppia. I risultati del *t-test* per campioni indipendenti, hanno evidenziato che non sono presenti differenze di genere significative per la dimensione dell'Attaccamento Ansioso tra maschi e femmine ($t = 1.216, df = 33, p = .233$), né per l'Attaccamento evitante ($t = -.531, df = 33, p = .599$) e neanche per quanto riguarda la dimensione della Soddisfazione di coppia ($t = -.572, df = 33, p = .571$). Sono invece emerse delle differenze di genere significative per la sintomatologia Ansiosa ($t = 2.081, df = 33, p = .045$) e per quella depressiva ($t = 3.327, df = 33, p = .002$), ed anche per quanto riguarda l'Apprezzamento corporeo ($t = -2.708, df = 33, p = .011$) e lo Stress da infertilità ($t = 3.961, df = 33, p = .000$). In particolare, si riscontrano punteggi maggiori di sintomatologia Ansiosa e di Stress legato all'infertilità nelle femmine rispetto a quelli dei partner maschi e molto maggiori nelle femmine rispetto ai maschi per quanto riguarda la sintomatologia depressiva. Al contrario, per quanto riguarda l'Apprezzamento corporeo, le femmine mostrano punteggi minori rispetto a quelli dei maschi (vedi anche *Tabella 1*).

Dopo aver calcolato le statistiche descrittive relative al campione di riferimento, si è proceduto calcolando, attraverso l'indice *r* di *Pearson*, le analisi correlazionali bivariate. L'analisi dei dati è stata svolta, come precedentemente riferito, utilizzando il software statistico SPSS (Statistical Package for Social Science). In vista dell'obiettivo generale della ricerca, questa analisi correlazionale è stata impostata tenendo come variabili di indagine i costrutti sopra citati.

In linea con la prima ipotesi, nella *Tabella 2* è stata indagata la presenza di un'associazione tra *Apprezzamento Corporeo* e *Soddisfazione di coppia* dei partecipanti suddivisi per genere. Nessuna correlazione è risultata significativa, tranne la correlazione positiva tra la *Soddisfazione di coppia* del maschio e quella della femmina, con $r = .66$, $p < 0.1$

Tabella 2: Correlazioni bivariate tra il costrutto dell'Apprezzamento Corporeo e la dimensione della Soddisfazione di coppia (r di Pearson)

	1	2	3	4
1. <i>Apprezzamento Corporeo Femmine</i>	--			
2. <i>Apprezzamento Corporeo Maschile</i>	-.13	--		
3. <i>Soddisfazione di coppia Femmine</i>	.15	.20	--	
4. <i>Soddisfazione di coppia Maschi</i>	.11	.18	.66**	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Si è proceduto, in linea con la seconda ipotesi, indagando la presenza di un'associazione tra *Attaccamento Ansioso* e *Soddisfazione di coppia*, sempre suddividendo il campione tra genere maschile e femminile. Come illustrato nella *Tabella 3*, sono risultate significative e negative le correlazioni tra *Attaccamento Ansioso* femminile e *Soddisfazione di coppia* femminile $r = -.56$, $p < .01$; tra *Attaccamento Ansioso* femminile e *Soddisfazione di coppia* maschile $r = -.57$, $p < .01$; tra *Attaccamento Ansioso* maschile e *Soddisfazione di coppia* femminile $r = -.48$, $p < .01$; tra *Attaccamento*

Ansioso maschile e Soddisfazione di coppia maschile $r = -.65, p < .01$. Per quanto riguarda l'Attaccamento Evitante e la Soddisfazione di coppia, sono risultate sempre negativamente significative le correlazioni tra Attaccamento Evitante femminile e Soddisfazione di coppia femminile $r = -.70, p < .01$; tra Attaccamento Evitante femminile e Soddisfazione di coppia maschile $r = -.37, p < .01$ e tra Attaccamento evitante maschile e Soddisfazione di coppia maschile $r = -.47, p < .01$. Risulta infine sempre significativa la correlazione positiva tra la Soddisfazione di coppia del maschio e quella della femmina, con $r = .66, p < 0.1$

Tabella 3: Correlazioni bivariate tra il costrutto di Attaccamento Ansioso e Attaccamento evitante, e la dimensione della Soddisfazione di coppia, suddivise per generi (r di Pearson)

	1	2	3	4	5
1. Attaccamento Ansioso Femmine	--				
2. Attaccamento Ansioso Maschi	.72**	--			
3. Attaccamento Evitante Femmine	.56**	.37**	--		
4. Attaccamento Evitante Maschi	.50**	.69**	.25	--	
5. Soddisfazione di coppia Femmine	-.56**	-.48**	-.70**	-.10	--
6. Soddisfazione di coppia Maschi	-.57**	-.65**	-.37**	-.47**	.66**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In conformità con la terza ipotesi, è stata poi indagata la presenza di un'associazione tra lo Stress legato all'infertilità e la Soddisfazione di coppia, sempre suddividendo tra genere femminile e maschile. Come illustrato nelle Tabelle 4 e 5, si è andati ad analizzare la correlazione tra Soddisfazione di coppia e Stress da infertilità, suddividendo quest'ultimo costrutto in base alle sottoscale del questionario *Fertility Problem Inventory (FPI-SF)*: Preoccupazione sociale, Bisogno di genitorialità, Rifiuto di una vita senza figli, Preoccupazione per la relazione di coppia e Stress globale. Per quanto riguarda la correlazione tra Preoccupazione sociale e Soddisfazione di coppia, è risultata statisticamente significativa la correlazione negativa tra Preoccupazione sociale maschile e Soddisfazione di coppia maschile $r = -.38, p < .05$. Inoltre, sono risultate significative e negative le correlazioni tra la Preoccupazione per la relazione di coppia femminile e la Soddisfazione di coppia femminile $r = -.49, p < .01$; tra la Preoccupazione per la relazione di coppia femminile e la Soddisfazione di coppia maschile $r = -.35, p < .05$; tra la Preoccupazione per la relazione di coppia maschile e la Soddisfazione di coppia femminile $r = -.40, p < .05$; tra la Preoccupazione per la relazione di coppia maschile e la Soddisfazione di coppia maschile $r = -.50, p < .01$. Risulta infine sempre significativa la correlazione positiva tra la Soddisfazione di coppia del maschio e quella della femmina, con $r = .66, p < 0.1$

Tabella 4: Correlazioni bivariate tra il costrutto dello Stress legato alla condizione di infertilità e la dimensione della Soddisfazione di coppia delle femmine (r di Pearson)

	1	2	3	4	5	6
1. Preoccupazione Sociale	--					
2. Bisogno di genitorialità	.35*	--				
3. Rifiuto vita senza figli	.26	.61**	--			
4. Preoccupazione per la relazione di coppia	.54**	.24	.13	--		
5. Stress globale	.82**	.72**	.65**	.66**	--	
6. Soddisfazione di coppia (DAS-10)	-.24	-.17	.20	-.49**	-.15	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .00$

Tabella 5: Correlazioni bivariate tra il costrutto dello Stress legato alla condizione di infertilità e la dimensione della Soddisfazione di coppia dei maschi (r di Pearson)

	1	2	3	4	5	6
1. Preoccupazione Sociale	--					
2. Bisogno di genitorialità	.30	--				
3. Rifiuto vita senza figli	.20	.51**	--			
4. Preoccupazione per la relazione di coppia	.52**	.50**	.22	--		
5. Stress globale	.75**	.78**	.65**	.72**	--	
6. Soddisfazione di coppia (DAS-10)	-.38*	-.21	.21	-.50**	-.30	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Come riportato in Tabella 6, si è andati ad indagare la presenza di un'associazione tra la sintomatologia depressiva e la soddisfazione di coppia, individuando come significative solamente la correlazione negativa tra sintomatologia depressiva del soggetto maschile e Soddisfazione di coppia dello stesso, $r = -.41$, $p < .05$ e la correlazione positiva tra la Soddisfazione di coppia del maschio e quella della femmina, con $r = .66$, $p < 0.1$.

Tabella 6: Correlazioni bivariate tra la Sintomatologia Depressiva e la dimensione della Soddisfazione di coppia (r di Pearson)

	1	2	3	4
1. Sintomatologia Depressiva Femmine	--			
2. Sintomatologia Depressiva Maschi	.23	--		
3. Soddisfazione di coppia Femmine	-.29	-.19	--	
4. Soddisfazione di coppia Maschi	-.28	-.41*	.66**	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In vista della quinta ipotesi dello studio, si è svolta un'analisi correlazionale tra la sintomatologia Ansiosa dei soggetti maschili e femminili e la Soddifazione di coppia degli stessi. Nella Tabella 7 è possibile notare come sia risultata significativa e negativa la correlazione tra la sintomatologia ansiosa maschile e la Soddifazione di coppia maschile, $r = -.36$, $p < 0.5$. Sempre significativa la correlazione positiva tra la Soddifazione di coppia del maschio e quella della femmina, con $r = .66$, $p < 0.1$.

Tabella 7: Correlazioni bivariate tra la Sintomatologia Ansiosa e la dimensione della Soddifazione di coppia (r di Pearson)

	1	2	3	4
1. Sintomatologia Ansiosa Femmine	--			
2. Sintomatologia Ansiosa Maschi	.26	--		
3. Soddifazione di coppia Femmine	-.29	-.07	--	
4. Soddifazione di coppia Maschi	-.24	-.36*	.66**	--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.3.2 Actor Partner Interdependence Model (APIM)

Dopo aver analizzato le correlazioni tra tutte le variabili impostate come indipendenti e la variabile *outcome* della Soddisfazione di coppia (Tabella 2, Tabella 3, Tabella 4, Tabella 5, Tabella 6), i dati ottenuti sono stati analizzati impostando delle regressioni lineari multiple tramite il modello statistico dell'*Actor Partner Interdependence Model* (APIM, Fraley et al., 2000; Kenny, 1996), con diadi distinguibili al fine di valutare l'impatto e le influenze reciproche esistenti all'interno dei soggetti di genere maschile e femminile e tra partner di una relazione romantica.

Nel primo modello APIM elaborato, sono state considerate come variabili indipendenti il costrutto dell'Apprezzamento Corporeo (valutato attraverso la BAS-2) del maschio e dell'Apprezzamento Corporeo della femmina, mentre come variabili di *outcome* si è tenuto conto del costrutto di Soddisfazione di coppia (derivante dalla DAS-10) nel maschio e nella femmina. Successivamente si è proseguito con la stima dei parametri e il calcolo delle relative significatività. In *Figura 1* sono riportate graficamente le stime standardizzate di tutte le relazioni ipotizzate. Tale modello non ha rilevato *actor effect* statisticamente significativi tra Apprezzamento corporeo maschile e Soddisfazione di coppia maschile e neanche tra Apprezzamento corporeo femminile e Soddisfazione di coppia femminile. Non sono risultati statisticamente significativi i *partner effect* tra Apprezzamento corporeo maschile e Soddisfazione di coppia femminile, e neppure tra Apprezzamento corporeo femminile e soddisfazione di coppia maschile.

Figura 1: Analisi APIM tra i livelli di Apprezzamento Corporeo e Soddisfazione di coppia

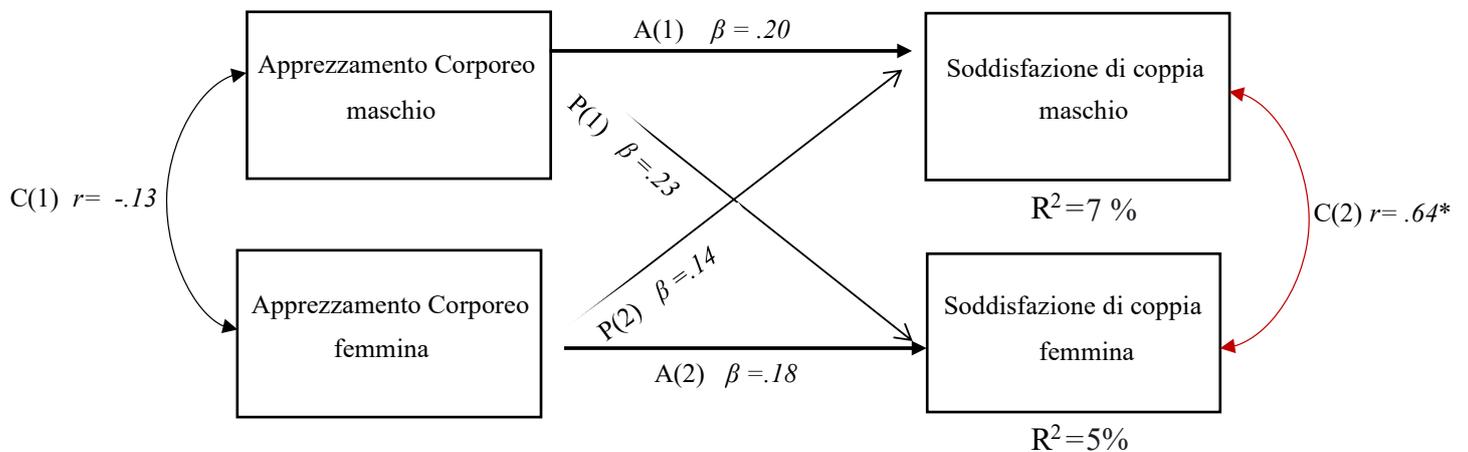


Figura 1: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Apprezzamento Corporeo dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect dell'Apprezzamento corporeo maschile sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect dell'Apprezzamento Corporeo femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect dell'Apprezzamento Corporeo del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect dell'Apprezzamento Corporeo della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra l'Apprezzamento corporeo maschile e quello femminile; C(2): covarianza tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

Successivamente, sono state considerate come variabili indipendenti le due dimensioni dell'Attaccamento insicuro (ECR-R): Attaccamento Ansioso e l'Attaccamento Evitante. Sono quindi stati prodotti due modelli APIM, nel primo (Figura 2) la variabile indipendente è stata l'Attaccamento Ansioso del maschio e l'Attaccamento Ansioso della femmina, mentre come variabili di *outcome* si è tenuto la Soddisfazione di coppia nel maschio e nella femmina. In questo caso, sia per i partner di genere maschile sia per quelli partner di genere femminile, gli *actor effect* dell'Attaccamento Ansioso sulla soddisfazione di coppia sono risultati ampiamente significativi e negativi (rispettivamente $\beta = -.49$ $p = .008$ e $\beta = -.46$, $p = .025$), indicando che esiste una stabilità affidabile nel grado di associazione tra le variabili. Inoltre, è stata stimata la correlazione

tra gli errori della Soddisfazione di coppia del maschio e della femmina, con $r = .50$, $p = 0.009$.

Figura 2: analisi APIM tra i livelli di Attaccamento Ansioso e Soddisfazione di coppia

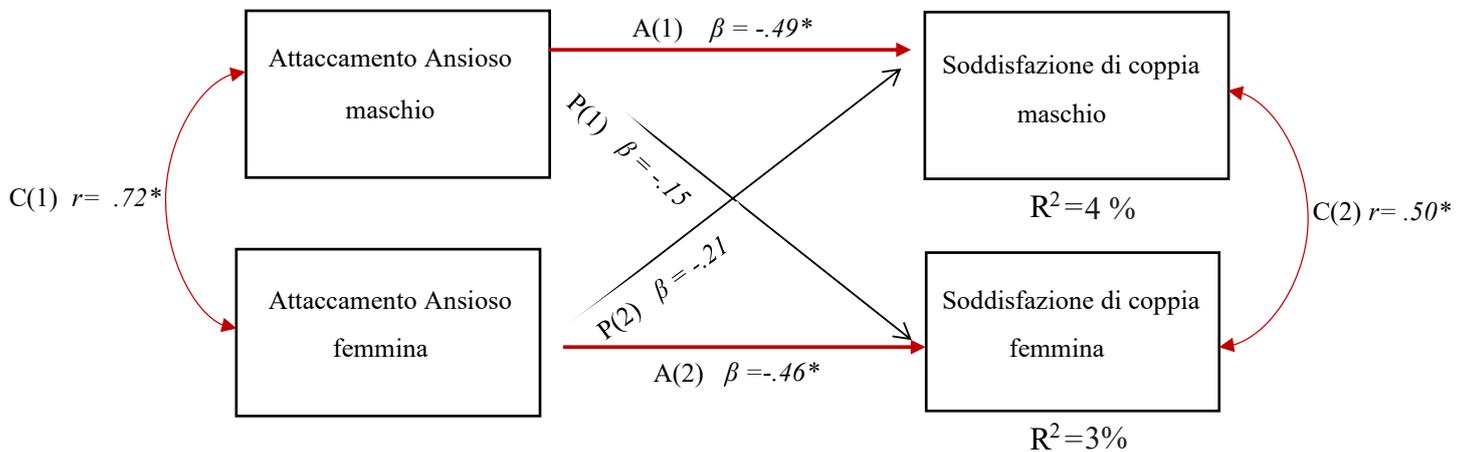


Figura 2: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Attaccamento Ansioso dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect dell'Attaccamento Ansioso maschile sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect dell'Attaccamento Ansioso femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect dell'Attaccamento Ansioso del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect dell'Attaccamento Ansioso della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra l'Attaccamento Ansioso maschile e quello femminile; C(2): covarianza tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

È stato poi realizzato il modello APIM in cui la variabile indipendente è l'Attaccamento Evitante del maschio e l'Attaccamento evitante della femmina, la variabile *outcome* è rimasta la Soddisfazione di coppia nel maschio e nella femmina. In questo modello sono emersi come significativi e negativi gli *actor effect* dell'Attaccamento evitante maschile sulla soddisfazione di coppia maschile ($\beta = -.41$, $p = .006$) e, in maniera ancora più evidente, l'*actor effect* dell'Attaccamento Evitante femminile sulla soddisfazione di coppia femminile ($\beta = -.72$, $p < .001$). Inoltre, si evidenzia un *partner effect* negativo dell'Attaccamento Evitante femminile sulla Soddisfazione di

coppia maschile che però non risulta significativo ($\beta = -.26, p = .077$). È risultata statisticamente significativa la correlazione tra gli errori della Soddisfazione di coppia del maschio e Soddisfazione di coppia della femmina con $r = .73, p < .001$.

Figura 3: analisi APIM tra i livelli di Attaccamento Evitante e Soddisfazione di coppia

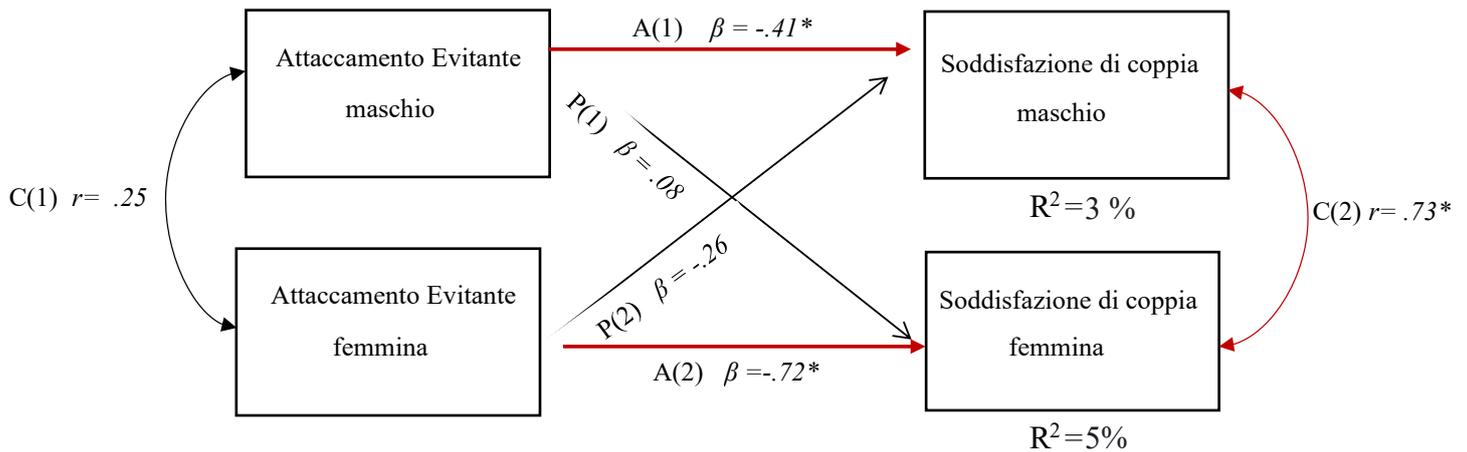


Figura 3: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Attaccamento Evitante dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect dell'Attaccamento Evitante maschile sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect dell'Attaccamento Evitante femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect dell'Attaccamento Evitante del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect dell'Attaccamento Evitante della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra l'Attaccamento Evitante maschile e quello femminile; C(2): covarianza tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

In seguito, sono stati prodotti cinque modelli APIM in cui la variabile indipendente fa riferimento alle sottoscale del *Fertility Problem Inventory* (FPI-SF) e quindi varia in ogni modello, mentre la variabile *outcome* resta stabilmente la Soddisfazione di coppia. Nel primo modello APIM la variabile indipendente è la Preoccupazione Sociale (*Social Concern - SC*) del maschio e della femmina, mentre la variabile *outcome* è la Soddisfazione di coppia del maschio e della femmina. Tale modello ha mostrato un *actor effect* statisticamente significativo e negativo del costrutto di Preoccupazione Sociale del

maschio sul costrutto della Soddisfazione di coppia del maschio ($\beta = -.38$, $p = .033$), tuttavia non è risultato significativo l'actor effect del costrutto di Preoccupazione Sociale femminile sulla Soddisfazione di coppia femminile. Inoltre, i partner effect della Preoccupazione Sociale del maschio sul costrutto di Soddisfazione di coppia della femmina, e Preoccupazione sociale della femmina sul costrutto di Soddisfazione di coppia del maschio, non sono risultati significativi. Anche in questo caso è risultata significativa la correlazione tra gli errori della Soddisfazione di coppia maschile e femminile ($r = .69$, $p = .001$).

Figura 4: analisi APIM tra i livelli di Preoccupazione sociale e Soddisfazione di coppia

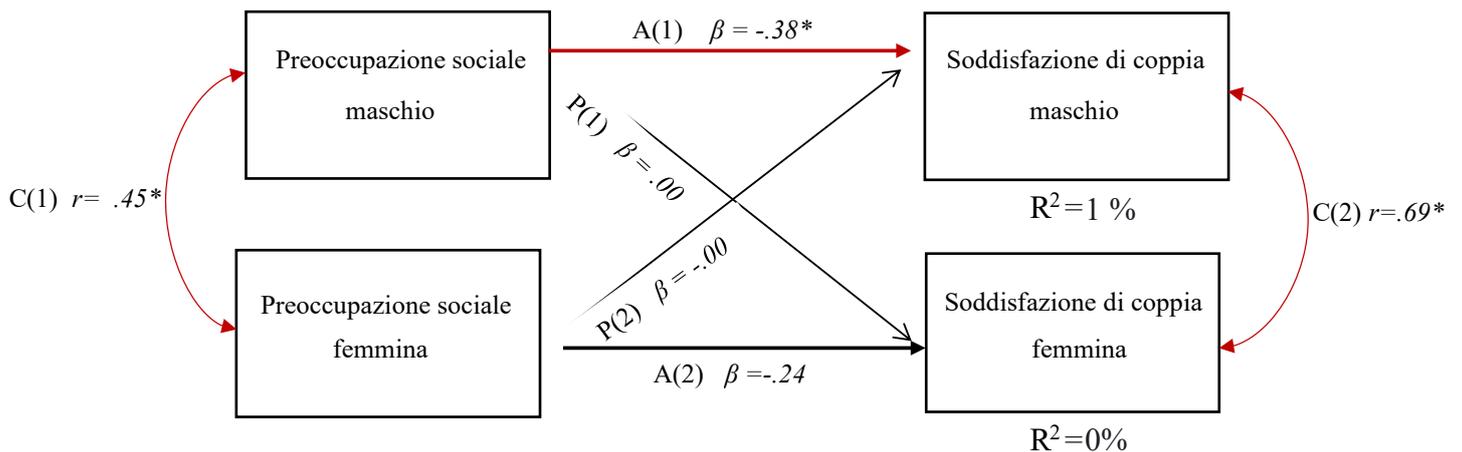


Figura 4: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Preoccupazione sociale dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect dell'Preoccupazione sociale maschile sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect della Preoccupazione sociale femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect della Preoccupazione sociale del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect della Preoccupazione sociale della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra Preoccupazione sociale maschile e quello femminile; C(2): covarianza tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

Il secondo modello APIM ha come variabile indipendente il Bisogno di genitorialità (*Need for parenthood - NFP*) del maschio e della femmina, mentre la variabile *outcome* è la Soddisfazione di coppia del maschio e della femmina. Tale modello ha mostrato soltanto un *actor effect* statisticamente significativo e negativo tra il Bisogno di genitorialità del maschio e la Soddisfazione di coppia dello stesso ($\beta = -.35, p = .048$), ma non è risultato significativo il Bisogno di genitorialità della femmina sulla dimensione di Soddisfazione di coppia della stessa. Anche i *partner effect* del Bisogno di genitorialità del maschio sul costrutto di Soddisfazione di coppia della femmina, e Bisogno di genitorialità della femmina sul costrutto di Soddisfazione di coppia del maschio, non sono risultati particolarmente significativi. Successivamente è stata stimata la correlazione tra gli errori della Soddisfazione di coppia del maschio e quella della femmina che è risultata significativa $r = .62, p = .002$.

Figura 5: analisi APIM tra i livelli di Bisogno di genitorialità e Soddisfazione di coppia

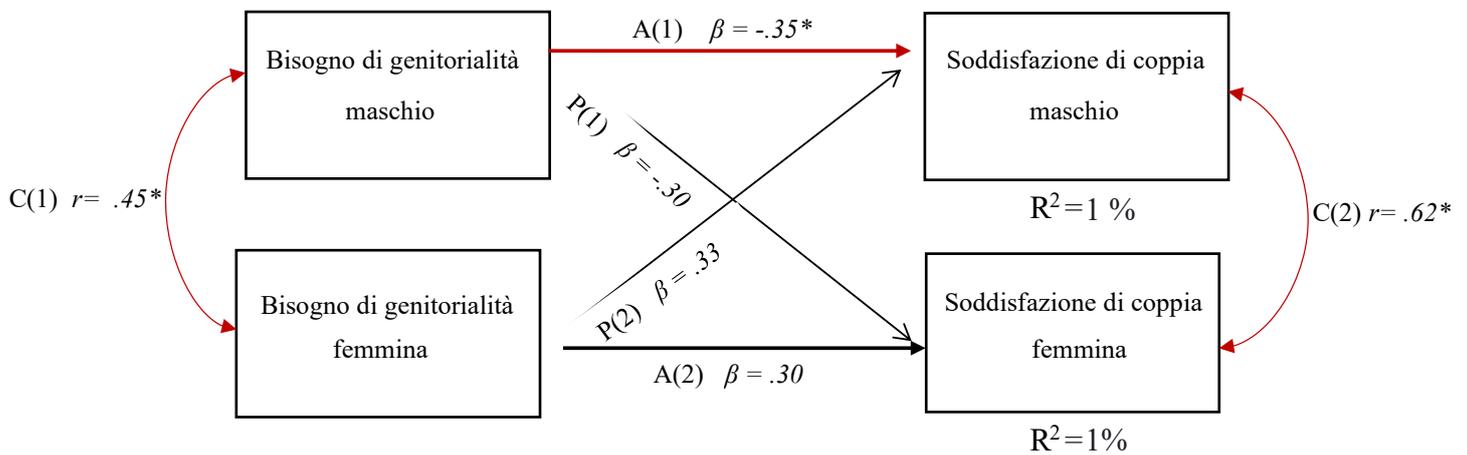


Figura 5: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Bisogno di genitorialità dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect del Bisogno di genitorialità maschile sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect del Bisogno di genitorialità femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect del Bisogno di genitorialità del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect del Bisogno di genitorialità della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra Bisogno di

genitorialità maschile e quello femminile; C(2): covarianza tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

La successiva analisi APIM ha come variabile indipendente il Rifiuto di uno stile di vita senza figli (*Rejection of Children Lifestyle - RCL*) del maschio e della femmina, mentre la variabile *outcome* è la Soddisfazione di coppia del maschio e della femmina. Tale modello non ha mostrato come statisticamente significativi alcun *actor effect* o *partner effect*.

Figura 6: analisi APIM tra i livelli di Rifiuto di uno stile di vita senza figli e Soddisfazione di coppia

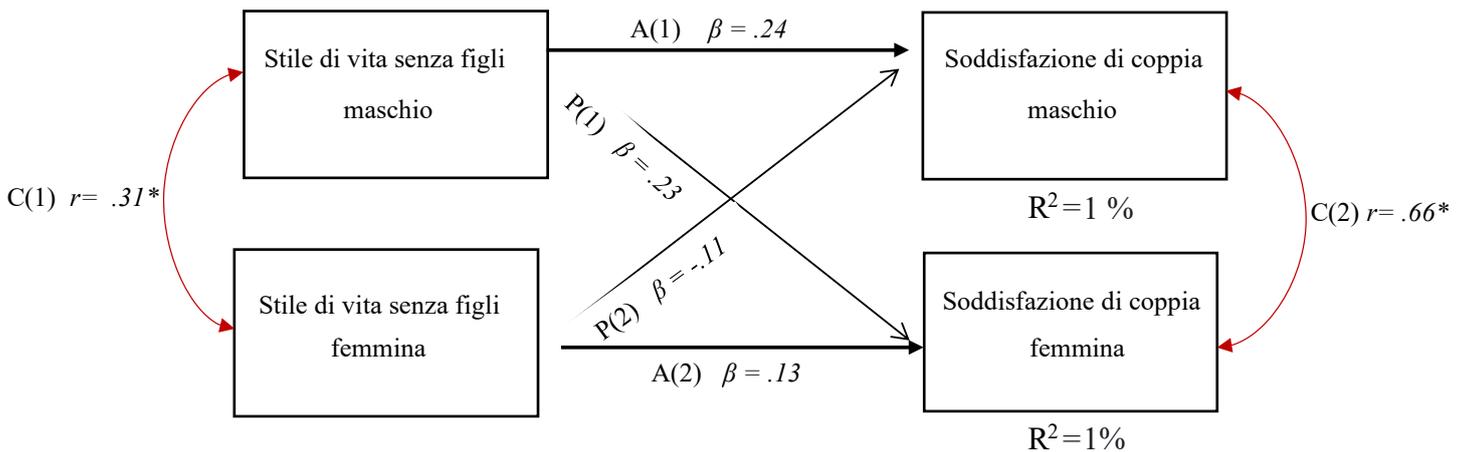


Figura 6: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Stile di vita senza figli dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect dello Stile di vita senza figli sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect dello Stile di vita senza figli femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect dello Stile di vita senza figli del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect dello Stile di vita senza figli della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra Stile di vita senza figli maschile e quello femminile; C(2): covarianza tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

Il seguente modello APIM ha come variabile indipendente la sottoscala Preoccupazione per la relazione di coppia (*Concern for Relationship Lifestyle - CRL*) del maschio e della femmina, mentre la variabile outcome è la Soddisfazione di coppia del maschio e della femmina. In questo modello emerge un *actor effect* statisticamente significativo e negativo della Preoccupazione per la relazione di coppia del maschio sulla Soddisfazione di coppia dello stesso ($\beta = -.44, p=.015$), e un *actor effect* sempre statisticamente significativo e negativo tra la Preoccupazione per la relazione di coppia della femmina e la Soddisfazione di coppia ella femmina ($\beta = -.40, p= .027$). Nessun *partner effect* è risultato statisticamente rilevante. Per quanto riguarda la correlazione tra gli errori, è risultata statisticamente significativa la correlazione tra la Soddisfazione di coppia del maschio e quella della femmina $r = .59, p=.003$.

Figura 7: analisi APIM tra i livelli di Preoccupazione per la relazione e Soddisfazione di coppia

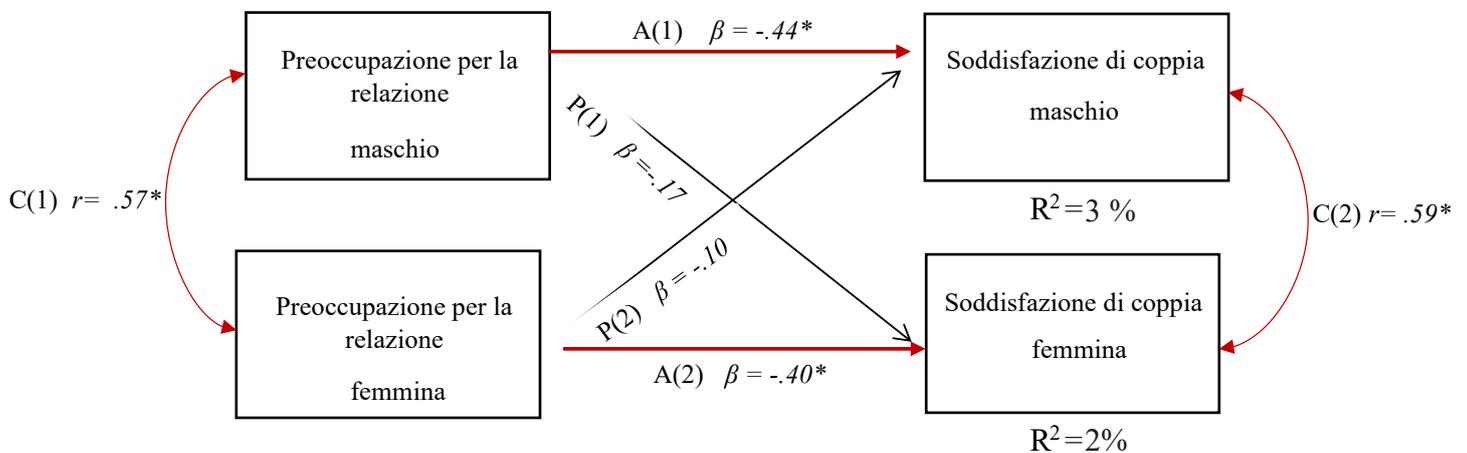


Figura 7: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Preoccupazione per la relazione di coppia dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect dello Preoccupazione per la relazione di coppia sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect dello Preoccupazione per la relazione di coppia femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect dello Preoccupazione per la relazione di coppia del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect dello Preoccupazione per la relazione di coppia della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra Preoccupazione per la relazione di coppia maschile e quello femminile; C(2): covarianzae tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

Infine, l'ultimo modello APIM derivante dall'FPI-SF ha, come variabile indipendente, il punteggio totale dello Stress Globale del maschio e della femmina, e come variabile *outcome* la Soddisfazione di coppia del maschio e della femmina. Tale modello non ha mostrato alcun *actor effect* statisticamente significativo del costrutto di Stress Globale del maschio sul costrutto della Soddisfazione di coppia del maschio e neanche della femmina. Nemmeno i *partner effect* dello Stress Globale del maschio sul costrutto di Soddisfazione di coppia della femmina, e Stress Globale della femmina sul costrutto di Soddisfazione di coppia del maschio, non sono risultati significativi.

Figura 8: analisi APIM tra i livelli di Stress globale e Soddisfazione di coppia

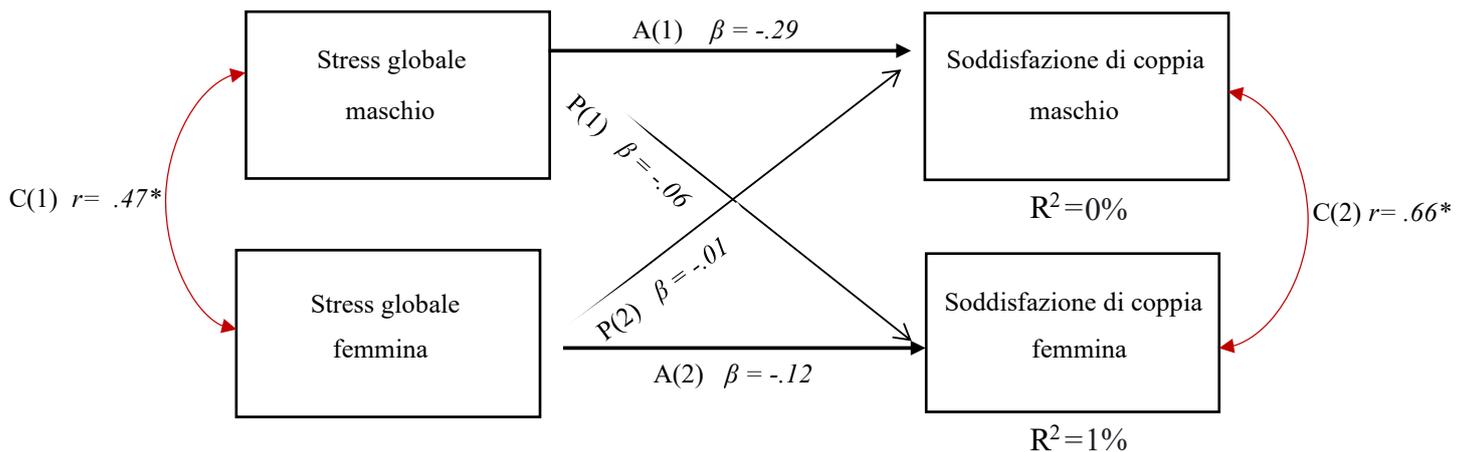


Figura 8: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di Stress globale dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect dello Stress globale sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect dello Stress globale femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect dello Stress globale del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect dello Stress globale della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra Stress globale maschile e quello femminile; C(2): correlazione tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

Successivamente, è stato elaborato un modello APIM in cui sono state considerate come variabili indipendenti la sintomatologia Depressiva del maschio e la sintomatologia Depressiva della femmina, mentre come variabili di *outcome* si è tenuto conto del costrutto di Soddisfazione di coppia nel maschio e nella femmina. In questo modello è emerso solo un *actor effect* statisticamente significativo e negativo riguardante la sintomatologia Depressiva del maschio sul costrutto della Soddisfazione di coppia del maschio ($\beta = -.36, p = .021$). I *partner effect* non sono risultati statisticamente rilevanti. È risultata significativa la correlazione tra gli errori della Soddisfazione di coppia del maschio e quella della femmina $r = .63, p = 0.002$.

Figura 9: analisi APIM tra i livelli di sintomatologia Depressiva e Soddisfazione di coppia

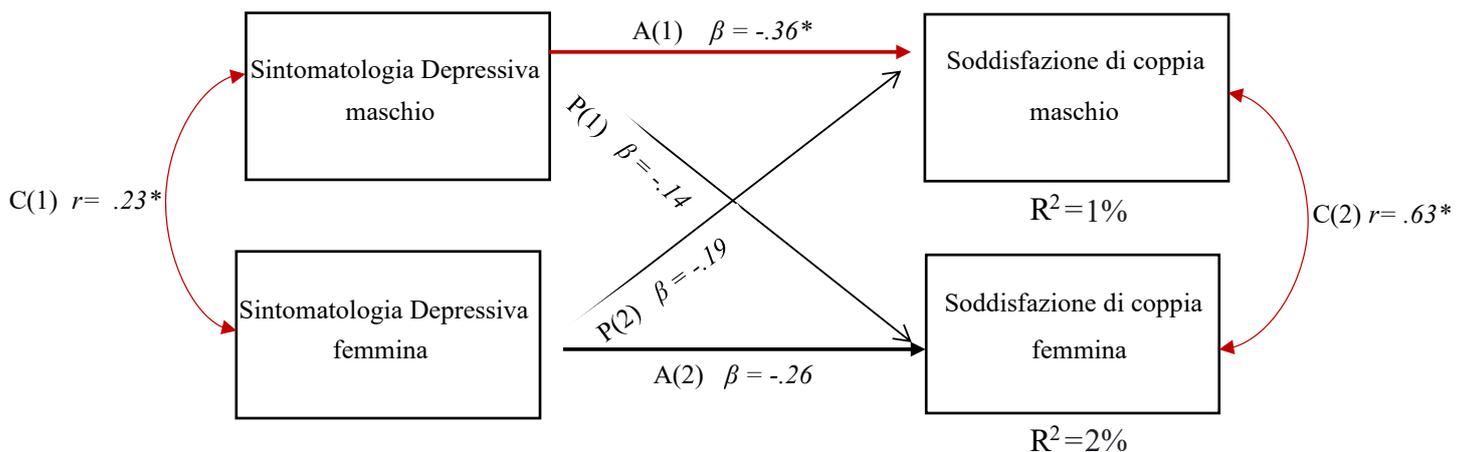


Figura 9: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di sintomatologia Depressiva dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect della sintomatologia Depressiva sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect della sintomatologia Depressiva femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect della sintomatologia Depressiva del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect della sintomatologia Depressiva della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra sintomatologia Depressiva maschile e quella femminile; C(2): correlazione tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

Per ultimo, è stato realizzato un modello APIM in cui sono state considerate come variabili indipendenti la sintomatologia Ansiosa del maschio e la sintomatologia Ansiosa della femmina, mentre come variabili di *outcome* si è tenuto conto del costrutto di Soddisfazione di coppia nel maschio e nella femmina. Tale modello ha mostrato un *actor effect* statisticamente significativo e negativo tra la sintomatologia ansiosa maschile e la Soddisfazione di coppia maschile ($\beta = -.32, p = .049$). Anche in questo caso, non sono stati rilevati *partner effect* significativi. La correlazione tra gli errori della Soddisfazione di coppia del maschio e quella della femmina è statisticamente significativa $r = .67, p = .001$.

Figura 10: analisi APIM tra i livelli di sintomatologia Ansiosa e Soddisfazione di coppia

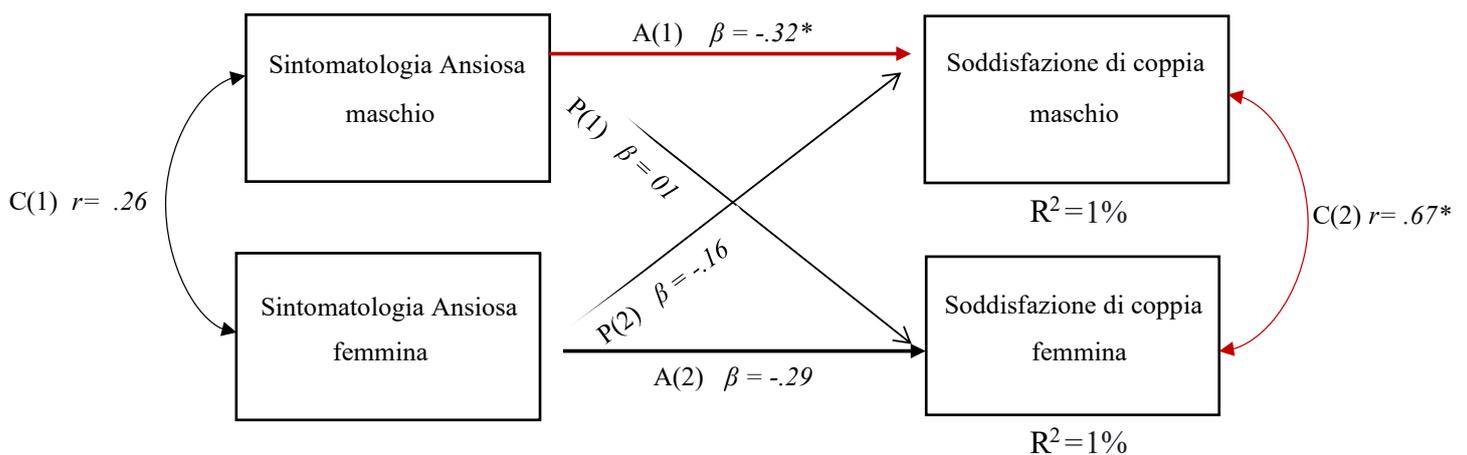


Figura 10: Risultati dell'analisi APIM per i livelli di sintomatologia Ansiosa dei soggetti e la Soddisfazione di coppia degli stessi. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. I risultati significativi sono segnati con l'asterisco (*) e con il colore rosso per facilitarne la lettura. A(1): actor effect della sintomatologia Ansiosa sulla Soddisfazione di coppia dello stesso; A(2): actor effect della sintomatologia Ansiosa femminile sulla Soddisfazione di coppia della stessa; P(1): partner effect della sintomatologia Ansiosa del maschio sulla Soddisfazione di coppia della femmina; P(2): partner effect della sintomatologia Ansiosa della femmina sulla Soddisfazione di coppia del maschio; C(1): correlazione tra sintomatologia Ansiosa maschile e quella femminile; C(2): covarianza tra la Soddisfazione di coppia maschile e quella femminile.

III CAPITOLO

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

3.1 Discussione

Il presente progetto di ricerca prende avvio a partire dalle evidenze presenti in letteratura che considerano l'infertilità un evento potenzialmente stressante per la coppia (Pasch et al., 2012) in quanto tale esperienza, unitamente ai trattamenti che ne derivano, può avere importanti ripercussioni sulla salute psicologica di entrambi i partner. Per questo motivo le ricerche in questo ambito, nel corso degli anni, si sono occupate di identificare le variabili che influenzano gli esiti di salute psicologica delle coppie che vivono tale condizione e, sebbene un filone di ricerche abbia dimostrato che la maggior parte delle coppie è in grado di gestire le richieste stressanti che derivano da questa condizione e dal suo trattamento (Verhaak et al., 2007), altrettanti studi hanno evidenziato le difficoltà emotive che le coppie si trovano a dover fronteggiare durante questo percorso (Nelson et al., 2008). In particolare, in questo lavoro si è voluta approfondire l'aspetto della soddisfazione di coppia all'interno della cornice dell'infertilità, e per farlo sono stati presi in considerazione diversi aspetti, quali l'apprezzamento corporeo, l'attaccamento dei partner, lo stress legato all'infertilità e la sintomatologia depressiva ed ansiosa. L'intenzione alla base della presente ricerca, strutturata in un'ottica diadica, era quella di capire in che misura tali costrutti psicologici risultassero presenti all'interno delle coppie infertili e come andassero ad influenzare la soddisfazione di coppia percepita dai partner.

A partire dall'analisi delle correlazioni bivariate e dai modelli APIM, si discutono di seguito i risultati ottenuti.

Il primo costrutto analizzato, tramite l'analisi correlazionale e successivamente con il modello APIM, è stato l'apprezzamento corporeo in relazione alla soddisfazione di coppia, identificato come componente chiave di un'immagine corporea positiva (Avalos et al., 2005; Cash, 2004; Cash et al., 2004; Frisén & Holmqvist, 2010; Tylka & Kroon Van Diest, 2015; Wood-Barcalow et al., 2010). Questo concetto si basa sulla definizione di immagine corporea individuale proposta da Cash e Pruzinsky (2002), che la descrivono come il complesso insieme di percezioni e atteggiamenti che le persone sviluppano nei confronti del proprio corpo. Alla luce di tali riflessioni, si è adottato un paradigma che integrasse l'immagine corporea e il contesto interpersonale della soddisfazione di coppia, valutando l'influenza che l'investimento (positivo o negativo) sulla propria immagine corporea assume in ottica relazionale, andando cioè ad attenuare o esacerbare le eventuali insicurezze che possono manifestarsi nelle relazioni intime, come quelle con un partner. I risultati ottenuti nel presente studio, in linea con la letteratura, indicano che l'apprezzamento corporeo delle femmine è minore di quello dei maschi. Tuttavia, dall'analisi correlazionale e dal modello APIM non sono emersi ulteriori risultati significativi. Pertanto, sebbene la letteratura sottolinei l'importanza del costrutto dell'apprezzamento corporeo per i soggetti che affrontano l'infertilità, in particolare per le donne, rispetto a quanto emerso nel presente studio, sembrerebbe che i livelli di apprezzamento corporeo di entrambi i partner, pur essendo quelli delle femmine minori rispetto a quelli dei maschi, non rivestano un ruolo significativo rispetto alla soddisfazione di coppia.

La teoria dell'attaccamento costituisce un altro quadro teorico molto importante poiché consente un'integrazione di diversi aspetti collegati all'esperienza di infertilità. Il sistema di attaccamento adulto, nell'ambito della condizione di infertilità di coppia, assume un ruolo importante nel momento in cui l'infertilità viene considerata una minaccia all'adattamento di coppia (Donarelli et al., 2015), in quanto evento che preclude la possibilità di stabilire una relazione di attaccamento innescando un "blocco" evolutivo (Moura-Ramos et al., 2017). D'altra parte, l'infertilità può essere considerata un evento di matrice intrinsecamente relazionale che può avere delle ricadute sia sull'adattamento individuale di colui che riceve la diagnosi sia sul partner (Donarelli et al., 2012, 2015; Moura-Ramos et al., 2017). Per quanto riguarda i modelli APIM che vedono come variabile indipendente l'Attaccamento Ansioso, si è potuto evincere come, sia per i partner di genere maschile sia per quelli di genere femminile, gli *actor effect* dell'Attaccamento Ansioso sulla soddisfazione di coppia sono risultati ampiamente significativi e negativi, indicando che esiste una stabilità affidabile nel grado di associazione tra le variabili. Per quanto riguarda i risultati ottenuti rispetto all'Attaccamento Evitante, in questo modello sono emersi come significativi e negativi gli *actor effect* dell'Attaccamento evitante maschile sulla soddisfazione di coppia maschile e dell'Attaccamento Evitante femminile sulla soddisfazione di coppia femminile. Non risultano tuttavia significativi i *partner effect*. Coerentemente con quanto ipotizzato e in accordo con la letteratura, dunque, i risultati mostrano che sia l'Attaccamento Ansioso sia l'Attaccamento Evitante sono dei costrutti importanti e rilevanti per le coppie infertili, in quanto le modalità di attaccamento hanno delle ripercussioni sulla soddisfazione di coppia sperimentata da entrambi i partner.

Lo stress da infertilità influenza non solo l'individuo, ma anche la coppia e la rete familiare e sociale, con un impatto negativo sulla qualità della vita (Fassino et al., 2002; Peterson et al., 2014). La ricerca ha ampiamente confermato livelli più elevati di stress tra le donne e gli uomini affetti da infertilità rispetto ai gruppi di controllo composti da individui fertili (Fassino et al., 2002; Luk & Loke, 2015) ed infatti, in linea con le ipotesi, il *t-test* svolto ha mostrato differenze di genere significative per lo Stress da infertilità ($t = 3.961$, $df = 33$, $p = .00$): si riscontrano punteggi maggiori di Stress nelle femmine rispetto ai loro partner maschi. Questo può essere dovuto al fatto che i trattamenti per l'infertilità sono particolarmente invasivi per il corpo della donna, e costituiscono uno "stressor multidimensionale", poiché implicano preoccupazioni e ansie legate al trattamento stesso (De Pascalis et al., 2014). È dunque importante sottolineare che l'infertilità rappresenta non solo un fattore di stress cronico, dovuto alla mancata realizzazione del desiderio di formare una famiglia e diventare genitori, ma anche un fattore di stress acuto, derivante dai trattamenti di procreazione medicalmente assistita (PMA) (Galst, 2018). A partire da queste considerazioni si era ipotizzato che lo stress collegato alla condizione di infertilità potesse influire sulla soddisfazione di coppia: tale ipotesi è stata confermata dai modelli APIM realizzati a partire dal Fertility Problem Inventory (Newton et al., 1999) che hanno mostrato come le scale di Preoccupazione sociale, Bisogno di genitorialità e Preoccupazione per la relazione di coppia siano risultate maggiormente salienti rispetto alla soddisfazione di coppia espressa dai partner, in quanto tutti e tre i modelli APIM da esse derivanti hanno mostrato *actor effect* maschili tra questi costrutti e la soddisfazione di coppia. È risultato particolarmente interessante il modello APIM riguardante la Preoccupazione per la relazione di coppia, da cui sono risultati significativi e negativi gli *actor effect* sia maschile sia femminile. Non risultano rilevanti, rispetto alla soddisfazione

di coppia, le scale riguardanti uno Stile di vita senza figli e di Stress generale. Questi risultati farebbero pensare che, per coloro che vivono all'interno della loro relazione una condizione di infertilità, maggiore è lo Stress (dovuto in particolare alla Preoccupazione sociale, al Bisogno di genitorialità e alla Preoccupazione per la relazione di coppia) minore potrebbe essere la soddisfazione di coppia sperimentata.

Le donne sottoposte a PMA presentano una sintomatologia depressiva più frequente e marcata rispetto ai propri compagni (Kumbak et al., 2009). Tale dato è stato confermato dal risultato ottenuto dal *t-test* svolto nel presente studio: sono state infatti riscontrate delle differenze di genere significative per la sintomatologia depressiva, in particolare i livelli di sintomatologia depressiva sono molto maggiori nelle femmine rispetto a quelli dei loro partner maschi. Quest'ultimo dato è probabilmente dovuto anche al fatto che sono le donne ad essere direttamente sottoposte agli interventi medici. Inoltre, diversi studi riportano che, tra le coppie in situazione di infertilità, i sintomi depressivi delle donne sono fortemente influenzati dalla soddisfazione coniugale degli uomini, più di quanto non lo siano gli uomini dalla soddisfazione coniugale delle loro mogli (Maroufizadeh et al., 2018). Di conseguenza, le donne riportano sia una qualità della vita inferiore sia una ridotto soddisfazione di coppia rispetto ai loro mariti (Zeren et al., 2019). Nel presente studio si è deciso però di invertire le variabili, andando a valutare, attraverso le correlazioni prima e il modello APIM poi, se ci fossero degli effetti attore o effetti partner tra sintomatologia depressiva (presa come variabile predittiva) e soddisfazione di coppia (variabile outcome). I risultati del modello APIM hanno rilevato un solo *actor effect* statisticamente significativo e negativo riguardante la sintomatologia depressiva del maschio sul costrutto della Soddisfazione di coppia del maschio, nonostante siano le femmine ad aver riportato i livelli di depressione più elevati. Sembra quindi che

un'elevata sintomatologia depressiva maschile influenzi negativamente la soddisfazione di coppia percepita dal maschio stesso. Tuttavia, non è stato rilevato alcun *partner effect* maschile sulla soddisfazione di coppia femminile, in quanto entrambi i *partner effect* non sono risultati statisticamente rilevanti, come nemmeno lo è stata la correlazione tra sintomatologia depressiva del maschio e sintomatologia depressiva della femmina.

Sono, infine, emerse delle differenze di genere significative anche per la sintomatologia Ansiosa: si sono difatti riscontrati punteggi maggiori di sintomatologia Ansiosa nelle femmine rispetto a quelli dei partner maschi. Tuttavia, dal modello APIM è emerso un *actor effect* statisticamente significativo e negativo tra la sintomatologia ansiosa maschile e la Soddisfazione di coppia maschile. Questo risultato suggerisce che un elevato livello di sintomatologia ansiosa negli uomini, analogamente a quanto osservato per la sintomatologia depressiva, influisce negativamente sulla percezione della propria soddisfazione di coppia. Mentre non è risultato statisticamente significativo l'*actor effect* femminile e non sono stati neanche rilevati *partner effect* significativi. Sembra quindi che la soddisfazione di coppia delle donne non sia influenzata dai loro livelli di sintomatologia depressiva, né da quelli del partner maschile, nonostante esse riportino livelli più alti di tale sintomatologia.

In conclusione, quindi, dalle analisi svolte nel presente studio, appare un quadro più delineato rispetto ai costrutti psicologici sperimentati dai partner che affrontano una diagnosi di infertilità e rispetto a come questi vadano ad influenzare la soddisfazione sperimentata dalla coppia. La letteratura esistente sottolinea l'importanza dell'apprezzamento corporeo per le persone che affrontano l'infertilità, in particolare per le donne (Avalos et al., 2005; Frisén & Holmqvist, 2010; Tylka & Kroon Van Diest, 2015; Wood-Barcalow et al., 2010). Tuttavia, i risultati del presente studio indicano che i livelli

di apprezzamento corporeo di entrambi i partner, pur essendo inferiori nelle donne rispetto agli uomini, non rivestono un ruolo significativo nella soddisfazione di coppia. Inoltre, coerentemente con quanto ipotizzato e in linea con la letteratura, i risultati mostrano che sia l'attaccamento ansioso sia l'attaccamento evitante sono costrutti importanti e rilevanti per le coppie infertili. Dai risultati emerge come le modalità di attaccamento ansioso ed evitante abbiano ripercussioni sulla soddisfazione di coppia sperimentata da entrambi i partner. Rispetto allo stress legato all'infertilità, i risultati dello studio indicano che, per coloro che vivono una condizione di infertilità all'interno della loro relazione, maggiore è lo stress (dovuto principalmente alla Preoccupazione sociale, al Bisogno di genitorialità e alla Preoccupazione per la relazione di coppia), minore potrebbe essere la soddisfazione di coppia sperimentata. Sembra, infine, che un'elevata sintomatologia depressiva maschile influenzi negativamente la soddisfazione di coppia percepita dall'uomo stesso. La sintomatologia ansiosa elevata nel maschio, così come quella depressiva, sembra influenzare negativamente la percezione della propria soddisfazione di coppia. Al contrario, la soddisfazione di coppia delle donne non sembra essere influenzata né dai loro livelli di sintomatologia depressiva né da quelli del partner maschile, nonostante esse riportino livelli più alti di tale sintomatologia.

3.2 Conclusioni, limiti e prospettive future

Adattamento coniugale e qualità del matrimonio sono indicati dalla letteratura come una delle principali aree colpite nell'infertilità (Maroufizadeh et al., 2020) e, proprio partendo da questo presupposto, la presente ricerca ha permesso di creare una panoramica rispetto all'influenza che diversi fattori quali l'apprezzamento corporeo, l'attaccamento ansioso/evitante, lo stress legato all'infertilità, la sintomatologia depressiva e ansiosa hanno avuto sulla soddisfazione di coppia. I risultati hanno fornito delle evidenze che solo in parte hanno confermato quanto ipotizzato a livello teorico a fronte dell'analisi della letteratura nel panorama delle ricerche psicologiche sull'infertilità. Dal presente lavoro emerge che, quando si lavora con coppie infertili, è importante considerare principalmente le modalità di attaccamento e i livelli di stress specifici legati all'infertilità al fine di migliorare la soddisfazione di coppia. Per quanto riguarda i partner maschi, inoltre, è risultato che la sintomatologia ansiosa e depressiva influenzino la percezione che essi hanno della propria soddisfazione di coppia, nonostante i livelli più alti di sintomatologia fossero stati riscontrati nelle partner femmine. Infine, è interessante notare anche che, contrariamente a quanto suggerito dalla letteratura, l'apprezzamento corporeo non sembra essere un fattore significativo per la coppia, mentre resta un costrutto importante su cui lavorare con le donne che stanno seguendo un percorso di PMA. Questi risultati possono offrire spunti per futuri studi sul benessere e sulla soddisfazione relazionale delle coppie infertili che affrontano un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita, oltre che aiutare i clinici che operano in questo settore a costruire interventi mirati sull'attaccamento e lo stress dovuto alla condizione di infertilità, al fine di migliorare la soddisfazione di coppia per entrambi i partner.

Nella trattazione di quanto riscontrato con la presente ricerca, è possibile osservare alcune limitazioni che possono aver influito sui risultati ottenuti. In primo luogo, l'invio del questionario online ha probabilmente limitato il numero di partecipanti, in particolare nel campione maschile. Questa scarsa partecipazione da parte degli uomini rappresenta un limite significativo, poiché l'esperienza dell'infertilità è un problema condiviso all'interno della coppia, per cui sia l'uomo sia la donna vanno coinvolti in quanto diade (Maroufizadeh et al., 2018). Di conseguenza, il numero complessivo di coppie considerate nello studio è risultato ridotto e, per ricerche future, sarebbe importante ampliare il campione. Inoltre, nella presente ricerca, sono stati utilizzati esclusivamente strumenti di autovalutazione perché l'obiettivo era quello di intercettare i sentimenti personali di entrambi i partner. Tuttavia, gli studi futuri potrebbero approfondire la condizione delle coppie mediante l'uso di interviste strutturate, allo scopo di integrare le opinioni di entrambi i partner. Questo approccio consentirebbe di ottenere risultati più completi e affidabili, combinando dati quantitativi e qualitativi. Questo studio presenta anche una limitazione riguardante gli strumenti utilizzati per la valutazione dei costrutti. In particolare, la Dyadic Adjustment Scale - 10, essendo una versione ridotta, presenta notevoli limiti nella sua capacità di fornire una valutazione approfondita. In uno studio futuro, strutturato all'interno della cornice teorica del benessere della coppia infertile, sarebbe opportuno inserire la versione completa, ovvero la Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976, 2017), accompagnata anche da un test relativo alla sfera della sessualità della coppia, come ad esempio l'Indice di Funzionamento Sessuale della Coppia (Index of Sexual Satisfaction, ISS) sviluppato da Walter W. Hudson, 1992. Infine, si possono individuare anche alcuni limiti rispetto all'omogeneità del campione: difatti, non tutte le donne stavano svolgendo un percorso di procreazione medicalmente assistita, si trattava

di un campione misto. Una ricerca futura potrebbe indagare il grado di soddisfazione di coppia confrontando tre distinti gruppi: coppie fertili con figli, coppie con diagnosi di infertilità, e coppie che stanno attualmente seguendo un percorso di procreazione medicalmente assistita. L'obiettivo sarebbe valutare se esistono differenze significative nella soddisfazione di coppia sperimentata tra questi gruppi, che si trovano in fasi diverse della loro esperienza o ricerca di genitorialità. Questo confronto potrebbe fornire una comprensione più approfondita di come le diverse circostanze influenzano la soddisfazione di coppia.

Diversi contributi disponibili in letteratura (Koser, 2020; Luk & Loke, 2019; Read et al., 2014) hanno espresso l'esigenza, manifestata dalle coppie infertili, di un sostegno psicologico durante tutte le fasi dei percorsi di PMA e la necessità di una sistematizzazione degli interventi psicosociali consulenziali e terapeutici per le coppie infertili, sia considerando i singoli partner che la coppia come diade. La ricerca presentata all'interno di tale elaborato è stata strutturata e condotta nell'ottica di un ampliamento della conoscenza di questo ambito di studio e con l'obiettivo di offrire rappresentazione ad una dimensione, quella della soddisfazione di coppia, che, al fianco e in integrazione con quella psicologica, si ritiene di primaria importanza nella promozione del benessere e della salute, in accordo anche con la definizione di salute divulgata dall'Organizzazione Mondiale di Sanità, intesa non solo come assenza di malattia, ma come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

Ana Martínez-Pampliega, Susana Cormenzana, Sagrario Martín, & Lucía Navarro. (2018). Marital functioning and treatment outcome in couples undergoing assisted reproduction. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13844>

Arends, N. J. T., Boonstra, V. H., Duivenvoorden, H. J., Hofman, P. L., Cutfield, W. S., & Hokken-Koelega, A. C. S. (2005). Reduced insulin sensitivity and the presence of cardiovascular risk factors in short prepubertal children born small for gestational age (SGA). *Clinical Endocrinology*, 62(1), 44–50. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2004.02171.x>

Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>

Barry & Yuill. (2002). *Understanding Health: A Sociological Introduction*. SAGE.

Bartholomew & Horowitz. (1991a). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Bartholomew, K. (1997). Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70(3), 249–263. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01903.x>

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991b). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Bayley, Slade, & Lashen. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 2827–2837. <https://doi.org/10.1093>

Beach, S. R. H, Sandeen, E, O’Leary, K. D, & Barlow, D. H. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. Guilford Press.

Bell. (2015). *Overcoming (and maintaining) reproductive difference: Similarities in the gendered experience of infertility*. *Qualitative Sociology*.

Berghuis & Stanton. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 433–438. <https://doi.org/10.1037/0022006X.70.2.433>

Berntsen, S., Laivuori, H., La Cour Freiesleben, N., Loft, A., Söderström-Anttila, V., B Oldereid, N., Romundstad, L. B., Magnusson, Å., Petzold, M., Bergh, C., & Pinborg, A. (2021). A systematic review and meta-analysis on the association between ICSI and chromosome abnormalities. *Human Reproduction Update*, 27(5), 801–847. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab005>

Bodenmann & Cina. (2000). Stress and coping as predictors for divorce: A prospective five-year longitudinal study. *Zeitschrift Fur Familienforschung*, 5–20.

Bodenmann, Ledermann, & Bradbury. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00171.x>

Boivin, J., Takefman, J. E., Brender, W., & Tulandi, T. (1992). The effects of female sexual response in coitus on early reproductive processes. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(5), 509–518. <https://doi.org/10.1007/BF00844944>

Boszormenyi-Nagy & Spark. (1988). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Astrolabio Ubaldini.

- Bowlby. (1969). *Attachment and loss*. Basic Books.
- Bowlby. (1973). *Attachment and Loss. Volume II. Separation, Anxiety and Anger*.
- Braidotti. (1989). *Organs without bodies. Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*.
- Brennan, Clark, & Shaver. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. <https://doi.org/1997-36873-002>
- Budgeon & Shelley. (2003). *Identity as an embodied event*. Body & Society.
- Bydlowski. (1997). *Il debito di vita. I segreti della filiazione—Monique Bydlowski—Libro—Quattroventi—Psicologia applicata e della comunicaz.* | IBS. <https://www.ibs.it/debito-di-vita-segreti-della-libro-monique-bydlowski/e/9788839205483>
- Calvo, V., & Bianco, F. (2015). Influence of adult attachment insecurities on parenting self-esteem: The mediating role of dyadic adjustment. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01461>
- Calvo, V., D'Aquila, C., Rocco, D., & Carraro, E. (2022). Attachment and well-being: Mediatory roles of mindfulness, psychological inflexibility, and resilience. *Current Psychology*, 41(5), 2966–2979. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00820-2>
- Calvo, V., Palmieri, A., Marinelli, S., Bianco, F., & Kleinbub, J. R. (2014). Reciprocal Empathy and Working Alliance in Terminal Oncological Illness: The Crucial Role of Patients' Attachment Style. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), 517–534. <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.936651>
- Camillis, B. D. (s.d.). (2010). *Strategie di coping nelle coppie infertili*.

Casale, S., Prostamo, A., Giovannetti, S., & Fioravanti, G. (2021). Translation and validation of an Italian version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 37, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.005>

Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)

Cash, T. F., Thériault, J., & Annis, N. M. (2004). Body Image in an Interpersonal Context: Adult Attachment, Fear of Intimacy and Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 89–103. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.1.89.26987>

Cecotti, M. (2004). *Procreazione medicalmente assistita*. Armando Editore.

Christopher R. Newton, Margaret T. Hearn, & Albert A. Yuzpe. (1990). *Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: Assessing the impact of failure* (Vol. 54).

Cipolletta, S., & Faccio, E. (2013). Time experience during the assisted reproductive journey: A phenomenological analysis of Italian couples' narratives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 285–298. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.813627>

Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The Actor–Partner Interdependence Model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101–109. <https://doi.org/10.1080/01650250444000405>

Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>

Covington. (2015). *Fertility Counseling: Clinical Guide and Case Studies*. Cambridge University Press.

Cserepes, Koll, & Wischmann. (2013). Effects of gender roles, child wish motives subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: A preliminary study

with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2835-7>

Dancet, Nelen, Sermeus, Leeuw, Kremer, & D'Hooghe. (2010). The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 467–487. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq004>

Daniels & Cynthia. (2006). *Exposing men: The science and politics of male reproduction*. Oxford University Press.

David A. Kenny. (1996). *THE DESIGN AND ANALYSIS OF SOCIAL-INTERACTION RESEARCH*. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.59>

David A. Kenny. (2018). *Reflections on the actor-partner interdependence model*. <https://doi.org/10.1111/pere.12240>

De Pascalis, L. (2014). *Genitorialità e Procreazione Medicalmente Assistita: Una transizione complessa*.

Dekel, R., Vilchinsky, N., Liberman, G., Leibowitz, M., Khaskia, A., & Mosseri, M. (2014). Marital satisfaction and depression among couples following men's acute coronary syndrome: Testing dyadic dynamics in a longitudinal design. *British Journal of Health Psychology*, 19(2), 347–362. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12042>

Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., & D'Hooghe, T. (1998). Coping Style and Depression Level Influence Outcome in In Vitro Fertilization. *Fertility and Sterility*, 69(6), 1026–1033. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(98\)00089-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(98)00089-2)

Doka. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books.

Doka. (1999). *Disenfranchised grief. Bereavement Care*. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>

Doka. (2002). *Disenfranchised grief: New challenges, directions, and strategies for practice*. ResearchPress.

Domar, A., & Gross, J. (2012). Stress and ART. In E. S. Ginsburg & C. Racowsky (A c. Di), *In Vitro Fertilization* (pp. 201–209). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9848-4_13

Donarelli, Z., Gullo, S., Lo Coco, G., Marino, A., Scaglione, P., Volpes, A., & Allegra, A. (2015). Assessing infertility-related stress: The factor structure of the *Fertility Problem Inventory* in Italian couples undergoing infertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *36*(2), 58–65. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1034268>

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. <https://doi.org/10.1093/humrep/des307>

D'Ottavio & Simonelli. (1990). *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale* (La Nuova Italia Scientifica).

Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology*, *25*(4), 531–540. <https://doi.org/10.1037/a0024216>

El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: A comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *167*(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>

Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*, *17*(11), 2986–2994. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.11.2986>

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgaard, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *5*(1), e006592–e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>

Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, *7*(3), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.04.001>

Fujisawa, Miyashita, & Nakajima. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008>

Galst, J. P. (2018). The elusive connection between stress and infertility: A research review with clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, *28*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/int0000081>

Gameiro, van den Belt-Dusebout, Smeenk, Braat, & van Leeuwen,. (2016). Women's adjustment trajectories during IVF and impact on mental health 11-17 years later. *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew131>

García-Quintáns, Limiñana-Gras, Sánchez-López, & Patró-Hernández. (2023). Dyadic and emotional adjustment in infertile couples. *Family Relations*, 123–127. <https://doi.org/10.1111/fare.12837>

Glover, Hunter, Richards, Katz, & Abel. (s.d.). Development of the fertility adjustment scale. *Fertility and Sterility*, 623–628. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(99\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(99)00304-0)

Golombok, S. (1992). REVIEW: Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7(2), 208–212. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a137618>

Graham, M. E., Jelin, A., Hoon, A. H., Wilms Floet, A. M., Levey, E., & Graham, E. M. (2023). Assisted reproductive technology: Short- and long-term outcomes. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(1), 38–49. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15332>

Greil. (2002). *Infertile bodies: Medicalization, metaphor, and agency*. In *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. University of California Press.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.023>

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Invitto & Luppoli. (2009). *Dinamiche psico-corporee nella donna che accede ai trattamenti di fecondazione assistita. Intervento al Convegno Infertilità tra soma e psiche: Riflessioni, professionalità, esperienze a confronto*.

Iordachescu, Gica, Vladislav, & Panaitescu. (2021). Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*, 98–104. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0173>

Iudici, A., & Berti, F. (2014). Procreazione medicalmente assistita: Implicazioni cliniche, sociali e nuovi servizi professionali. 12. In *Procreazione medicalmente assistita: Implicazioni cliniche, sociali e nuovi servizi professionali*. 12.

Jaquet, D., Gaboriau, A., Czernichow, P., & Levy-Marchal, C. (2000). Insulin Resistance Early in Adulthood in Subjects Born with Intrauterine Growth Retardation ¹. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(4), 1401–1406. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.4.6544>

Jaquet, D., Leger, J., Czernichow, P., & Levy-Marchal, C. (2002). The effect of in-utero undernutrition on the insulin resistance syndrome. *Current Diabetes Reports*, 2(1), 77–82. <https://doi.org/10.1007/s11892-002-0062-x>

Jaquet, D., Léger, J., Lévy-Marchal, C., & Czernichow, P. (2003). Low Birth Weight: Effect on Insulin Sensitivity and Lipid Metabolism. *Hormone Research in Paediatrics*, 59(1), 1–6. <https://doi.org/10.1159/000067940>

Johnson & Johnson. (2009). Partnered decisions? U.S. couples and medical help-seeking for infertility. *Family Relations*, 431–444. <https://doi.org/1741-3729.2009.00564>

Kamel Gana & Sylwia Jakubowska. (2014). *Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction*. <https://doi.org/10.1177/1359105314544990>

Koser, K. (2020). Fertility Counseling With Couples: A Theoretical Approach. *The Family Journal*, 28(1), 25–32. <https://doi.org/10.1177/1066480719887498>

Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, *32*(9), 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>

Kumbak, B., Erdem Atak, I., Attar, R., Yildirim, G., Yesildaglar, N., & Ficicioglu, C. (2009). Psychological status of husbands and wives during the treatment in couples undergoing assisted reproductive treatment in Turkey. *Fertility and Sterility*, *92*(3), S256. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.07.1657>

L. Anderheim, H. Holter, & H. Bergh. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei219>

Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: A cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, *17*(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>

Lara, Fuentealba-Torres, dos Reis, & Cartagena-Ramos. (2018). Impact of Infertility on the Sexuality of Couples: An Overview. *Current Sexual Health Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0182-1>

Lihong Zhang, Wei Gu, Xiaoyu Jing, Shihan Zhi, & Nan Zhou. (2023). Predicting the dyadic coping through self-esteem among infertile couples undergoing in vitro fertilization and embryo transfer: An actor-partner interdependence model. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1127464>

Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T., Buyse, E., & Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationship satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection procedure: A multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and Sterility*, *91*(2), 387–394. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.052>

Luk, B. H. K., & Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 108–122. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1529407>

Luke, B. (2017). Pregnancy and birth outcomes in couples with infertility with and without assisted reproductive technology: With an emphasis on US population-based studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(3), 270–281. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.012>

Lykeridou, Gourounti, Deltsidou, Loutradis, & Loutradis. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 223–237. <https://doi.org/10.1080/02646830802350864>

Malagoli Togliatti & Lubrano Lavadera. (2017). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Il Mulino.

Maria A. Tallandini & Valentina Morsan. (2008). Essere genitori di bambini nati in provetta: Conseguenze della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sugli aspetti della relazione parentale. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 179–202. <https://doi.org/10.1449/27504>

Maroufizadeh, Omani-Samani, Hosseini, & Almasi-Hashiani. (2020). The Persian version of the revised dyadic adjustment scale (RDAS): A validation study in infertile patients. *BMC Psychology*. <https://doi.org/BMC Psychology>

Maroufizadeh, S., Hosseini, M., Rahimi Froushani, A., Omani-Samani, R., & Amini, P. (2018). The relationship between marital satisfaction and depression in infertile couples: An actor–partner interdependence model approach. *BMC Psychiatry*, 18(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1893-6>

Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., & Omani Samani, R. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility.

International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130(3), 253–256.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.044>

Martins, W. P., Nastri, C. O., Rienzi, L., Van Der Poel, S. Z., Gracia, C., & Racowsky, C. (2017). Blastocyst vs cleavage-stage embryo transfer: Systematic review and meta-analysis of reproductive outcomes. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 49(5), 583–591.
<https://doi.org/10.1002/uog.17327>

McBain & Reeves. (2019). Women's Experience of Infertility and Disenfranchised Grief. *The Family Journal*, 156–166. <https://doi.org/10.1177/1066480719833418>

McKinley, N. M. (1999). Women and objectified body consciousness: Mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Developmental Psychology*, 35(3), 760–769. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.3.760>

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. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb00991.x>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149–168. <https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>

Moreno-Rosset, Antequera, & Jenaro. (2008). DERA. Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in Infertility Questionnaire. *TEA Ediciones*.

Moreno-Rosset, Antequera, & Jenaro. (2009). Validation of the Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in Infertility Questionnaire (DERA). *Psicothema*.

Moro, Carrara, & Iacchia. (2003). Sessualità ed Infertilità di coppia. *Rivista di Sessuologia Clinica*, 36–44.

Moura-Ramos, M., Santos, T. A., & Canavarro, M. C. (2017). The Role of Attachment Anxiety and Attachment Avoidance on the Psychosocial Well-being of Infertile Couples. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(2), 132–143. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9496-9>

Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. (2008). Prevalence and Predictors of Sexual Problems, Relationship Stress, and Depression in Female Partners of Infertile Couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1907–1914. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x>

Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54–62. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00164-8)

Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Marital Relationship and Quality of Life Among Couples with Infertility. *Sexuality and Disability*, 30(1), 39–52. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9233-5>

Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., & Adler, N. E. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 98(2), 459–464. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.023>

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. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.12.023>

Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2014). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29(1), 76–82. <https://doi.org/10.1093/humrep/det412>

Preta, L. (1999). L'esperienza del perturbante nell'impatto con le biotecnologie. In *Nuove geometrie della mente: Psicoanalisi e bioetica*. Giuseppe Laterza & Figli. <https://doi.org/10.1400/125620>

Purcell-Lévesque, C., Brassard, A., Carranza-Mamane, B., & Pélouquin, K. (2019). Attachment and sexual functioning in women and men seeking fertility treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 202–210. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1471462>

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M., & Jafarabadi, M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-9>

Randall & Bodenmann. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.004>

Read, S. C., Carrier, M.-E., Boucher, M.-E., Whitley, R., Bond, S., & Zekowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.025>

Reig, A., & Seli, E. (2019). The association between assisted reproductive technologies and low birth weight. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 183–187. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000535>

Renzi, A., Di Trani, M., Solano, L., Minutolo, E., & Tambelli, R. (2020). Success of assisted reproductive technology treatment and couple relationship: A pilot study on the role of romantic attachment. *Health Psychology Open*, 7(1), 205510292093307. <https://doi.org/10.1177/2055102920933073>

Riccio, M. (2017). *La cicogna distratta: Il paradigma sistemico-relazionale nella clinica della sterilità e dell'infertilità di coppia*. Franco Angeli.

Ridenour, Yorgason, & Peterson. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 34–51. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9077-z>

Sabourin, Valois, & Lussier. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.15>

Salcuni Silvia, Mancinelli Elisa, Muneratti Anna, Grillo Antonella, Alessi Chiara, Guglielmino Antonino, & Finos Livio. (2021). Couples undergoing Assisted Reproductive Techniques: An Actor-Partner Interdependence Model of dyadic adjustment, attachment, and body-image avoidance. *Report of Empirical Study*. <https://doi.org/10.1177/20551029211039923>

Salih Joelsson, L., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M. K., Stern, J., Berglund, A., & Skalkidou, A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry*, 45, 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.004>

Samadaee-Gelehkolae, McCarthy, Khalilian, & Hamzehgardeshi. (2016). Factors associated with marital satisfaction in infertile couple: A comprehensive literature review. *Global Journal of Health Science*. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p96>

Santona, A., & Zavattini, G. C. (2005). Partnering and parenting expectations in adoptive couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(3), 309–322. <https://doi.org/10.1080/14681990500142004>

Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S., & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 9(1), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.007>

Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., & Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility*, *90*(6), 2107–2111. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.10.045>

Scabini & Cigoli. (2000). *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*. Raffaello Cortina Editore.

Scabini & Iafrate. (2019). *Psicologia dei legami familiari*. Il Mulino.

Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*(4), 623–642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>

Shear. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 153–160.

Shireen Shehzad Bhamani, Nida Zahid, Nasim Zahid Shah, Fariha Shaheen, & Saima Sachwani. (2022). A dyadic approach to depression, resilience and quality of life on marital adjustment among infertile couples in Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*.

Sidi, H., Wahab, S., Ss, L., Mat Zin, N., & Baharuddin, N. (2017). Assessment of Marital Dissatisfaction and Its Association with Sexual Dysfunction and Psychiatric Morbidities among Primary Health Attenders in Malaysia. *IJUM Medical Journal Malaysia*, *16*(2). <https://doi.org/10.31436/imjm.v16i2.320>

Smith, N. K., Madeira, J., & Millard, H. R. (2015). Sexual Function and Fertility Quality of Life in Women Using In Vitro Fertilization. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(4), 985–993. <https://doi.org/10.1111/jsm.12824>

Spangmose, A. L., Christensen, L. H., Henningsen, A.-K. A., Forman, J., Opdahl, S., Romundstad, L. B., Himmelmann, K., Bergh, C., Wennerholm, U.-B., Tiitinen, A., Gissler, M.,

& Pinborg, A. (2021). Cerebral palsy in ART children has declined substantially over time: A Nordic study from the CoNARTaS group. *Human Reproduction*, *36*(8), 2358–2370. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab122>

Spanier. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Sullivan-Pyke, C. S., Senapati, S., Mainigi, M. A., & Barnhart, K. T. (2017). In Vitro fertilization and adverse obstetric and perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*, *41*(6), 345–353. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.001>

Swanson & Braverman. (2021). *Psychological Components of Infertility*. *Family Court Review*. <https://doi.org/10.1111/fcre.12552>

Tao, Coates, & Maycock. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *The Australasian Medical Journal*. <https://doi.org/10.4066/AMJ.20111055>

Tararbit, K., Houyel, L., Bonnet, D., De Vigan, C., Lelong, N., Goffinet, F., & Khoshnood, B. (2011). Risk of congenital heart defects associated with assisted reproductive technologies: A population-based evaluation. *European Heart Journal*, *32*(4), 500–508. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq440>

Testa & Graziottin. (2006). *Infertilità e sessualità: Il ruolo del ginecologo*.

Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, *19*(3), 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.12.009>

Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2015). You Looking at Her “Hot” Body May Not be “Cool” for Me: Integrating Male Partners’ Pornography Use into Objectification Theory for Women. *Psychology of Women Quarterly*, 39(1), 67–84. <https://doi.org/10.1177/0361684314521784>

Vania Valoriani. (2011). *Genitori ad ogni costo. I problemi psicologici delle coppie infertili*. Carocci.

Vegetti Finzi. (1997). *Volere un figlio*. Arnoldo Mondadori Editore.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., & Braat, D. D. M. (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*, 22(1), 305–308. <https://doi.org/10.1093/humrep/del355>

Verhaak, Lintsen, Evers, & Braat. (2010).). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq054>

Vermeiden, J. P. W., & Bernardus, R. E. (2013). Are imprinting disorders more prevalent after human in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection? *Fertility and Sterility*, 99(3), 642–651. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.01.125>

Vincenzo Calvo, Chiara Masaro, & Chiara Fusco. (2021). Attaccamento e regolazione emozionale nel ciclo di vita. *Giornale italiano di psicologia*, 3, 761–766. <https://doi.org/10.1421/103764>

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundstrom Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056–2063. <https://doi.org/10.1093/humrep/den154>

Wallach, E. E., & Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43(3), 335–346. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)48428-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48428-1)

Williams, K. E., Marsh, W. K., & Rasgon, N. L. (2007). Mood disorders and fertility in women: A critical review of the literature and implications for future research. *Human Reproduction Update*, 13(6), 607–616. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm019>

Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I Like My Body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>

Yamanaka-Altenstein, Rauch-Anderegg, & Heinrichs. (2021). The link between infertility-related distress and psychological distress in couples awaiting fertility treatment: A dyadic approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1945456>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., De Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & Van Der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017†‡§. *Human Reproduction*, 32(9), 1786–1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

Zurlo, Cattaneo Della Volta, & Vallone. (2019). The association between stressful life events and perceived quality of life among women attending infertility treatments: The moderating role of coping strategies and perceived couple’s dyadic adjustment. *BMC Public Health*,. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7925-4>

Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2017). Factor structure and psychometric properties of the Fertility Problem Inventory–Short Form. *Health Psychology Open*, 4(2), 205510291773865. <https://doi.org/10.1177/2055102917738657>

Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2020). Infertility-Related Stress and Psychological Health Outcomes in Infertile Couples Undergoing Medical Treatments: Testing a Multi-dimensional Model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(4), 662–676. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09653-z>

SITOGRAFIA

<https://www.iss.it/infertilità-e-pma>

<https://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioContenutiFertility.jsp?lingua=italiano&id=4566&area=fertilita&menu=medicina>

<https://www.humanitas.it/malattie/infertilita-maschile/>

<https://www.eshre.eu/>

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2015&numero=96>

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2014&numero=162>

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2015&numero=229>

https://www.epicentro.iss.it/pma/pdf/C_17_pubblicazioni_3162_allegato.pdf

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Legge+40+gazz.+uff.PDF/cac278b3-6fe2-8d72-7f9c-ad0e8e697b8a?t=1605800631792>

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

<https://web.camera.it/parlam/leggi/home.htm>

<https://www.iss.it/web/guest/rp-il-registro>

<https://www.reproductivefacts.org/topics/topics-index/infertility/>

<https://www.epicentro.iss.it/pma/aggiornamenti>