

Infertilità e sessualità: il ruolo del ginecologo

G. TESTA¹, A. GRAZIOTTIN²

RIASSUNTO: **Infertilità e sessualità: il ruolo del ginecologo.**

G. TESTA, A. GRAZIOTTIN

L'infertilità è spesso causa di problematiche che coinvolgono tutta la vita di un individuo. Lo stress, conseguente al non ottenimento della gravidanza, porta all'alternarsi di reazioni emotive, come sorpresa, rabbia, depressione, isolamento. La scoperta dell'infertilità può ripercuotersi sulla percezione dell'identità sessuale, sulla funzione sessuale e sulla relazione di coppia. Il ruolo del ginecologo è estremamente importante, in tutti i momenti, dalla fase diagnostica a quella terapeutica. Trattare i due partner come individui, coinvolgendoli nelle scelte terapeutiche, così come fornire una corretta e completa informazione, dà loro un senso di controllo sulla propria vita e sulla propria condizione. La percezione di essere protagonisti nella ricerca del bimbo e non solo oggetto di cura, può ridurre il disagio psicologico e migliorare i meccanismi adattivi di risposta allo stress.

SUMMARY: **Infertility and sexuality: the role of gynaecologist.**

G. TESTA, A. GRAZIOTTIN

Infertility often creates one of the most distressing life crises that couple has never experienced together. The stress of the non-fulfilment of a wish for a child has been associated with emotional sequelae such as anger, depression, anxiety, marital problems, sexual dysfunction and social isolation. Couples experience stigma, sense of loss, and diminished self-esteem in the setting of their infertility (Nachtigall, 1992). The role of the physician is extremely important in every phase of the procedure, from diagnostic to therapeutic phases. Quality of treatment should be emphasized combined with human warmth. Treating each couple as individuals, involving them in treatment decisions as well as, providing correct and complete information, gives them a sense of control over their infertility care. The perception of being subject in the baby search and not only "object of treatment", can reduce psychological discomfort and improve coping with stress of infertility, in particular during assisted reproduction procedure (Freeman et al., 1985).

KEY WORDS: Infertilità - Coping - Riproduzione assistita - Funzione sessuale - Identità sessuale - Disfunzioni sessuali.
Infertility - Coping - Assisted reproduction - Sexual function - Sexual dysfunction - Sexual identity.

Introduzione

L'infertilità può causare problematiche che coinvolgono tutta la vita di un individuo, con l'alternarsi di reazioni, quali sorpresa, incredulità, rabbia, depressione, isolamento. La percezione negativa della propria immagine corporea e la perdita di autostima sono causa di profondi turbamenti nella vita personale e di coppia. La scoperta dell'infertilità può infatti ripercuotersi negativamente sulla percezione dell'identità sessuale, sulla funzione sessuale e sulla

relazione sessuale.

In ogni caso, qualunque sia la modalità di reazione, è importante che i due partner sappiano relazionarsi tra di loro, comprendendo i bisogni e le paure dell'altro, mantenendo e rafforzando il loro equilibrio di coppia e la loro complicità (Darwish et al., 2002).

Il ruolo del medico è estremamente importante in tutti i momenti, dalla fase diagnostica a quella terapeutica.

La partecipazione della coppia nella tempistica e nella scelta terapeutica, come la corretta e completa informazione, dà a entrambi i partner la sensazione di esercitare un controllo sulla propria condizione. La percezione di essere co-protagonisti della ricerca del figlio e non solo "oggetto" di cura, può essere utile per ridurre il disagio psicologico e migliorare i meccanismi adattivi di risposta allo stress della riproduzione assistita (Freeman et al., 1985).

¹Università degli Studi dell'Insubria, Varese
Specialista in Ostetricia e Ginecologia

²H. San Raffaele Resnati, Milano
Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

Infertilità e impatto psicologico

La nostra cultura attribuisce ancora oggi molta importanza alla maternità, come elemento indissolubile e imprescindibile dell'identità femminile. La riproduzione è considerata come la più basilare delle necessità dell'uomo, quasi che il vincolo del matrimonio, o il solo vivere insieme, comportino di per sé un "obbligo sociale e familiare a mettere al mondo un figlio".

Ciò spiega perché l'incapacità in questa funzione possa generare problematiche che coinvolgono quasi tutti gli aspetti della vita di un individuo o di una coppia (Greil et al., 1989).

L'infertilità porta all'alternarsi di molteplici reazioni come sorpresa, incredulità, rabbia, depressione, rifiuto, isolamento.

La prima reazione alla diagnosi di infertilità è la *sorpresa*. Soprattutto per le coppie che hanno pensato di pianificare la propria vita riproduttiva, adottando in passato metodi contraccettivi. La coppia non ammette di non riuscire più a controllare la propria vita, di non riuscire ad ottenere la gravidanza, con la stessa facilità con cui la evitava, quando non la desiderava. L'infertilità è vissuta come esperienza di perdita di efficacia e di controllo sulla propria vita, sul proprio destino.

La coppia il più delle volte *rifiuta* lo stato di infertilità e sente il bisogno inconscio di attribuire il mancato concepimento a situazioni esterne. Questo induce a modificare il proprio stile di vita, sia in termini di abitudini alimentari e di attività fisica, sia in termini di attività sessuale. Ad esempio è abitudine, dopo il rapporto, porre un cuscino sotto il bacino per garantire la posizione supina ed evitare la fuoriuscita di liquido seminale.

L'infertilità è per la coppia un'importante sfida psicologica, ma è vissuta in modo diverso dall'uomo e dalla donna.

Nella *donna* l'impatto psicologico è usualmente più pesante e legato a diversi fattori:

1. ad una maggiore identificazione della donna in un ruolo di madre dal punto di vista sociale;
2. ad una maggiore importanza che la donna attribuisce alla gravidanza dal punto di vista del puro istinto naturale;
3. ad un impegno e stress maggiore che la funzione riproduttiva comporta sul piano fisico nella donna, anche quando avviene in condizioni fisiologiche. Ancor di più quando si trova inserita in un programma di fecondazione assistita, dovendo subire tutto ciò che il protocollo comporta, dai ripetuti controlli ecografici, ai prelievi di sangue, dalla stimolazione ovarica fino all'inseminazione o al più invasivo prelievo ovocitario con successivo trasferimento embrionario;
4. ad una maggiore tendenza rispetto al partner, a

ricercare nella sua vita passati eventi che possano essere causa dell'infertilità, soprattutto in caso di precedenti interruzioni di gravidanza.

Nell'*uomo*, l'impatto psicologico è legato all'identificazione millenaria, profondamente radicata nell'inconscio personale e collettivo, tra *potentia coeundi* e *potentia generandi*.

Gli aspetti più specifici dell'impatto dell'infertilità sull'equilibrio psicosessuale maschile possono essere così riassunti:

1. l'uomo vive con ansia e disagio l'esame del liquido seminale, sia per le modalità di raccolta, sia per la necessità di astinenza dai rapporti. L'ansia suscitata dall'esame del liquido seminale è spesso motivata dal timore del giudizio che il medico e successivamente la sua partner daranno della sua fertilità e quindi di lui stesso;
2. negli uomini la componente ansiosa è molto più elevata in quelli che presentano alterazioni del liquido seminale, sia per il senso di responsabilità nei confronti della riuscita della procedura che per il senso di colpa verso la partner che si fa carico della maggior parte di esami e terapie;
3. la partecipazione del partner maschile è, nell'iter diagnostico-terapeutico, intermittente, discontinua e spesso passiva, la sua presenza è richiesta nella fase diagnostica e nel giorno dell'eventuale inseminazione;
4. l'uomo più della donna riesce a compensare la mancanza del figlio. Gli uomini, un po' per loro attitudine, un po' forse per il desiderio di mostrarsi forti e di mascherare l'ansia, tendono a farsi coinvolgere in altre attività, da quella lavorativa a quella sportiva.

In ogni caso, qualunque sia la modalità di reazione, è importante che i due partner sappiano relazionarsi tra di loro, comprendendo i bisogni e le paure dell'altro, mantenendo e rafforzando il loro equilibrio di coppia e la loro complicità.

Spesso, soprattutto nella donna, il senso di frustrazione e di fallimento si traduce in una vera e propria sindrome *depressiva* ad andamento ciclico, esacerbata dalla comparsa del flusso o da eventi esterni, come la nascita di un bambino in ambito familiare o nella cerchia di amici.

Molte coppie provano *rabbia* contro se stesse, rabbia contro gli altri che concepiscono un figlio senza sforzo. Rabbia a volte rivolta all'altro partner, che disattende le aspettative, che mostra indifferenza, forse mascherando una sofferenza. Rabbia verso l'équipe medica, con atteggiamenti spesso aggressivi. Ma non dimentichiamo che sentimenti di rabbia possono nascondere sentimenti di dolore, di ansia e paura.

La consapevolezza del proprio stato di incapacità riproduttiva si traduce, sia nell'uomo che nella donna, in una percezione negativa della propria immagine corporea, in una percezione di sé come fisica-

mente incapace e incompetente, sessualmente priva di attrattiva con conseguente perdita di autostima.

La maggior parte delle coppie che inizia una vita insieme ha consciamente o inconsciamente l'aspettativa di diventare genitore. Se il figlio non arriva, la coppia può interrogarsi sul valore e sul significato della loro unione. Uno dei due, in particolare la donna, può sviluppare un senso di insicurezza e di incertezza soprattutto se ha la percezione di non ricevere quel supporto emotivo di cui sente di aver bisogno in quel momento.

Questa "crisi" d'infertilità porta spesso all'*isolamento* della coppia dal contesto familiare e sociale che invece potrebbe fornire aiuto e sostegno.

È facile comprendere come l'infertilità possa scatenare in una persona una crisi profonda a 360 gradi. La crisi di infertilità investe infatti la sfera della comunicazione, dell'attività sessuale e dei progetti futuri.

L'infertilità, quindi oltre che causare profonde sofferenze psicologiche individuali può interferire e alterare la relazione di coppia e la capacità di comunicazione tra i partner.

Infertilità e disturbi sessuali

L'infertilità può costituire un fattore predisponente, precipitante e/o di mantenimento di disturbi sessuali in uno o entrambi i partner. Se da un lato, il 10% dei disturbi psicosessuali come il vaginismo, l'impotenza, i disturbi dell'eiaculazione, sono la causa principale dell'impossibilità a concepire, dall'altro l'infertilità stessa può alimentare disfunzioni preesistenti, o essere causa di nuovi disturbi come la riduzione del desiderio e la difficoltà a raggiungere l'orgasmo. Un problema sessuale può quindi preesistere alla diagnosi di infertilità con conseguente risvolto negativo sulla funzione riproduttiva, essere alla base dell'infertilità stessa, ed essere aggravato durante la fase di accertamenti diagnostici o terapeutici.

La funzione sessuale è particolarmente sensibile alla crisi conseguente l'infertilità. Alcune ripercussioni sulla funzione sessuale, come disturbi dell'eiaculazione o dell'orgasmo, possono essere variabili da episodiche difficoltà, superabili con adeguata istruzione e supporto medico fino a casi più complessi che richiedono trattamenti specializzati.

Finalizzare l'attività sessuale alla procreazione piuttosto che al piacere è uno dei meccanismi che più fortemente influenzano la sessualità. Ciò che prima era un piacere sembra diventare un lavoro. Come risultato la coppia può concentrare la propria attenzione sui tempi e sulle modalità del rapporto sessuale in termini di capacità di procreare piuttosto che in termini di intimità, comunicazione ed espressione di amore. Si è soliti consigliare alla coppia di concen-

trare l'attività sessuale nella fase ovulatoria del ciclo, ma qualche coppia può seguire troppo letteralmente questo consiglio senza considerare in alcun modo il desiderio sessuale.

Si assiste a paradossi nella vita sessuale di coppia. Se ripetuti e falliti tentativi possono indurre a dispareunia, vaginismo o deficit erettivi, anche quando la frequenza dei rapporti diventa ossessiva, con rapporti quotidiani e ripetuti più volte nello stesso giorno, nell'arco del ciclo mestruale o nel periodo ritenuto fertile, prevale l'ansia di prestazione, che può tramutarsi in impotenza o aneiaculazione, con conseguenti rabbia, rancori, colpevolizzazioni e dissidi all'interno della coppia. Talvolta si arriva all'astensione assoluta dai rapporti, pur di non risvegliare il dolore per il figlio che non arriva...

In tali casi l'atto sessuale è inteso come volto a concepire e non consente alla coppia una realizzazione ed una soddisfazione sessuale. Si assiste ad una perdita di spontaneità con l'idea che l'atto sessuale senza concepimento non abbia alcun senso e ricordi in ogni momento la propria infertilità. La necessità di rapporti temporizzati, "a comando", si accompagna inoltre a una frequenza di disturbi sessuali che può arrivare al 50% dei casi.

I problemi possono derivare dalla pressione di "rapporti programmati" ma anche dalla stessa presenza del ginecologo vissuta come interferenza, come elemento di disturbo, in un rapporto che si definisce "a tre". La coppia si sente derubata della propria intimità (Keye, 1983, 1984).

Anche la consapevolezza dell'incapacità di concepire senza un intervento medico rappresenta un fattore di profonda crisi del vissuto di coppia e del singolo individuo.

Grande ostacolo è la difficoltà a parlarne: ancora oggi infatti la sessualità è un tabù e l'infertilità è vissuta con imbarazzo nei confronti della società.

Le coppie non parlano volentieri dei loro conflitti, della loro sessualità. Vari sono i motivi. La sterilità è vissuta come oggetto di vergogna e socialmente inaccettabile o forse perché si è ormai abituati ad una medicina che si occupa di curare i sintomi e le malattie, trascurando l'individuo nella sua complessità e totalità. Altro aspetto è l'incapacità o la mancanza di volontà da parte della classe medica di affrontare, forse, per discrezione, argomenti di natura sessuale, reputati delicati ed intimi e sui quali non si sente interpellata.

Anche i timori di affrontare da un punto di vista terapeutico il problema sessuale, per paura dell'insorgenza di squilibri all'interno della coppia, può limitare il dialogo con il medico.

Le donne tendono a parlarne maggiormente, esprimendo le proprie sensazioni, e più spesso cercano e chiedono un supporto, sia all'interno dell'ambiente familiare che dello staff medico.

Procreazione medico assistita e impatto psicologico

Anche se le tecniche di riproduzione assistita consentono oggi di ottenere una gravidanza in casi che un tempo erano ritenuti intrattabili, non esiste alcuna metodica che garantisca una gravidanza al cento per cento.

Se da un lato la procreazione assistita offre quindi speranze, dall'altro alimenta paure e ansie.

Le coppie che intraprendono la strada della procreazione assistita si trovano ad affrontare una prova molto dura (Raval et al., 1987; Thonneau et al., 1993; Red, 2001). La conferma arriva da uno studio su 200 coppie inserite in un programma di riproduzione assistita, al termine del quale il 49% delle donne e il 15% degli uomini hanno definito l'infertilità come l'esperienza più stressante della loro vita. Tutte le fasi di un programma sono vissute dalle coppie con un forte carico di stress, ma le due settimane di attesa dopo il trattamento e la comparsa delle mestruazioni sono descritte come le più difficili. Ogni flusso mestruale è vissuto come il ricordo di ciò che è perso. Lo stress maggiore è legato al terrore di deludere le aspettative proprie e del contesto sociale in cui si vive, e di fallire in un progetto che spesso diventa il centro del proprio mondo (Boivin et al., 1992). Le tensioni maggiori si concentrano nei 14 giorni che seguono l'ovulazione, quando non resta che la natura faccia il proprio corso. In questi momenti l'ansia ha il sopravvento.

La medicalizzazione, che in termini pratici si traduce in continui controlli ed esami, porta inevitabilmente ad un'attenzione ossessiva nei confronti del proprio corpo. Ogni azione, dalla più banale alla più importante, viene programmata e vissuta in funzione del concepimento. A partire dai rapporti sessuali, che vengono scanditi dal momento del ciclo anziché dal desiderio e dalla ricerca del piacere.

E i progressi della scienza non bastano se viene a mancare l'equilibrio emotivo della coppia.

Impegni lavorativi o semplicemente la stanchezza, lo stress della vita quotidiana possono in alcuni casi rendere indisponibile uno dei due partner. Tutto ciò può irritare profondamente l'altro e incrinare ulteriormente l'armonia di coppia.

Ruolo del ginecologo

Il ruolo del medico è estremamente importante in tutti i momenti, dalla fase diagnostica a quella terapeutica.

In presenza di disturbi sessuali, compito del ginecologo è escludere cause organiche, psichiche (paure, ansia, timore di fallimenti), iatrogene (farmacologi-

che), endocrine (iperprolattinemia) ed indagare la funzione sessuale per vaginismo, dispareunia, anorgasmia, riduzione della libido, impotenza e aneiaculazione (Hammer-Burns, 1999; Keye, 1983; 1984).

È opportuno informare la coppia che non è necessario, al fine del concepimento, che il rapporto coincida esattamente con il giorno dell'ovulazione, in quanto è stata dimostrata la presenza di spermatozoi nell'apparato genitale della donna, anche 3-8 giorni dopo il rapporto sessuale.

Da non trascurare il dato anamnestico sulla frequenza dei rapporti, fondamentale per definire una coppia infertile. Disfunzioni sessuali o problemi lavorativi, viaggi frequenti possono interferire negativamente. Così come la non corretta conoscenza della fisiologia del ciclo mestruale può indurre a rapporti mirati in periodi inadeguati.

La modalità con cui l'esito di un esame è comunicato al paziente è estremamente importante: un test normale può migliorare l'immagine di sé, un risultato patologico può essere devastante sul piano psicologico. Una buona relazione medico-paziente ed una comunicazione corretta ed esaustiva possono rivestire un ruolo critico nell'accettazione di una situazione patologica (Raval et al., 1987; Thonneau et al., 1993; Red, 2001).

La partecipazione della coppia nella tempistica e nella scelta terapeutica, come la corretta e completa informazione, dà alla coppia la sensazione e la percezione di esercitare un controllo sulla propria condizione e può essere utile per ridurre il disagio psicologico (Tuschen-Caffier et al., 1999). La coppia deve essere quindi profondamente motivata: spiegando i percorsi e pianificando un approccio terapeutico personalizzato.

Compito del medico è inoltre ridimensionare le aspettative, del "credo" che la tecnologia sia in grado di garantire la gravidanza.

È importante preparare la coppia sia all'impegno richiesto dalle varie fasi, sia alla possibilità di ripetuti fallimenti. Questo lavoro preparatorio è molto utile al fine di permettere alla coppia di gestire l'ansia durante i trattamenti e di formulare prospettive realistiche del risultato (Mollet e Fallstrom, 1991).

Suo compito è anche informare che alcune terapie di induzione dell'ovulazione possono indurre instabilità emotiva, ansia e depressione con conseguente ripercussione sul rapporto di coppia e sulla vita sessuale (Lalos et al., 1986; Menning, 1980).

Conclusioni

Come in altri campi della medicina è importante che si stabilisca un rapporto empatico tra il medico e la coppia.

Lo specialista deve incoraggiare la coppia ad esprimere sentimenti e difficoltà, aiutarla ad identificare possibili strategie per superare i momenti più difficili di tutto il percorso.

Un aiuto psicosessuologico, con invio allo specialista di riferimento che collabori con il gruppo di lavoro sulla fecondazione assistita, può essere indicato quando fattori o problemi psicosessuali favoriscano l'infertilità, come nel caso di vaginismo o deficit erettivi, o ne siano causati, come conseguenza dello stress del percorso riproduttivo.

La capacità di personalizzare la terapia e di coinvolgere la coppia nella scelta del percorso diagnostico-terapeutico ha inoltre un importante effetto, in termini di efficacia dell'intervento stesso.

Se l'infertilità è definita come un disturbo bio-psico-relazionale, il percorso procreativo non deve dimenticare l'attuale concetto di salute, che non è più sinonimo di sola assenza di malattia, bensì di globale benessere bio-psico-sociale dell'individuo.

Bibliografia

1. BOIVIN J., TAKEFMAN J.E., BRENDER W., TULANDI T.: *The effects of female sexual response in coitus on early reproductive processes*. J. Behavioral Med. 15, 509-18, 1992.
2. DARWISH J.: *Sexuality ESHRE Monographs*. Guidelines for Counselling in Infertility. 27-28, 2002.
3. FREEMAN E.W., BOXER A.S., RICKELS K., TURECK R., MASTOIANNI L.: *Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer*. Fertil. Steril. 43:48-53, 1985.
4. GREIL A.L., PORTER K.L., LEISKO T.A.: *Sex and intimacy among infertile couples*. J. Psychol. Hum. Sex. 2:117-38, 1989.
5. HAMMER-BURNS L.: *Sexual counseling and infertility*. In Hammer-Burns L. e Covington S.N. (eds) *Infertility Counseling. A Comprehensive and Handbook for Clinicians*. Parthenon, London and New York. 149-76, 1999.
6. KEYE W.R. jr.: *Female sexual activity, satisfaction and function in infertile women*. Infertility. 5:275, 1983.
7. KEYE W.R. jr.: *Psycosexual responses to infertility*. Clinical Obstetrics and Gynecology. 3:760-766, 1984.
8. LALOS A. et al.: *Depression, guilt and isolation among women and their partners*. J. Psychosom Obstet Gynecol. 5:197, 1986.
9. MENNING B.E.: *The psychological component of infertility*. Fertil Steril. 43:335, 1980.
10. MOLLER A., FALLSTROM L.: *Psychological consequences of infertility. A longitudinal study*. J. Psychosom. Obst. Gynecol. 27-45, 1991.
11. RAVAL H. et al.: *The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationship*. J. Reprod Infant Psychol. 55:221, 1987.
12. RED S.A.: *Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider*. Military Medicine. 166, 11:1018-1022, 2001.
13. THONNEAU P., DUCOT B., SPIRA A.: *Risk factors in men and women consulting for infertility*. Int. J. Fertil. 38 (1):37-43, 1993.
14. TUSCHEN-CAFFIER B., FLORIN L., KRAUSE W., POOK M.: *Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples*. Psychother. Psychosom. 68:15-21, 1999.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Carta di Ottawa per la promozione della salute*. Ottawa 1721, Novembre 1986.