

## **Sindrome da sterilità: il complesso d'inferiorità e la relativa compensazione**

ROSSELLA ARDENTI

*Summary* – STERILITY SYNDROME: THE INFERIORITY COMPLEX AND ITS COMPENSATION. Sterility is an organic inferiority condition which often involves psychological disorders in the bio-psychic unity of the individual. The empathetic listening to the sterile person's background has allowed to discover in their life-style a number of psychological behaviours which are relevant to infertility. This multitude of psychological discomforts involved in the emotional-affective-relational sphere in the life-style of a sterile person is defined as Sterility Syndrome.

*Keywords:* INFERIORITY FEELING, COMPENSATION, ORGANIC INFERIORITY

### *I. Introduzione*

Nella letteratura internazionale la sterilità è ampiamente esaminata, anche in campo psicologico, ed è complessivamente riconosciuta come un fattore di crisi esistenziale e di forte tensione emotiva sia per l'individuo portatore del problema sia per la coppia [21, 24, 25, 27, 32, 33, 41, 43, 45, 48, 49, 50, 51].

A livello individuale, si evidenzia come la condizione di sterilità generi una *profonda ferita narcisistica* con conseguente *crisi d'identità*. L'intensità di tale crisi pare essere strettamente legata a variabili soggettive. La diagnosi e la condizione di sterilità generano una profonda frustrazione e costituiscono un *trauma* in grado di scatenare *reazioni depressive* accompagnate a una profonda *svalorizzazione di sé*. L'individuo sterile vive un forte *sentimento d'inferiorità* e si trova a dover recuperare anche il *senso della propria esistenza*. A livello di coppia si verificano *tensioni relazionali*, ma anche e soprattutto *difficoltà sessuali*, che possono manifestarsi con un calo di frequenza dei rapporti intimi, con una perdita di desiderio o con una riduzione del piacere.

La sterilità è, dunque, una *condizione fisica suscettibile di disordini psicologici* e, sul piano scientifico, sono stati effettuati numerosi studi per individuarne i mec-

canismi. I fattori che intervengono in favore del disagio psicologico sono l'iter diagnostico, la diagnosi di sterilità e l'iter terapeutico. Le indagini di accertamento per la sterilità sono stressanti: spesso sono eseguite in tempi lunghi e possono avere delle complicanze, interferendo con la sessualità della coppia e condizionando sia la vita quotidiana sia la relazione [36, 45, 53].

Inoltre, va rilevato che nel 10-15% delle coppie sterili l'iter diagnostico, anche se condotto in modo completo e corretto, non evidenzia alcuna causa organica e/o funzionale nella difficoltà di procreare ("sterilità idiopatica") e lascia la coppia senza alcuna risposta all'insistente e sempre presente interrogativo: «*Perché non riusciamo ad avere un figlio?*». Di fronte ad una diagnosi di sterilità, la coppia può sperimentare una vasta gamma di emozioni, che possono avere durata breve o perdurare nel tempo con un'intensità tollerabile oppure disturbante [22, 29, 30, 57]. Le più frequenti reazioni emozionali alla diagnosi di sterilità sono: *sorpresa, rifiuto, rabbia, isolamento, colpa, dolore*.

Ciascuna di queste reazioni può essere considerata "normale" quando è limitata nel tempo e porta la coppia verso l'adattamento e la risoluzione, mentre assume una valenza "patologica" quando si cristallizza limitando la vita personale e relazionale. L'iter terapeutico rappresenta, per le donne e per i loro partner, una fonte non trascurabile di disagio emotivo oltre che di sofferenza fisica. Durante il percorso terapeutico, attraverso le tecniche di procreazione medicalmente assistita, può nascere la paura per la propria salute fisica per cui ci si sente espropriati dell'intimità sessuale, personale e di coppia; diventa indispensabile sapersi adattare a nuove situazioni quali i continui spostamenti per raggiungere il centro specializzato, i permessi di lavoro, le attese, l'assunzione di farmaci, i quotidiani prelievi ematici, i monitoraggi ecografici etc. Tutto questo, comprensibilmente, comporta *stress*, ansia, calo dell'umore. La terapia per la sterilità, dunque, produce *dolore* fisico e *sofferenza* psichica che si lega al disagio o al disturbo emotivo già in essere amplificandolo [13, 15, 16, 19, 24, 28, 29, 31, 34, 35, 39, 40, 43, 55].

La decennale esperienza professionale svolta in questo campo ha fatto emergere quanto la sterilità involontaria sia un fenomeno articolato e complesso che coinvolge l'unità biopsichica della persona, che lega insieme inscindibilmente il corporeo allo psichico e che può essere compreso solo nella sua unitaria globalità [3, 5, 7, 20, 54]. Conoscere la coppia sterile sul piano psicologico non significa cercare quei fattori che sono presenti in tutti coloro che hanno un problema di sterilità, ma significa *comprendere le caratteristiche fisiche e psichiche dei singoli partner, le peculiarità relazionali della coppia e le dinamiche legate alla volontà di potenza ed al sentimento sociale*. La sterilità è un problema che, nella polarità psichica, acquista un significato che può essere anche molto diverso da individuo a individuo, da coppia a coppia [2, 4, 5, 9, 11].

Sebbene non sia semplice una descrizione unitaria della condizione di sterilità, attraverso l'ascolto empatico dei vissuti individuali è possibile riscontrare nello *stile di vita* dell'*individuo* sterile (donna o uomo), con una certa frequenza, alcune manifestazioni psicologiche che caratterizzano il fenomeno sterilità [4, 6, 10]. Non esiste una correlazione univoca tra la sterilità e una specifica sintomatologia psichica, ma è riscontrabile una *costellazione di disagi nella sfera emotivo-affettivo-relazionale dello stile di vita* che si organizza nella coppia sterile e che è definibile *Sindrome da sterilità* [17].

## II. La Sindrome da sterilità

Le coppie vivono molto spesso la propria sterilità come un triste *destino* di cui non si riesce a comprendere il significato. L'interrogativo che la donna ripetutamente si pone nel proprio dialogo interiore e che ricorre anche nelle sue conversazioni con gli altri è il seguente: «*Perché proprio a me?*». Questo interrogativo conduce verso la ricerca di tutti quei comportamenti o scelte del passato che, alla luce della visione attuale, possono essere delle *colpe* di cui la sterilità diventa finzionalmente la *punizione*.

Il progetto di vita, che appariva chiaramente prima della diagnosi e che la coppia sentiva come in via di realizzazione, subisce un arresto e sembra interrompersi anche il senso di continuità della propria vita. Il valore dato al *desiderio procreativo* si amplifica tanto da divenire lo scopo più importante ma irraggiungibile. Il proprio corpo si trasforma in un traditore (quasi fosse un'entità altra da sé), poiché non risponde a desideri ed attese: il *bios* non corrisponde più alla finzionale visione onnipotente che lo vede al servizio della propria *volontà di potenza*. Questo quadro finzionale alimenta un profondo *senso d'impotenza* nei confronti del quale si vive un forte *sentimento d'inadeguatezza*.

Nella coppia che ha ripetutamente sperimentato la frustrazione del desiderio di un figlio mancato e che ha anche ricevuto la diagnosi di sterilità, la sessualità perde il suo carattere coinvolgente e la vitalità spontanea si riduce al doversi accoppiare in un momento preciso: il periodo fecondo. La coppia sterile tenta così a lungo di concepire un bambino attraverso questa "norma" che spesso *la sessualità non è mossa dal desiderio dell'altro e non è più fonte di piacere*, ma diviene uno strumento al servizio dell'aspirazione alla superiorità, che ha come unico scopo l'"avere un figlio".

La coppia che non riesce spontaneamente nel tentativo di procreare entra in una morsa di dolore caratterizzata *dall'alternanza continua e sempre uguale di entusiasmo* (il periodo fecondo) *e delusione* (la mestruazione). Più la coppia sperimenta quest'alternanza e meno riesce a tollerare il *senso di fallimento e di vuoto*,

sentimenti che si trasformano in profondo dolore interiore e sofferenza psichica.

I *sensi di colpa* e/o le *colpevolizzazioni* appaiono come denominatore comune. La colpa può essere auto diretta (l'individuo sterile, come prima accennato, rivolge la propria aggressività verso se stesso accusandosi, direttamente o indirettamente, della propria condizione, dei fallimenti e degli errori) oppure indirizzata verso gli altri (il partner, i familiari, i medici etc.) individuando ed esplicitando motivazioni concrete oppure generiche.

A prescindere dalla direzione e dal contenuto, ciò che si osserva è che il senso di colpa e/o le colpevolizzazioni non consentono alla coppia di *godere liberamente* di ciò che fa parte della propria vita nei tre *compiti vitali* e neppure di decidere come affrontare il problema *senza condizionamenti*.

*Tristezza e rabbia* sono sentimenti che fanno parte del quotidiano e conseguono a molte esperienze dolorose e frustranti. Tristezza e rabbia possono portare verso una profonda crisi *depressiva* (calo dell'umore, perdita di interessi, insicurezza etc.) ed una consistente crisi relazionale, che può avere il suo *focus* nel rapporto di coppia, nel rapporto con la propria famiglia d'origine oppure nei rapporti sociali, sia amicali che lavorativi.

L'*idealizzazione del figlio* e l'*invidia* verso la genitorialità altrui sono sentimenti che si rinforzano vicendevolmente. Nella condizione di sterilità, avere un figlio diventa finzionalmente un privilegio e si focalizza l'attenzione solo sugli aspetti positivi della genitorialità, enfatizzandoli, senza riuscire a prendere in considerazione gli aspetti di criticità a essa legati. Inoltre, nella coppia sterile sono forti i sentimenti di rabbia verso quei genitori che rendono evidenti i vantaggi del non avere figli e/o le difficoltà di averne, i sacrifici e i pericoli della gravidanza o della genitorialità, e sono altrettanto forti i sentimenti d'invidia verso le coppie in attesa di un figlio o che già ne hanno (tra i parenti, gli amici, i conoscenti e gli estranei). Il Sentimento Sociale s'inaridisce e le relazioni interpersonali diventano sempre più problematiche, per la difficoltà di tollerare il continuo confronto con chi non vive la condizione di sterilità e per il non sentirsi compresi.

Tra le coppie sterili che sperimentano il perdurare di tale condizione è esperienza molto condivisa il *graduale allontanamento* dalle relazioni interpersonali, che può giungere fino all'interruzione dei rapporti nell'area sociale (conoscenti, amici e familiari) sia per non "dover" giustificare e/o spiegare la loro non ancora avvenuta genitorialità sia per la difficoltà nel riuscire a gioire dell'altrui felicità. In questo clima emozionale per la coppia sterile è molto difficile accettare la condizione di sterilità: avere un figlio diventa il punto focale, l'unica meta da perseguire con ogni strumento a disposizione.

### III. Intensità ed evoluzione della Sindrome da sterilità

La *Sindrome da sterilità* investe maggiormente il partner portatore della sterilità ma coinvolge la coppia nella sua totalità. L'intensità del disagio psicologico della Sindrome da sterilità così come la sua evoluzione dipendono certamente dal grado di maturità psicologica raggiunto dai singoli partner e dal grado di maturità relazionale raggiunto dalla coppia ma sono anche strettamente legati ai riflessi socio-culturali dell'ambiente in cui la coppia è inserita.

Non dobbiamo dimenticare, infatti, che la nostra società contemporanea, che riserva poco *spazio psicologico*, se non uno marginale, alla coppia senza figli o ai *single*, è una società organizzata sulla famiglia, cioè sulla coppia con figli. La coppia che non ha scelto di rimanere senza figli sente psicologicamente il *peso delle pressioni sociali*, volontarie o involontarie, provenienti dall'ambiente sociale di appartenenza, dalla famiglia d'origine e dagli amici. Nella vita quotidiana sono tante le situazioni che, evocando alla coppia la propria sterilità, fanno riaffiorare il sentimento d'inferiorità ed i relativi vissuti di disagio e di dolore. La famiglia d'origine invita la coppia, in modo diretto o indiretto, ad avere figli; i fratelli o gli amici hanno figli e i figli diventano, spesso, il punto centrale delle conversazioni: leggere un giornale, vedere una pubblicità, fare una passeggiata o una gita, conversare con conoscenti e colleghi riportano costantemente sul tema della genitorialità e, dunque, sul problema "sterilità". Ognuna di codeste situazioni, e altre ancora, può causare malessere, dolore, infelicità, disagio e può rendere ancora più difficile l'*accettazione* della propria condizione.

L'intensità del disagio e il grado di vulnerabilità rispetto alla *Sindrome da sterilità* variano in funzione di diversi fattori. Il funzionamento di coppia, il rapporto affettivo reciproco fra i partner, la storia della loro vita, la loro capacità di mentalizzazione, le strutture caratteriali (quali ad esempio la capacità di elaborare la paura, la tendenza alla depressione, la capacità di controllo), lo *status* socio-culturale, il tempo intercorso dalla diagnosi, il tipo di sterilità, il tipo e la durata del trattamento e, non da ultimo, la qualità del rapporto medico-paziente sono tutti gli aspetti che ritengo possano influire sulla modalità e sulle capacità di adattamento dei singoli *partner* e della coppia alla condizione di sterilità.

Le donne o gli uomini che vivono una sterilità secondaria, avendo già avuto un'esperienza di maternità o di paternità prima di divenire sterili, sembrano risentirne meno e il loro atteggiamento nei confronti della vita è diverso; anche le soddisfazioni personali, coniugali e professionali moderano l'impatto emotivo di una diagnosi di sterilità. Nella sterilità primaria, le coppie che vivono una relazione appagante, che si sentono gratificate come persone e che ricercano soddisfazioni personali anche nella sfera sociale e/o lavorativa, presentano una *Sindrome da sterilità* molto contenuta: la genitorialità è uno tra i più importanti scopi della vita, ma

non l'unico. Diversamente, quanto più il desiderio di un figlio assume un ruolo dominante nella vita della coppia tanto più s'insinua la minaccia di spingersi fino ad una condizione psicologicamente opprimente. La *Sindrome da sterilità* è saldamente intollerabile: si spegne la voglia di vivere, s'incrementano sottili sensi di colpa, impalpabili sensazioni di vergogna, offesa, invidia e subdoli desideri di tipo conformistico.

### III. 1. *La procreazione medicalmente assistita come compensazione dell'inferiorità*

La sterilità, dunque, genera un profondo *sentimento d'inferiorità*, l'organo riproduttivo assume un particolare interesse per l'individuo e per la coppia e si trasforma in quella parte di sé su cui si polarizza l'attenzione. Di conseguenza, *tutta l'energia psichica è orientata verso un'unica meta: il figlio*. In questa condizione psicologica, sapere di poter usufruire delle tecniche di *procreazione medicalmente assistita* (PMA) procura una *sensazione di sollievo*: il desiderio di genitorialità ha una nuova possibilità per essere soddisfatto. La scelta di intraprendere una procedura di PMA costituisce per la coppia una sorta di *compensazione* nei confronti dell'inferiorità del proprio organo riproduttivo: il figlio diventa quel *fine* a cui protendere in modo incondizionato e totalitario.

Nei casi in cui la sterilità genera un complesso d'inferiorità, il desiderio di avere un figlio si trasforma in *rivendicazione* di avere un figlio, un figlio ad ogni costo nonostante l'invasività della tecnica e nonostante il ripetersi degli insuccessi; il ricorrere alla PMA diviene una *supercompensazione*. Compensazione o rivendicazione: in tali casi il figlio è una *meta finzionale*. La coppia è psicologicamente convinta che riuscire ad avere il figlio a lungo desiderato e cercato significhi ripristinare l'equilibrio perduto, rinsaldare la propria identità, cancellare il dolore e la sofferenza, ripristinare il proprio senso d'utilità e ridare valore alla propria persona. In realtà, il bambino che dovrebbe nascere con l'ausilio della tecnica non può spazzare via automaticamente tutti quei sentimenti e quelle emozioni che s'intrecciano dando forma alla propria *Sindrome da sterilità* e neppure può annullare le barriere nate tra il mondo interno ed il mondo esterno.

Le coppie giungono alla procedura di PMA dopo aver vissuto lungamente la frustrazione del desiderio di procreazione spontanea e, accettando di sottoporsi a tali tecniche nonostante le percentuali di successo non incoraggianti, si accingono a provare, verosimilmente, altra sofferenza e altra frustrazione. Dal punto di vista razionale la coppia conosce esattamente le percentuali di successo e le possibili complicazioni dell'*iter* terapeutico; dal punto di vista emozionale, essa è convinta di rientrare nelle percentuali di successo o, comunque, di moltiplicare, *facendo di più*, le probabilità proporzionalmente ai sacrifici e alle prove che dovranno

essere superate. Anche questo convincimento è una *finzione*: in realtà, ciò che molto più probabilmente si moltiplica è l' ansia, la delusione, la frustrazione e la rabbia.

I risultati di una precedente ricerca interna dimostrano che la PMA è vissuta, psicologicamente, in modo diverso dai partner della coppia sterile. La donna, rispetto al proprio partner, presenta maggiormente reazioni depressive, ansia, tratti di conformismo, introversione e sensibilità interpersonale [28]. Un'altra ricerca, condotta sulle donne, ha reso evidente il carattere ansiogeno della PMA: l' ansia è elevata sia prima del prelievo ovocitario sia prima del trasferimento degli embrioni. In questi due momenti dell' *iter* terapeutico l' investimento emozionale è alto ed è di pari intensità [13].

Dallo studio, inoltre, si evince che l' esito negativo alla *fertilizzazione in vitro* produce una notevole attivazione dello stato ansioso. L' interruzione dell' *iter* terapeutico, dovuta alla non fertilizzazione degli embrioni, si presenta come il momento in cui il disagio psicologico è più elevato, anche rispetto al prelievo ovocitario ed al trasferimento degli embrioni [13]. Quanto sia doloroso non riuscire ad arrivare alla gravidanza, alla fine di un ciclo completo di PMA, è ampiamente dimostrato dalla letteratura [1, 23, 38, 44, 52, 56]. Riteniamo che la speranza di avere un figlio biologico, grazie alla PMA, consenta alla donna di affrontare la procedura con un certo adattamento psicologico, nonostante la sua invasività; viceversa, l' insuccesso ed il conseguente annullamento della speranza mettono la donna di fronte ad un dato di realtà che viene vissuto come il più difficile da accettare, molto più disturbante della procedura medesima.

### III. 2. *L' importanza di un adeguato intervento psicologico*

La psicologia non soddisfa certamente il desiderio della coppia di avere un figlio. Tuttavia si può e si deve tentare di far riconoscere cosa stia dietro o al fianco del desiderio di un bambino [8, 12, 14, 18, 29, 37, 46]. Si sono incontrate donne che sarebbero state realmente gratificate dall' *avere un figlio*, così come donne il cui benessere era legato al liberarsi dalla *costrizione di averlo*. Avere un figlio non è un qualcosa che appartiene alla scienza: saperne di più non porta a una maggiore fertilità. Tuttavia, riacquistare il contatto con sé mediante la riflessione e l' accettazione dei propri sentimenti, senza affidare al medico la funzione di unico sperato onnipotente, libera dal pericoloso vortice di dolore e di passività nel quale le donne facilmente entrano e dalla fittizia dipendenza paralizzante dal figlio.

La guarigione dalla *Sindrome da sterilità*, che genera i livelli massimi di sofferenza dopo il fallimento della tecnica di procreazione assistita, passa attraverso la risoluzione di una vera e propria crisi esistenziale, che inizia il suo progressivo

cammino già nel momento della scoperta della sterilità [13, 14, 18, 20]. È importante per i partner della coppia sterile analizzare il proprio *stile di vita* cercando di equilibrare armonicamente la propria *volontà di potenza* ed il proprio *sentimento sociale* imboccando la strada che conduce verso il potenziamento di quest'ultimo, verso lo sviluppo del *Sé creativo* e verso l'ampliamento del proprio *orizzonte di vita*. È di primaria importanza riuscire a mentalizzare l'eventuale vantaggio secondario prodotto dalla condizione di sterilità, scoprire la propria verità interiore, riacquistare il contatto con sé, disvelare la propria meta finzionale e, quindi, conseguire la libertà di poter decidere autonomamente, *senza alcun condizionamento*.

Un percorso terapeutico individuale, anche di tipo breve, consentirebbe alla donna o alla coppia di superare la *sterilità della propria esistenza*, permettendo così di recuperare un proprio equilibrio interiore [3, 5, 6, 9, 37, 42, 47].

La *Sindrome da sterilità* potrebbe essere più efficacemente affrontata, in un'ottica di prevenzione, se lo psicologo intervenisse abbastanza precocemente, almeno nel momento in cui alla coppia viene comunicata la diagnosi di sterilità, se possibile anche prima. Sia la letteratura sia l'esperienza sul campo ci inducono a considerare la *diagnosi di sterilità* come un momento sicuramente delicato in cui è, in ogni caso, necessario l'adeguamento psicologico alla condizione organica scoperta: occorre ristabilire un nuovo equilibrio. Nei centri per la diagnosi e per la terapia della sterilità oggi non viene effettuato, purtroppo, un intervento adeguato in un'ottica psicoterapeutica.

Le coppie si convincono, anche in relazione ad una valutazione superficiale delle pur precise informazioni medico-biologiche ricevute, che codesto equilibrio possa essere ristabilito, quasi magicamente, attraverso la gravidanza che segue una procedura medicalmente assistita. In realtà, come ho cercato di mettere in luce, anziché canalizzare le proprie energie verso il riequilibrio, la coppia si muove verso l'accumulo della sofferenza, dunque verso un'ulteriore perdita di equilibrio.

L'esperienza di chi opera sul campo in materia di *Sindrome da sterilità* mette di fronte ad una realtà molto articolata e complessa che rende estremamente difficile ogni tipo di generalizzazione. In ogni caso, la presa in carico da un punto di vista psicoterapeutico, già quando si profila il sospetto di una difficoltà a procreare e, in maniera più incisiva, soprattutto al momento della diagnosi di sterilità, consentirebbe la definizione di un progetto di intervento mirato che, legato al reale impatto della diagnosi, abbia come obiettivo l'unità biopsichica dell'individuo.

## Bibliografia

1. AA.VV. (1987), *L'inseminazione della discordia*, Angeli, Milano.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*, Newton Compton, Roma 2008.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Psicologia Individuale. Prassi e Teoria*, Newton Compton Editori, Roma 2006.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Che cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1932), *Technik der Behandlung*; (1928), *Die Technik der Individualpsychologie 1, die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu Lesen*; (1930), *Die Technik der Individualpsychologie 2, Die Seele des schwererzichbaren Schuldkindes*; (1931), *The Case of Mrs. A (The Diagnosis of a Life-Style)*, tr. it. *La Tecnica della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 2005.
7. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
8. AMMANITI, M., CANDELORI, C., POLA, M., TAMBELLI, R. (1995), *Maternità e gravidanza*, Raffaello Cortina, Milano.
9. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (a cura di, 1982), *Alfred Adler. Cooperation Between the Sexes. Writings on Women and Man, Love and Marriage and Sexuality*, tr. it. *Alfred Adler. La cooperazione tra i sessi. Scritti sulle donne e sugli uomini, sull'amore, il matrimonio e la sessualità*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001.
11. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (a cura di, 2008), *Alfred Adler. Aspirazione alla superiorità e Sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
12. ARCIDIACONO, C. (1994), *Identità femminile e psicoanalisi*, Angeli, Milano.
13. ARDENTI, R. (1999), Il supporto psicologico durante l'iter della PMA, *Atti del Convegno Internazionale «Bambini e genitori speciali? Dal bambino desiderato al bambino reale»*, Reggio Emilia, 30-31/10/98, Percorsi Editoriali, Roma.
14. ARDENTI, R. (2000), Sindrome da infertilità: gli aspetti psicologici, *Il Sagittario*, 7: 87-106.
15. ARDENTI, R. (2001), La ricerca reggiana sul problema dell'infertilità, *Il Sagittario*, 10: 115-129.
16. ARDENTI, R., MARTINELLI, F., LA SALA, G. B. (1995), Procreazione medicalmente assistita e consulenza psicologica, *SIFES*, 2, 3: 155-162.
17. ARDENTI, R., MARTINELLI, F., LA SALA, G. B. (1996), Problematiche psicologiche della Procreazione medicalmente assistita, in NAPPI, C., DI CARLO, C., GUIDA, M., *Fertilità e sterilità*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
18. ARDENTI, R., CAMPARI, C., AGAZZI, L., LA SALA, G. B. (1999), Anxiety and Perceptive Functioning of Infertile Women during in-Vitro Fertilization: Exploratory Survey of an Italian Sample", *Human Reproduction*, 14, 12: 3126-3132.
19. ARDENTI, R., LA SALA, G. B. (2003), *La maternità possibile. I vissuti delle coppie sterili, la fede e la procreazione assistita*, Diabasis, Reggio Emilia.

20. ATHERTON, F., HOWEL, D. (1995), Psychological Morbidity and the Availability of Assisted Conception: a Group Comparison Study, *J. of Public Health Medicine*, 17: 157-160.
21. AUHAGEN-STEPHANOS, U. (1993), *La maternità negata*, Bollati Boringhieri, Torino.
22. BARAM, D.,TOURTELOT, E., MUECHLER, E., HUANG, K. (1988), Psycho-social Adjustment Following Unsuccessful in Vitro Fertilization, *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 9: 181-190.
23. BEAUREPAIRE, J., JONES, M., THIERING, P., SAUDERS, D., TENNANT, C. (1994), Psychological Adjustment to Infertility and its Treatment: Male and Female Responses at Different Stages of IVF/ET Treatment, *J. of Psychosomatic Research*, 38: 229-240.
24. BERG, B. J., WILSON, J. F. (1990), Psychiatric Morbidity in the Infertile Population: a Reconceptualization, *Fertil Steril*, 53: 654-661.
25. BERG, B. J., WILSON, J. F. (1991), Psychological Treatment across Stages of Treatment for Infertility, *J. Behav. Med.*, 14: 11-26.
26. BERG, B. J., WILSON, J. F. (1995), Patterns of Psychological Distress in Infertile Couples, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 16: 65-78.
27. BRINGHENTI, F., MARTINELLI, F., ARDENI, R., LA SALA, G. B. (1997), Psychological Adjustment of Infertile Women Entering IVF Treatment: Differentiating Aspects and Influencing Factors, *Acta Obstet Gynaecol Scand.*, 76: 431-437.
28. CHATEL, M. M. (1995), *Il disagio della procreazione*, Il Saggiatore, Milano.
29. CHATEL, M. M., FIUMANÒ, M., MIELI, P., RICCI, G., SANTOSUOSSO, A. (1996), *L'immacolata fecondazione*, La Tartaruga Edizioni, Milano.
30. COOK, R. (1993), The Relationship between Sex Role and Emotional Functioning in Patients Undergoing Assisted Conception, *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 14: 31-40.
31. DOWNEY, J., YINGLING, S., MCKINNEY, M., HUSAMI, N., JEWELWICZ, R., MAIDMAN, J. (1989), Mood Disorders, Psychiatric Symptoms and Distress in Women Presenting for Infertility Evaluation, *Fertil Steril*, 52: 425-432.
32. EDELMANN, R. J., CONNOLLY, K. J. (1986), Psychological Aspects of Infertility, *Br. J. Med. Psychol.*, 59: 209-219.
33. EDELMANN, R. J., CONNOLLY, K. J., BARTLETT, H. (1994), Coping Strategies and Psychological Adjustment of Couples Presenting for IVF., *J. of Psychosomatic Research*, 38: 355-364.
34. EUGSTER, A., VINGERHOETS, A. J. (1999), Psychological Aspects of in Vitro Fertilization: a Review, *Social Sciences and Medicine*, 44: 575-589.
35. FIORE, C. (1996), *Tecniche riproduttive*, Elle Di Ci Editore, Torino.
36. FIUMANÒ, M. (2000 ), *A ciascuno il suo bambino*, Pratiche Editrice, Milano.
37. FREEMAN, E. W., RICHELIS, K., TAUSIG, J., MASTROIANNI, L. Jr., TURECH, R. W. (1987), Emotional and Psychological Factors in Follow-up of Women After IVF-ET Treatment, *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 66: 517-521.
38. GAMMON, J. (1998), Analysis of the Stressful Effects of Hospitalisation and Source Isolation on Coping and Psychological Constructs, *Int. J. Nurs. Pract.*, 4: 84-96.
38. GREENFELD, D. A., DIAMOND, M. P., DeCHERNEY, A. H. (1988), Grief Reaction Following In-vitro Fertilization Treatment, *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 8: 169-174.
40. HERTZ, D. G. (1982), Infertility and the Physician Patient Relationship: a Biopsychosocial Challenge, *General Hospital Psychiatry*, 4: 95.

41. HILLMAN, J. (1983), *Healing Fiction*, tr. it. *Le storie che curano*, Raffaello Cortina, Milano 1984.
42. JESSEE, S. S. (1966), Infertility, Surrogacy and the New Reproductive Techniques: Psychoanalytic Perspectives, *Int. J. Psychoanal.*, 77: 129-133.
43. KEMETER, P., FIEGL, J. (1998), Adjusting to Life When Assisted Conception Fails, *Human Reprod.*, 13: 1099-1105.
44. KOPITZKE, E. J., BERG, B. J., WILSON, J. F., OWENS, D. (1991), Physical and Emotional Stress Associated with Components of the Infertility Investigation: Perspectives of Professionals and Patients, *Fertil. Steril.*, 55: 1137-1143.
45. LAGORIO, S., RAVASI, L., VEGETTI FINZI, S. (1996), *Se noi siamo la terra. Identità femminile e negazione della maternità*, Il Saggiatore, Milano.
46. LINGIARDI, V., MADEDDU, F. (1994), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*, Raffaello Cortina, Milano.
47. MAHLSTEDT, P. P. (1985), The Psychological Components of Infertility, *Fertil. Steril.*, 43: 335-346.
48. MARTINELLI, F., BRINGHENTI, F., ARDENTI, R., LA SALA, G. B. (1992), Infertilità organica femminile e disordini psicologici, *Co.Fe.Se.*, 19: 293-298.
49. MENNING, B. E. (1984), The Psychology of Infertility, in AIMAN, J., *Infertility Diagnosis and Management*, Springer Verlag, New York.
50. MÖLLER, A., FÄLLSTRÖM, K. (1991), Psychological Consequences of Infertility: a Longitudinal Study, *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 12: 27-45.
51. NEWTON, C. R., HEARN, M. T., YUZPE, A. A. (1990), Psychological Assessment and Follow-Up After in Vitro Fertilization: Assessing the Impact of Failure, *Fertil. Steril.*, 54: 879-886.
52. PALERMO, R., CEFALÙ, E. (1992), *Fisiopatologia della riproduzione umana e tecnologie della riproduzione assistita*, Co. Fe. Se., Palermo.
53. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
54. SLADE, P., EMERY, J., LIEBERMAN, B. A. (1997), A Prospective, Longitudinal Study of Emotions and Relationship in In-Vitro Fertilization Treatment, *Human Reprod.*, 12: 183-190.
55. THIERING, P., BEAUREPAIRE, J., JONES, M., SAUNDERS, D., TENNANT, C. (1993), Mood State as a Predictor of Treatment Outcome after in Vitro Fertilization/Embryo Transfer Technology (IVF/ET), *J. Psychosomatic. Research*, 37: 481-491.
56. VEGETTI FINZI, S. (1997), *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*, Mondadori, Milano.

Rossella Ardenti  
Via O. Tenni, 56  
I-42123 Reggio Emilia  
E-mail: ardentir@ardenti.191.it