Anuarul Universității "Petre Andrei" din Iaşi
Fascicula: **Asistență Socială, Sociologie, Psihologie**
ISSN: 2248-1060 | e-ISSN: 2601-8209
Covered in EconPapers, Ideas RePEc, CEEOL, ICI Master Journal List - INDEX COPERNICUS, CrossRef, CrossCheck, Google Scholar, WorldCat, KVK, SOCIONET

2023, Issue 29, pages: 195-221 | doi: https://doi.org/10.18662/upasw/29/76

Psychosocial Dimensions of Infertility: A Literature Review

Roxana GRIGORAŞ[1]

Narcisa Gianina CARANFIL [2]

[1] PhD, Roanne Medical Center, France, roxanadumitru.psihoterapie@gmail.com

[2] PhD, "Petre Andrei" University of Iaşi, Romania, caranfilgianina@gmail.com

Abstract: *Many life events or circumstances produce psychological imbalance through the severe emotional discomfort that human individuals experience. In recent decades, infertility has received increasing attention due to the implications it has for the functioning of infertile couples as well as for society. Undertaking treatment for infertility is a stressful experience marked by lengthy and invasive medical procedures, high financial cost, and relatively low success rates. Today, with the continued rapid advances in the assisted reproductive technologies, there is a much clearer recognition of the psychosocial issues that may arise over the course of treatment for infertile patients/couples as well as the critical role played in their management by mental health professionals. This review of the literature will present an overview of relevant psychosocial aspects related to infertility and its medical treatment. The findings of the studies that have dealt with the psychological factors of infertility will be reviewed. We will also highlight the consequences that this medical problem has in terms of the psychosocial functioning of couples experiencing the unpleasant experience of infertility. Special attention will be paid to the relationship between psychological stress and infertility. The impact that infertility has on the life of a romantic couple and gender differences in the subjective experience of infertility will also be addressed.*

Keywords: *infertility; medical treatment; psychological factors; stress; effects on couples.*

How to cite: Grigoraş, R., Caranfil, N. G. (2023). Psychosocial Dimensions of Infertility: A Literature Review. *Anuarul Universității "Petre Andrei" din Iași, Fascicula: Asistență Socială, Socilogie, Psihologie, 29*, 195-221. https://doi.org/10.18662/upasw/29/76

1. Introducere

Multe evenimente sau circumstanţe de viaţă generează dezechilibru şi produc indivizilor umani stări de disconfort emoţional care, uneori, pot fi severe. Printre acestea, infertilitatea ocupă un loc aparte prin implicaţiile pe care le are pentru vieţile persoanelor/cuplurilor infertile, precum şi pentru comunităţile în care acestea trăiesc sau societate în general. La nivel internaţional, unul din zece cupluri aflate la vârsta optimă a reproducerii întâmpină dificultăţi în a concepe un copil. În România, infertilitatea este o problemă pe care o întâmpină aproximativ 15 % dintre cupluri. Cu alte cuvinte, un cuplu cu vârstă reproductivă din şase are dificultăţi în a obţine o sarcină.

Dorinţa de a da naştere unui copil şi de a-l creşte într-un mod sănătos este naturală şi universală deoarece copiii le conferă indivizilor umani confort emoţional, sentimentul de valoare a propriei persoane şi existenţe, precum şi sentimentul de a contribui la dezvoltarea socială şi economică a ţării în care trăiesc. Mai mult, deoarece căsătoria, familia şi parentalitatea reprezintă valori ale umanităţii care, în unele colţuri ale lumii (ţări puternic tradiţionaliste), sunt apărate cu fermitate, cuplurile infertile constată că nu pot răspunde propriilor lor aşteptări şi nici celor venite din partea familiilor şi ale societăţii, ajungând astfel să experimenteze stresul psihic. Sarcina este o perioadă foarte importantă în viaţa unui cuplu, iar întârzierea apariţiei acesteia poate conduce la depresie, anxietate, deprecierea imaginii de sine a partenerilor, crize de identitate, culpabilitate, conflictualitate latentă/deschisă între parteneri sau chiar la dizolvarea cuplului.

Prezenta lucrare îţi focalizează atenţia asupra aspectelor psihosociale ale infertilităţii. Această problemă medicală reprezintă o experienţă emoţională negativă asociată cu stres. Din acest motiv, vor fi prezentate constatările studiilor care s-au preocupat de factorii psihologici ai infertilităţii, precum şi de consecinţele pe care dificultatea de a obţine o sarcină le are în planul funcţionării individuale a partenerilor unui cuplu care se confruntă cu infertilitate. O atenţie specială va fi acordată relaţiei dintre stres şi infertilitate atât sub aspectul efectelor pe care stresul le are în ceea ce priveşte succesul tratamentelor medicale prin care un cuplu încearcă să obţină o sarcină, cât şi în ceea ce priveşte stresul care apare ca o consecinţă a infertilităţii. Alte două aspecte care vor fi abordate sunt impactul pe care infertilitatea îl are în viaţa unui cuplu romantic, respectiv diferenţele de gen în trăirea subiectivă a infertilităţii.

2. Dimensiunea psihosocială a infertilităţii

În anii 1970 au apărut mai multe teorii referitoare la traumele psihice asociate infertilităţii. Acestea considerau că infertilitatea este o consecintă şi nu cauza traumelor psihice (Covington şi Burns, 2006). B. E. Menning (1980) a fost unul dintre primii autori care a sugerat abordare impactului pe care factorii psihologici îl au asupra sănătăţii reproductive, recomandând suportul psihologic concomitent cu tratamentul medical. Această abordare a conceptualizat şi a integrat diferite cadre teoretice care prezentau infertilitatea ca pe o criză majoră ce implică stres şi durere. Astfel s-au pus bazele pentru constituirea unei reţele de servicii de consiliere şi psihoterapie care au pornit de la o perspectivă mai largă în ceea ce priveşte interrelaţionarea dintre indivizi (pacienţi fertili sau infertili), cupluri, familii şi societate cu medicina reproductivă (Leong şi Santiago-Rivera, 1999). Modelul a fost valoros şi util din punct de vedere practic deoarece a stimulat dezvoltarea organizaţiilor care s-au preocupat de suport şi a celor care au făcut *lobby* pentru conştientizarea în rândul profesioniştilor în medicină şi sănătate mintală a importanţei pe care o au aspectele psihosociale ale infertilităţii şi a legitimizat infertilitatea ca o problemă căreia cercetătorii trebuie să-i acorde atenţie. Bineînţeles, abordarea la care ne referim a avut limite şi a primit critici. Prin urmare, alte abordări au sugerat un model psihologic ciclic în care să se ţină cont atât de impactul factorilor psihologici, cât şi de particularităţile contextului psihosocial (Covington şi Burns, 2006). Conform acestui model, rezultatul tratamentelor medicale este influenţat de nivelul stresului (care cauzează modificări fiziologice specifice) pe care pacienţii care se confruntă cu infertilitate îl resimt. Totuşi, modelul nu a luat în calcul stresul în rândul bărbaţilor infertili şi nu a identificat nivelurile contraproductive ale stresului pentru pacienţii infertili care se confruntă cu anumite circumstanţe sau situaţii.

Abordarea impactului pe care factorii psihologici îl au în procesul adaptării la experienţa infertilităţii reflectă rafinarea modelului ciclic care are în vedere integrarea funcţionării psihice (cognitivă şi emoţională) într-un tot unitar cu sistemul familial (inclusiv viaţa de cuplu) şi perspectiva biopsihosocială (Covington şi Burns, 2006). Atât cercetarea problematicii generale a infertilităţii, cât şi practica clinică (medicală, consiliere psihologică, psihoterapie individuală/de grup) trebuie să pornească de la premisa că factorii biologici, psihologici şi sociali exercită o influenţă conjugată majoră asupra eforturilor orientate spre conceperea unui copil şi rezultatelor tratamentelor medicale. Accentul cade pe răspunsurile psihosociale la tratamentele medicale şi psihoterapeutice care sunt specifice infertilităţii. În

acest sens, un exemplu relevant este modelul Heidelberg în care consilierea axată pe soluţii imediate pare a fi de ajutor cuplurilor infertile, în special celor care se confruntă în timpul tratamentului cu niveluri ridicate ale stresului, experimentează deteriorarea funcţionării emoţionale, precum şi probleme în viaţa sexuală (Wischmann, Stammer, Gerhard şi Verres, 2002).

De-a lungul timpului, modelele teoretice care s-au preocupat de descrierea şi înţelegerea cauzelor şi a complicaţiilor infertilităţii au evoluat spre aşa-numita infertilitate psihogenă care este explicată printr-o abordare medicală de natură psihosomatică. Conform acesteia, psihopatologia joacă un rol foarte important în dinamica infertilităţii – atât în ceea ce priveşte dificultăţile de obţinere a unei sarcini viabile, cât şi în ceea ce priveşte procesul adaptării la stresul produs de infertilitate. Fundamentul modelelor teoretice care privesc infertilitatea ca pe o afecţiune medicală de natură psihogenă este reprezentat de abordarea psihanalitică freudiană. Prin adaptarea acesteia la problematica de care ne ocupăm s-a presupus că tulburările medicale şi cele psihologice asociate sunt efectul unor conflicte intrapsihice nerezolvate sau ale mecanismelor defensive inconştiente care contribuie la sterilitate. Aceste explicaţii păreau foarte rezonabile în contextul în care evoluţia medicinei din acea perioadă nu permitea diagnosticarea şi/sau tratarea infertilităţii decât într-o proporţie de cel mult jumătate dintre cazuri. Mai mult, modelul infertilităţii psihogene a avut un success în perioada pronatalistă a anilor 1930 şi a atins apogeul în perioada 1950-1960 (*cf.* Covington şi Burns, 2006). În toată această etapă, majoritatea teoriilor şi-au focalizat atenţia pe cauzalizarea infertilităţii în disfuncţiile psihologice inconştiente pe care femeile (paciente) le trăiau şi care aveau la bază conflictele nevrotice legate de eşecul ataşamentului faţă de figura maternă şi asumarea *status*-rolurilor specifice maternităţii la vârsta adultă.

Teoriile infertilităţii psihogene au căzut în dizgraţie parţial în urma dezvoltării tehnologiei medicale din domeniul reproducerii umane asistată medical care a sporit posibilitatea diagnosticării acurate şi pe cea a tratării infertilităţii. În ultimele decenii, etiologia infertilităţii care are cauze necunoscute (idiopatică) a fost restrânsă prin eliminarea cauzelor psihologice ale eşecurilor în reproducerea umană asistată medical. Mai mult decât atât, câteva *review*-uri ale literaturii care s-a preocupat de infertilitatea psihogenă au concluzionat faptul că rezultatele studiilor nu evidenţiaseră vreo dovadă consistentă a cauzelor psihologice ale infertilităţii (Edelmann, 1990).

Abordarea contextului psihosocial poziţionează infertilitatea ca o experienţă care are loc într-o structură socială (de exemplu, relaţie de căsătorie/familie sau comunitate) şi într-un anumit context (de exemplu, cultură sau religie). Deşi infertilitatea poate fi o traumă psihologică dureroasă

şi un fenomen care alterează viaţa persoanelor/cuplurilor infertile prin izolare şi stigmatizare, aceasta nu este doar o experienţă individuală, ci şi una socială. Prin urmare, infertilitatea trebuie înţeleasă ca un proces mai degrabă decât un eveniment singular sau o succesiune de evenimente şi situaţii izolate. Abordarea contextului psihosocial nu accentuează latura individuală (personală), ci propune o vedere holistă (globală) în explicarea şi înţelegerea infertilităţii, respectiv în tratamentul medical şi psihologic al acestei afecţiuni (Meller, Burns, Crow şi Grambsch, 2002). Totuşi, trebuie remarcat că atât modelele infertilităţii psihogene, cât şi cele care accentuează asupra contextului psihosocial furnizează perspective pertinente prin faptul că iau în considerare indivizii (pacienţii şi partenerii lor de viaţă), circumstanţele sociale şi diferenţele culturale, furnizând astfel o cunoaştere mai largă a problemelor clinice şi psihologice, precum şi a intervenţiilor terapeutice care pot să îmbunătăţească funcţionarea pacienţilor şi răspunsul la tratamentele medicale (Covington şi Burns, 2006).

În timp, s-a argumentat necesitatea extinderii teoriilor şi a practicilor asistenţiale din domeniul infertilităţii (Covington şi Burns, 2006). Constatările cercetărilor empirice, practicile medicale, intervenţiile psihoterapeutice, politicile sociale şi măsurile din domeniul sănătăţii reproducerii umane trebuie integrate într-un tot unitar pentru a răspunde contextului global în care pacienţii/cuplurile experimentează infertilitatea şi în care tratamentul medical şi psihologic poate fi furnizat. În unele societăţi avansate din punct de vedere economic şi tehnologic, scăderea fertilităţii în populaţia generală este unul dintre rezultatele neintenţionate a două valuri majore care au antrenat schimbări, şi anume liberalismul social şi noul capitalism (McDonald, 2006). Ambele valori de schimbări au sporit aspiraţiile individuale în ceea ce priveşte calitatea vieţii personale şi realizarea în plan material. Totuşi, în diverse medii culturale şi societăţi caracterizate prin niveluri diferite ale bunăstării, liberalismul social şi noul capitalism au exercitat şi o presiune considerabilă asupra capacităţii indivizilor umani de a forma şi menţine o familie. Dorinţa personală pentru intimitate psihologică şi socială, respectiv individuare prin/în relaţiile de familie rămâne încă puternică şi are un impact major asupra dezvoltării indivizilor umani din punct de vedere psihosocial (Gavazzi şi Sabatelli, 1990). În plus, familia rămâne principala sursă a îngrijirii, creşterii şi socializării copiilor, unitatea de consum bazală pentru societatea globală, reţeaua de siguranţă pentru tineri şi adulţii activi, dar şi furnizorul pe care vârstnicii îl preferă în domeniul îngrijirii (Manning, 2015). Prin promovarea liberalismului social şi a valorilor noului capitalism economic (direcţie sprijinită adesea prin adoptarea unor măsuri legislative) statele dezvoltate devin principalii actori care trebuie să

gestioneze riscurile în ceea ce priveşte viaţa de familie deoarece preferinţele individuale iau naştere în umbra instituţiilor sociale şi economice ale unei societăţi (McDonald, 2006). Prin urmare, guvernele ţărilor care se confruntă cu o fertilitate foarte scăzută ar trebui să acţioneze pentru a sprijini viaţa de familie, precum şi valorile orientate spre creşterea şi educarea copiilor care formează generaţiile ce vor urma.

Infertilitatea implică durere şi sentimentul pierderii, chiar dacă poate fi vorba despre o pierdere profundă şi distinctă la începutul tratamentelor medicale sau o acumulare graduală de pierderi în timp (Covington şi Burns, 2006). Pentru o persoană infertilă (dar şi în cazul partenerului de viaţă) creşte riscul deprecierii sănătăţii fizice şi a stării de bine în planul funcţionării psihice, la care se adaugă pierderea ţelurilor în viaţă, a statutului şi prestigiului, încrederii în sine, supoziţiei de fertilitate, intimităţii emoţionale şi sexuale, a controlului asupra propriului corp, precum şi durerea sufletească care anticipează posibilitatea de a rămâne fără copii (Küchenhoff, 1999; Lukse şi Vacc, 1999). Durerea poate implica jelirea (engl. *mourning*) cauzată de alterarea relaţiei de cuplu ca urmare a experienţei neplăcute a infertilităţii. Intensitatea durerii pe care pacienţii (persoanele infertile) şi partenerii de viaţă ai acestora o trăiesc este direct proporţională cu ataşamentul acestora faţă de dorinţa puternică de a deveni părinţi ai unui copil sănătos. Studiile empirice au evidenţiat o paletă largă a răspunsurilor dureroase pe care partenerii unui cuplu infertil le pot manifesta. Acestea includ starea de şoc (mai ales imediat după stabilirea şi comunicarea diagnosticului), pierderea credinţei în Divinitate, furia, autoculpabilizarea, sentimentul de ruşine la care, în timp, se adaugă regretul, sentimentul pierderii controlului asupra sinelui şi propriei existenţe, cel al eşecului în viaţă şi sentimentul neajutorării, scăderea stimei de sine, anxietatea şi depresia (Andrews, Abbey şi Halman, 1991; Connolly, Edelmann, Cooke şi Robson, 1992; Cousineau şi Domar, 2007; Domar, Zuttermeister şi Friedman, 1993; Grigoraş, 2016; Hasanpoor-Azghdy, Simbar şi Vedadhir, 2014; Holter, Anderheim, Bergh şi Möller, 2006; Matsubayashi *et al*., 2001; Meller, Burns, Crow şi Grambsch, 2002; Ramezanzadeh *et al*., 2004; Stanton şi Dunkel-Schetter, 1991). În cele din urmă, neacceptarea eşecului în obţinerea sarcinii şi jelirea neadecvată a acestei pierderi pot avea un impact major atât asupra adaptării şi funcţionării cuplului pe termen lung (Drosdzol şi Skrzypulec, 2008; Monga *et al*., 2004), cât şi asupra deciziilor în privinţa continuării tratamentelor medicale sau a alternativelor de construire a unei familii, cum ar fi adoptarea unui copil (Covington şi Burns, 2006).

Modelele teoretice care se preocupă de mecanismele prin care partenerii unui cuplu infertil trăiesc pierderea generată de dificultăţile în a

procrea şi se adaptează stresului pun în evidenţă nu doar diferenţele de gen în ceea ce priveşte exprimarea tristeţii şi a durerii, ci şi modul în care, adeseori, femeile (mai ales când infertilitatea are cauze feminine sau necunoscute) îşi asumă rolul de jelitor principal prin preluarea unei părţi însemnate a greutăţii emotionale pe care o provoacă durerea prin care cuplul trece (Covington şi Burns, 2006). O astfel de atitudine psihologică poate reflecta faptul că femeile se confruntă în mod proporţional cu mai mult distres decât bărbaţii din cuplurile infertile sau poate exprima modelul marital/cultural comun în care femeile îşi asumă o responsabilitate mai mare pentru starea de bine din punct de vedere emoţional şi expresivitatea unui cuplu. De asemenea, poate fi vorba despre angrenarea disproporţionată a tratamentelor medicale specifice infertilităţii în jurul partenerei unui cuplu.

Uneori, durerea pe care pacienţii infertili şi partenerii acestora o trăiesc nu poate fi complet jelită, depăşită şi integrată în istoria cuplului şi în viaţa din prezent. Modelul jelirii cronice asociată experienţei infertilităţii (Unruh şi McGrath,1985) argumentează că, chiar şi după ce s-a obţinut maternitatea/paternitatea sau partenerii cuplului infertil au înţeles că nu pot avea un copil pe cale naturală, durerea poate să reapară periodic doar pentru a fi rejelită dintr-o altă perspectivă cu semnificaţii pentru viaţa pacientului infertil şi a cuplului pe care acesta îl formează. S-a mai sugerat că infertilitatea generează adesea o durere nenaturalizată (ascunsă sau neîmpărtăşită celorlalţi) deoarece implică o pierdere care poate conduce la jelire intensă, deşi persoanele din exteriorul cuplului pot să nu recunoască acest aspect sau să îl perceapă ca fiind un lucru minor (Covington şi Burns, 2006). Durerea nenaturalizată (engl. *disenfranchised grief*) poate fi experimentată într-un cuplu infertil prin nerecunoaşterea socială a pierderii (de exemplu, partenerii nu recunosc în faţa membrilor familiilor extinse sau a prietenilor că au pierdut o sarcină prin avort spontan sau că tânjesc după un copil), prin negarea importanţei imposibilităţii de a avea un copil (de exemplu, eşecul unui ciclu de tratament medical sau sarcina chimică) în discuţiile cu membrii reţelei sociale sau prin minimizarea manifestărilor doliului (de exemplu, unui partener care jeleşte nu i se recunosc pierderea şi suferinţa şi nu i se justifică jelirea) (Doka, 2002). Mai ales atunci când suportul emoţional (de exemplu cel din partea familiilor extinse sau a prietenilor) care contribuie la uşurarea durerii şi la vindecare este absent, durerea nenaturalizată poate fi mai complicată (Covington şi Burns, 2006). Mai mult, în unele situaţii pierderea (imposibilitatea unui cuplu de a obţine o sarcină viabilă) este atât de tare stigmatizată din punct de vedere social încât cei doi parteneri sunt reluctanţi negând problemele pe care le întâmpină resimţind ruşine.

3. Relaţia dintre infertilitate şi stresul psihic

Numeroase studii empirice au identificat relaţii consistente între evenimentele de viaţă stresante (incidente sau circumstanţe care perturbă cursul firesc al vieţii unei persoane, necesită eforturi de adaptare şi pot conduce la schimbări ale *status*-ului sănătăţii fizice şi mintale) şi anumite tulburări în funcţionarea fizică (de exemplu: tulburări hipnice, migreene, scăderea imunităţii, tulburări gastrointestinale şi cardiovasculare etc.) şi în cea psihosocială (de exemplu: anxietate, furie şi ostilitate, depresie, agresivitate, conflictualitate în relaţiile interpersonale, tentative suicidare, abuzul de alcool, medicamente sau droguri etc.) (Holahan, Ragan şi Moos, 2004; Surtees şi Wainwright, 2007). Relaţia dintre solicitările stresante, respectiv *status*-ul sănătăţii fizice şi mintale trebuie explicată prin capacitatea indivizilor de a se adapta la solicitări. Această abilitate este influenţată atât de vulnerabilităţile biologice înnăscute (de exemplu, nivelul excesiv al reactivităţii cardiovasculare sau anomaliile sistemului neurotransmiţătorilor care conduc la impulsivitate), cât şi de vulnerabilităţile în funcţionarea psihologică (de exemplu: instabilitatea emoţională, pesimismul, gândirea catastrofantă, nivelul ridicat al ostilităţii etc.). De asemenea, resursele sociale (de exemplu, suportul din partea familiei, prietenilor sau a specialiştilor în diverse domenii ale asistenţei psihologice), optimismul, credinţa în autoeficacitate, strategiile active utilizate pentru adaptarea la solicitările stresante, sentimentul coerenţei personale etc. acţionează ca factori protectivi în raport cu efectele negative pe care evenimentele de viaţă stresante le pot avea asupra funcţionării fizice, cognitive, emoţionale şi sociale a individului uman (Cohen şi Pressman, 2004).

Procedurile din domeniul reproducerii umane asistată medical sunt stresante din cauza injecţiilor hormonale zilnice, a analizelor de sânge periodice, a intervenţiilor chirurgicale laparoscopice, la care se adaugă anxietatea generată de posibilitatea eşecului în efortul cuplului de a obţine o sarcină viabilă din punct de vedere medical. Stresul psihic poate reduce performanţele reproductive în rândul femeilor în diverse moduri prin intervenţia unor mecanisme şi procese endocrine, imunitare şi neuronale (Hjollund *et al*., 1999). Stresul poate contribui la diminuarea ratelor de succes al procedurilor urmate în inseminarea artificială sau fertilizarea *in vitro* prin disfuncţia hipotalamică rezultată în urma modificărilor la nivelul circuitului neurotransmiţătorilor (de exemplu, suprimarea catecolaminei) sau prin disfuncţii la nivelul axului hipotalamic-pituitar-gonadal (Edelmann, 1990). N. H. Hjollund şi colaboratorii (1999) au monitorizat 430 de cupluri pe parcursul a şase cicluri menstruale. În a 21-a zi a fiecărui ciclu, stresul a fost

evaluat prin aplicarea unui chestionar standardizat care urmărea sănătatea fizică şi mintală generală. Autorii acestui studiu au raportat un nivel mai scăzut al performanţei reproductive în rândul femeilor care se confruntau cu un grad ridicat al stresului psihic.

Studiile care s-au preocupat de sintetizarea constatărilor investigaţiilor pe marginea beneficiilor pe care intervenţiile psihologice le au pentru cuplurile infertile raportează scoruri mai scăzute pentru stresul psihic, anxietate, depresie sau problemele maritale, precum şi o rată mai ridicată a succesului în obţinerea sarcinii în rândul cuplurilor care beneficiază de consiliere psihologică sau psihoterapie (de exemplu, cognitiv-comportamentală sau terapie de grup) pe durata ciclurilor de fertilizare *in vitro* comparativ cu eşantionele de control care primesc doar servicii standard de tratament medical (Frederiksen *et al.*, 2015; Ying, Wu şi Loke, 2016). Majoritatea studiilor efectuate au corelat nivelul stresului psihic cu rezultatele eforturilor pe care cuplurile le depun pentru a obţine o sarcină şi au identificat o relaţie inversă. Nivelul ridicat al stresului psihic s-a asociat cu eşecul tratamentelor medicale bazate pe inseminarea artificială sau fertilizarea *in vitro*. Însă, trebuie precizat că determinarea unei relaţii de tip cauză-efect între cele două dimensiuni ale infertilităţii este influenţată de subiectivitatea răspunsurilor pe care participanţii la studiile empirice le oferă la itemii instrumentelor care operaţionalizează stresul (Convington şi Burns, 2006). Deşi sunt necesare dovezi mai acurate din punct de vedere biologic, rămâne plauzibil faptul că stresul psihic poate afecta negativ sănătatea reproductivă a cuplurilor care doresc să aibă copii, motiv pentru care serviciile de asistenţă psihologică urmăresc optimizarea stilului de viaţă şi diminuarea factorilor de risc care îngreunează eforturile pe care partenerii unui cuplu infertil le fac pentru a deveni părinţi.

La sfârşitul anilor 1980, se considera că factorii psihologici, inclusiv stresul, cauzează infertilitatea în aproximativ 50 % dintre cazuri (McDonald, 2006). Însă, studiile empirice nu au susţinut această ipoteză. În plus, evoluţia tehnologiilor medicale şi posibilitatea diagnosticării din ce în ce mai acurată a cauzelor organice ale infertilităţii (Stanton şi Dunkel-Schetter, 1991) au condus la concluzia potrivit căreia această afecţiune este mai degrabă o sursă de stres psihic decât rezultatul stresului. Stresul psihic produs de infertilitate implică răspunsurile dezadaptative pe care pacienţii infertili/cuplurile infertile le manifestă în raport cu solicitările infertilităţii. Infertilitatea este percepută adesea ca un factor stresant cu un grad scăzut de control, în faţa căruia un cuplu poate să facă puţin sau nu poate face nimic pentru a influenţa rezultatele tratamentelor medicale şi a obţine o sarcină viabilă pe care cei doi parteneri şi-o doresc mult (Terry şi Hynes, 1998). Cuplurile care

nu pot răspunde aşteptărilor de a avea un copil (atât cele autoimpuse, cât şi aşteptările exprimate de familiile extinse, comunitate şi societate în general) se confruntă cu numeroase dificultăţi care, uneori, persistă mulţi ani (Andrews, Abbey şi Halman, 1991). Infertilitatea este frecvent descrisă drept cel mai stresant eveniment din viaţa celor mai multe cupluri care s-au confruntat cu această problemă.

Comparativ cu bărbaţii, studiile ne arată predispoziţia femeilor de a experimenta niveluri mai ridicate ale stresului psihic, anxietăţii, insecurităţii şi insatisfacţiei faţă de propria lor viaţă (Abbey, Andrews şi Halman, 1992; Jordan şi Revenson, 1999; Seibel şi Taymor, 1982). În rândul femeilor diagnosticate cu infertilitate au fost raportate pentru depresie niveluri asemănătoare cu cele înregistrate la pacienţi bolnavi de hipertensiune arterială, cancer sau HIV, respectiv la pacienţi care au suferit un infarct miocardic (Domar, Zuttermeister şi Friedman, 1993). Au fost publicate şi studii potrivit cărora calitatea funcţionării psihologice a femeilor diagnosticate cu infertilitate este asemănătoare cu cea a femeilor din populaţia generală (Dyer *et al.*, 2004; Stanton şi Dunkel-Schetter, 1991). De asemenea, stresul psihic nu pare să fie o reacţie universală pentru toate cazurile de infertilitate (Benyamini, Gozlan şi Kokia, 2005). Din patruzeci de studii empirice doar cinci au indicat în rândul pacienţilor infertili niveluri asemănătoare ale stresului psihic cu cele întâlnite în populaţia generală (Connolly, Edelmann, Cooke şi Robson, 1992; Edelmann, Connolly şi Bartlett, 1994).

Există o variabilitate în ceea ce priveşte răspunsurile la stresul psihic în cuplurile infertile, acestea fiind influenţate de percepţiile pe care partenrii le au cu privire la infertilitate. De exemplu, percepţiile femeilor infertile pot fi influenţate de importanţa pe care acestea o acordă carierei profesionale, identitatea (credinţele) în ceea ce priveşte rolurile de gen sau de presiunea socială de a deveni mame. Un studiu realizat pe 119 femei diagnosticate cu infertilitate a evidenţiat faptul că acestea exprimentau niveluri mai ridicate ale stresului psihic, depresiei, ostilităţii şi psihotismului (comparativ cu mediile pentru eşantionul normativ) şi, de asemenea, percepeau propria lor carieră într-un anumit domeniu profesional ca fiind mai puţin importantă (Miles *et al.*, 2009). În acelaşi studiu, percepţia pe care participantele o aveau cu privire la presiunea socială de a deveni mame a avut efecte directe asupra evaluărilor cognitive negative şi efecte indirecte asupra nivelului stresului psihic (prin medierea din partea evaluărilor cognitive).

De-a lungul timpului s-au acumulat dovezi substanţiale conform cărora vulnerabilitatea la stres, trăsăturile personalităţii, strategiile (stilurile) de adaptare la solicitări şi reziliența (abilitatea unui individ de a se adapta şi

de a-şi menţine funcţionarea pozitivă în ciuda circumstanţelor sau evenimentelor de viaţă negative) corelează cu rezultatele procedurii de fertilizare *in vitro* (Sanders şi Bruce, 1999; Smeenk *et al.*, 2001). Din acest motiv, stresul acut cauzat de infertilitate trebuie să fie diferenţiat de stresul cronic care nu este legat de această problemă medicală (Eugster, Vingerhoets, van Heck şi Merkus, 2004; Facchinetti *et al.*, 1997). Stresul cronic afectează negativ indicatorii clinici utilizaţi în procedura de fertilizare *in vitro* (de exemplu, numărul şi calitatea ovocitelor), funcţionarea sarcinii, calitatea naşterii, greutatea copilului la naştere şi, de asemenea, creşte riscul apariţiei sarcinii multiple, în timp ce stresul acut produs de procedurile medicale are un impact mai restrâns. De aceea, gestionarea stresului cronic este la de importantă precum diminuarea stresului inerent tratamentelor pentru optimizarea fertilităţii.

Cadrul teoretic la care ne vom referi în cele ce urmează integrează concepte abordate din perspectivele psihologiei sănătăţii, psihologiei dezvoltării şi psihologiei cuplului (Fig. 1).

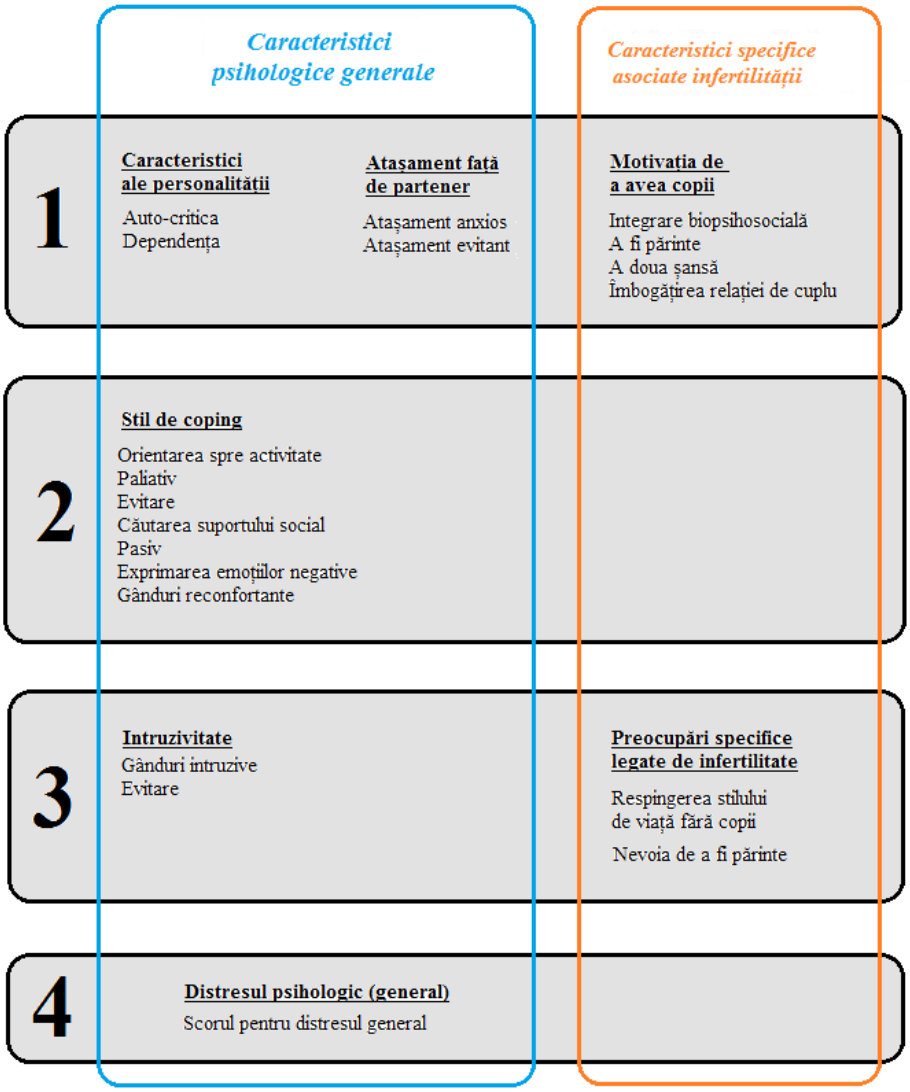


Fig. 1. Modelul factorilor psihologici generali şi specifici asociaţi infertilităţii (van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin şi Demyttenaere, 2010)

Problemele asociate infertilității pot fi incluse într-un model mai cuprinzător al dezvoltării de-a lungul vieții (van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin şi Demyttenaere, 2010) care diferențiază între caracteristicile psihologice generale (intra- şi interpersonale), respectiv cogniţiile specifice pe care pacienții infertili şi partenerii lor de viață le au cu privire la infertilitate.

Primul nivel al modelului factorilor psihologici generali şi specifici asociaţi infertilităţii cuprinde în special caracteristici ale personalităţii, precum autocritica, dependenţa, stilul ataşamentului faţă de partenerul de viaţă, precum şi motivaţia unei persoane infertile de a avea copii. Aceste dimensiuni sunt modelate de istoricul personal şi interpersonal al individului. S. J. Blatt şi R. Blass (1996) au utilizat noţiunile referitoare la autocritică şi dependenţă pentru a se referi la expresii dezadaptative în ceea ce priveşte percepţia pe care o persoană o are despre sine, respectiv gestionarea relaţiilor interpersonale. Autocritica implică evaluări exigente pe care o persoană le face cu privire la propriile sale calităţi (de exemplu, competenţele sociale) sau vulnerabilităţi, acestea fiind combinate cu standarde foarte ridicate în domeniul relaţiilor interpersonale. Dependenţa este caracterizată prin preocupări excesive în ceea ce priveşte relaţiile interpersonale şi grija permanentă a unei persoane de a obţine reasigurarea şi iubirea din partea celor dragi – aceasta cu riscul de a pierde şansa dezvoltării unei imagini de sine clară şi stabilă în timp (van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin şi Demyttenaere, 2010). B. Lowyck şi colaboratorii (2009) au studiat autocritica şi dependenţa în rândul femeilor care începuseră primul lor tratament prin fertilizare *in vitro*. În studiul la care ne referim critica şi dependenţa au avut o contribuţie negativă în predicţia stării de bine din punct de vedere psihologic, dincolo de variabilele socio-demografice, caracteristicile infertilităţii şi evenimentele de viaţă negative pe care participantele le trăiseră în ultimele şase luni.

Conceptul referitor la ataşament a fost inclus în modelul pe care îl analizăm pentru a se evidenţia legătura dintre dinamica relaţiei de cuplu şi stresul psihic. Într-un sens general, ataşamentul desemnează o legătură emoţională puternică între două persoane dintre care una este capabilă să ofere protecţie, confort şi suport celeilalte (Roth-Hanania şi Davidov, 2004). Infertilitatea este considerată un factor de stres care activează diferite *pattern*-uri de ataşament (Feeney, 1999). Într-un eşantion format din 109 femei infertile, M. Amir, N. Horesh şi T. Lin-Stein (1999) au descoperit că atât ataşamentul securizat, cât şi suportul social moderează relaţiile dintre stres şi starea de bine din punct de vedere psihologic, respectiv percepţia cu privire la calitatea relaţiei maritale. Într-un alt studiu, în care variabila dependentă a fost starea de bine din punct de vedere psihologic, stilul ataşamentului romantic s-a evidenţiat ca un factor explicativ mai important decât sexul participanţilor (140 de femei şi bărbaţi care formau 70 de cupluri) şi durata problemelor generate de infertilitate (Lowyck *et al*., 2009).

Al doilea nivel al modelului conceptual reprezentat în figura de mai sus face referire la *coping*. Paradigma stresului psihic şi a adaptării la această experienţă neplăcută propusă de către R. Lazarus şi S. Folkman (a se vedea

Biggs, Brough şi Drummond, 2017) furnizează cadrul explicativ cu privire la modalitatea în care indivizii umani gestionează diverse evenimente sau circumstanţe de viaţă stresante precum infertilitatea. Persoanele care se confruntă cu problema infertilităţii trec prin două procese de evaluare critice, şi anume (van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin şi Demyttenaere, 2010): a) evaluarea primară a semnificaţiei factorului stresant reprezentat de infertilitate (de exemplu, aceasta poate fi privită ca un eşec personal atunci când pentru partenerii unui cuplu parentalitatea este scopul central al vieţii); b) evaluarea secundară care se referă la identificarea resurselor pe care un cuplu infertil poate să le acceseze pentru a se adapta la stresul cauzat de problema pe care o întâmpină (de exemplu, cuplul se adresează unei clinici specializată în reproducerea umană asistată medical şi, în acelaşi timp, se înscrie într-un grup de suport psihologic). Rezultatele unui studiu efectuat într-un eşantion de 152 de cupluri care se confruntau cu problema infertilităţii şi urmau tratamentul prin fertilizare *in vitro* sugerează că atât pentru femei, cât şi pentru bărbaţi, stilul de *coping* care implică acţiuni directe este un factor care contribuie la diminuarea impactului negativ pe care stresul asociat infertilităţii îl produce în planul adaptării psihologice (Edelmann, Connolly şi Bartlett, 1994).

Al treilea nivel al modelului la care ne referim include impactul subiectiv pe care infertilitatea îl poate avea în ceea ce priveşte percepţiile şi cogniţiile pe care pacienţii infertili şi partenerii lor de viaţă le au (de exemplu, respingerea stilului de viaţă fără copii sau percepţia infertilităţii ca un eveniment traumatizant). De exemplu, cogniţiile intruzive referitoare la infertilitate ca experienţă traumatizantă pot fi un rezultat al evaluării primare şi al celei secundare: cu cât problemele în ceea ce priveşte fertilitatea sunt percepute ca fiind mai ameninţătoare, iar resursele necesare depăşirii acestora sunt evaluate ca ineficiente pentru gestionarea stresului psihic cu atât mai mult experienţa infertilităţii este percepută ca insurmontabilă şi traumatizantă.

Aşadar, dorinţa puternică a partenerilor unui cuplu infertil de a avea un copil este o dimensiune determinată multifactorial deoarece interferează cu motive individuale, motive care ţin de relaţia de cuplu, respectiv motive care ţin de presiunile sociale. Motivaţia partenerilor unui cuplu marital de a da naştere unui copil a fost plasată în primul nivel al modelului pe care l-am analizat deoarece poate fi modelată de istoricul intrapersonal şi cel interpersonal, caracteristicile personalităţii şi *pattern*-ul ataşamentului romantic. În plus, această dimensiune motivaţională poate avea un impact puternic asupra modului în care partenerii cuplului evaluează experienţa infertilităţii. De asemenea, grijile şi viaţa socială a cuplului infertil ar putea juca un rol crucial în apariţia, escaladarea şi gestionarea stresului psihic.

4. Infertilitatea şi dinamica vieţii de cuplu

Majoritatea cuplurilor care se confruntă cu problema infertilităţii trec printr-un travaliu emoţional care variază în ceea ce priveşte durata şi impactul. Viaţa unui cuplu care depune eforturi pentru a da naştere unui copil trece adesea printr-o serie de transformări neprevăzute care pot fi dăunătoare celor doi parteneri. Printre gândurile intruzive şi stările emoţionale cel mai frecvent raportate se numără sentimentul pierderii, trădării şi al eşecului personal sau dezamăgirea – stări care conduc la tristeţe, durere şi la spulberarea visului celor doi parteneri de fi părinţi (Ardenti, Campari, Agazzi şi La Sala, 1999).

Partenerii cuplurilor infertile trec împreună prin această experienţă de viaţă stresantă, deşi au fost evidenţiate unele diferenţe între răspunsurile psihologice ale femeilor şi cele ale bărbaţilor (Abbey, Andrews şi Halman, 1992; Covinton şi Burns, 2006; Jordan şi Revenson, 1999). Femeile din cuplurile infertile au tendinţa de a-şi proteja partenerii ascunzându-le propriul lor sentiment de eşec şi durerea, asumându-şi responsabilitatea pentru tratamentele medicale şi, de multe ori, scutindu-i de însoţirea în vizitele efectuate la clinici de specialitate. S-a sugerat că femeile procedează în această manieră deoarece urmăresc ca, în cazul unui eşec, reproşurile din partea partenerilor de viaţă, culpabilizarea şi presiunile pentru asumarea responsabilităţii să fie atenuate. Deseori, bărbaţii din cuplurile infertile se simt copleşiţi de intensitatea emoţiilor negative pe care partenerele lor de viaţă le resimt mai ales atunci când fiecare lună poate aduce un nou bilanţ al neputinţei şi eşecului. S-a sugerat că bărbaţii din cuplurile infertile întâmpină greutăţi în accesarea şi exprimarea propriilor lor emoţii, motiv pentru care tind să-şi canalizeze energia spre munca profesională – un domeniu în care bărbaţii simt că pot avea mai mult succes (Covinton şi Burns, 2006).

Atunci când unul dintre parteneri (de obicei, bărbatul) întâmpină dificultăţi în a-şi dezvălui propriile emoţii în legătură cu eşecul eforturilor de obţinere a sarcinii, este posibil ca răspunsurile emoţionale şi comportamentale suportive pe care celălalt partner le aşteaptă să întârzie, motiv pentru care acesta se manifestă prin blocarea comunicării, distanţare şi retragere, conflictualitate sau alte atitudini negative (Andrews, Abbey şi Halman, 1991). De asemenea, multe cupluri infertile raportează insatisfacţia faţă de viaţa sexuală (Drosdzol şi Skrzypulec, 2008; Monga *et al.*, 2004). Acest factor de risc poate conduce la evitarea raporturilor sexuale sau la întreţinerea acestora doar cu scopul procreării (Boivin, 2003), astfel punându-se o mai mare presiune pe rezultatul aşteptat (obţinerea sarcinii) şi, totodată, deposedându-se viaţa sexuală (care poate fi percepută ca un act mecanic) de emoţii pozitive şi

sentimente puternice (Donnelly, 1993). Alţi factori de risc pentru deprecierea calităţii vieţii sexuale includ lipsa spontaneităţii (deoarece, adesea, raporturile sexuale sunt programate), intruziunea echipei de medici sau faptul că fiecare raport sexual poate aduce cu sine amintirea eşecului în ceea ce priveşte conceperea unui copil (Greil *et al.*, 1989).

Este binecunoscut rolul pozitiv pe care calitatea relaţiei maritale îl joacă în predicţia impresiei de fericire şi a indicatorilor stării de bine din punct de vedere psihologic (de exemplu, nivelul ridicat al satisfacţiei generale faţă de viaţă sau absenţa depresiei şi a anxietăţii) (Proulx, Helms şi Buehler, 2007; Whisman, 2001). Acest rezultat este cu atât mai important în contextul confruntării cu problema infertilităţii deoarece trebuie să avem în vedere că relaţia maritală este considerată principala sursă pentru suportul emoţional şi moral pe durata tratamentelor medicale specifice (Laffont şi Edelmann, 1994).

Studiile care s-au preocupat de calitatea relaţiei maritale în rândul cuplurilor diagnosticate cu infertilitate au raportat rezultate mixte. Unele studii pun în lumină faptul că partenerii cuplurilor infertile resimt o insatisfacţie din ce în ce mai mare cu privire la ei înşişi şi la calitatea relaţiei maritale deoarece stresul cauzat de infertilitate şi tratamentul acesteia afectează negativ (atât direct, cât şi indirect) relaţia dintre cei doi parteneri, mai ales atunci când aceştia nu-şi oferă suport reciproc (Laffont şi Edelmann, 1994; Ramezanzadeh *et al.*, 2004). Alte studii evidenţiază contrariul, şi anume faptul că diagnosticul de infertilitate reprezintă o problemă comună care este împărtăşită şi trăită de către ambii parteneri ai unui cuplu, aspect care conduce la o apropiere şi mai mare între aceştia (Chachamovich *et al.*, 2009). De exemplu, partenerii unui cuplu infertil pot să comunice deschis despre problema pe care o întâmpină, aşteptările pe care le au şi emoţiile pe care le trăiesc, pot să caute împreună posibile soluţii sau pot să intensifice momentele de intimitate. Comparativ cu femeile bărbaţii din cuplurile infertile tind să raporteze o mai bună adaptare la relaţia maritală, cu toate că şi aceştia exprimă într-o proporţie ridicată sentimentul că relaţia maritală a fost afectată de stresul asociat tratamentului medical (Holter, Anderheim, Bergh şi Möller, 2006).

5. Diferenţe de gen în trăirea subiectivă a infertilităţii

Infertilitatea afectează negativ atât femeile, cât şi bărbaţii în proporţii aproximativ egale, deşi pot exista unele variaţii în funcţie de contextul cultural, vârsta partenerilor unui cuplu infertil sau experienţa anterioară a parentalităţii (în cazul infertilităţii secundare). De exemplu, peste jumătate dintre cazurile de infertilitate raportate în Africa subsahariană sunt cauzate

de factori masculini. La nivel mondial, se apreciază că factorii care cauzează infertilitate se împart după cum urmează: 35 % – infertilitate de cauze masculine, 35 % – infertilitate de cauze feminine, 10 % – infertilitate având cauze neexplicate, 20 % – infertilitate având cauze mixte în care se combină factori masculini şi feminini (*cf.* Convington şi Burns, 2006). Totuşi, faptul de a fi partenerul cu probleme în ceea ce priveşte fertilitatea într-un cuplu care depune eforturi pentru a da naştere unui copil este unul dintre factorii care contribuie la riscul mai ridicat pentru răspunsuri psihologice negative. Este important de precizat că în unele culturi tratamentele medicale specifice infertilităţii îşi concentrează atenţia exclusiv asupra femeilor deoarece diagnosticul de infertilitate de cauze masculine este inacceptabil din punct de vedere social (Inhorn, 2003).

Femeile şi bărbaţii diagnosticaţi cu infertilitate experimentează sentimente de inadecvare, deficienţă (diformitate fizică), inferioritate, lipsă a valorii personale, ruşine şi vinovăţie, stări afective care s-au dovedit a fi răspunsuri culturale universale. Bărbaţii diagnosticaţi cu infertilitate de etiologie masculină par să se simtă mai stigmatizaţi în comparaţie cu cei din cupluri în care infertilitatea are alte cauze. Acest lucru se întâmplă deoarece bărbaţii infertili sunt percepuţi ca având o deficienţă care le invalidează masculinitatea (Gannon, Glover şi Abel, 2004; Inhorn, 2004). De exemplu, infertilitatea de cauze masculine este deosebit de problematică pentru bărbaţii din Orientul Mijlociu (ţări precum Arabia Saudită, Egipt, Iran, Liban sau Turcia), care trăiesc în societăţi pronataliste în care atât virilitatea, cât şi fertilitatea sunt puternic legate de bărbăţie. În aceste condiţii infertilitatea unui bărbat (condiţie care emasculează) poate fi stigmatizată, motiv pentru care este ţinută în secret (Inhorn, 2004). În schimb, indiferent de etiologia diagnosticului, femeile resimt stigmatul infertilităţii într-o proporţie mai mare decât cea observată în rândul bărbaţilor (Remennick, 2000). În concluzie, atât pentru bărbaţi, cât şi pentru femei, infertilitatea este asociată cu un defect (fizic) invizibil, motiv pentru care creşte riscul cu pacienţii să resimtă intens sentimentul identităţii confuze şi pe cel al inferiorităţii.

H. Kohut şi E. S. Wolf (1978) au extins teoria psihanalitică şi au creat un model psihologic al sinelui care postulează că starea de bine în general şi sentimentul fericirii sunt condiţii necesare pentru un sine stabil şi pentru o imagine de sine pozitivă. Ţinând cont de acest argument, putem presupune că infertilitatea poate conduce la alterarea imaginii de sine, deşi acest factor predictibil afectează diferit pe bărbaţi şi femei. Astfel, bărbaţii se simt adesea furioşi, ruşinaţi şi inferiori faţă de cei care nu se confruntă cu probleme ale fertilităţii. Femeile se simt inadecvate şi deficiente datorită eşecului în ceea ce priveşte împlinirea rolurilor tipic feminine (de exemplu,

maternitatea) şi a celor sociale (de exemplu, creşterea şi educarea copiilor sau faptul de a aduce pe lume moştenitori).

Deşi nu există nici o îndoială în ceea ce priveşte apariţia stresului asociat diagnosticul de infertilitate masculină, unii dintre bărbaţi par să gestioneze destul de bine această experienţă neplăcută (Dhillon *et al.*, 2000). Rezultatele cercetărilor arată că una dintre modalităţile prin care bărbaţii încearcă se se adapteze la problema infertilităţii include negarea, distanţarea şi evitarea (Benyamini, Gozlan şi Kokia, 2005). În plus, atunci când infertilitatea are cauze feminine, răspunsul bărbaţilor este mai pozitiv comparativ cu cel al femeilor. Alte studii au avut în vedere eşantioane de bărbaţi mai eterogene în ceea ce priveşte etiologia diagnosticului de infertilitate. Acestea au evidenţiat că, în comparaţie cu partenerele lor de viaţă, bărbaţii infertili tind să experimenteze un nivel mai ridicat al stresului psihic, mai multe simptome psihosomatice (de exemplu, anxietate sau diminuarea potenţei sexuale), sentimentul de a fi stigmatizaţi din punct de vedere social şi cel de eşec în ceea ce priveşte îndepliniarea rolurilor tipic masculine, la care se adaugă scăderea stimei de sine, creşterea riscului pentru depresie şi deprecierea indicatorilor generali ai sănătăţii mintale (Covington şi Burns, 2006; Shindel *et al.*, 2008).

Unele studii concluzionează faptul că infertilitatea impactează din punct de vedere emoţional într-o măsură mai mare pe femei decât pe bărbaţi. Posibilele explicaţii pentru această constatare au luat în calcul faptul că, pe de o parte, tratamentele medicale invazive sunt suportate cel mai des de către femei (indiferent de natura diagnosticului) şi, pe de altă parte, dorinţa de a avea copii este mai puternică în rândul femeilor decât în cel al bărbaţilor (Covington şi Burns, 2006). O altă posibilă explicaţie este că, deseori, femeile sunt învinovăţite pentru problema infertilităţii unui cuplu. Prin urmare, indiferent de natura infertilităţii, stigmatul social şi sentimentul culpabilităţii pot conduce la un nivel mai ridicat al distresului în rândul femeilor şi la accentuarea percepţiei negative cu privire la calitatea vieţii în domeniul sănătăţii fizice (Fekkes *et al.*, 2003).

În general, comparativ cu femeile care se confruntă cu infertilitatea de cauze feminine, bărbaţii raportează niveluri mai ridicate ale distresului atunci când sunt diagnosticaţi cu infertilitate de cauze masculine (Connolly, Edelmann şi Cooke, 1987; Mikulincer *et al.*, 1998). În acelaşi timp, comparativ cu bărbaţii, femeile raportează răspunsuri negative mai puternice atunci când se confruntă ele însele cu dificultăţi în obţinerea unei sarcini. Această constatare poate fi explicată prin mai mulţi factori printre care se numără natura mai invazivă a intervenţiilor medicale în cazul femeilor infertile şi diferenţele în ceea ce priveşte contextele sociale în care femeile şi

bărbaţii primesc educaţia şi se dezvoltă (aspect care trebuie relaţionat cu modele diferite ale adaptării la experienţa negativă a infertilităţii). De exemplu, în cuplurile care urmează procedurile medicale specifice fertilizării *in vitro*, femeile raportează niveluri semnificativ mai ridicate ale anxietăţii (atât ca predispoziţie a personalităţii, cât şi ca stare emoţională care se activează în anumite circumstanţe de viaţă) şi depresiei, în timp ce bărbaţii tind să-şi suprime mai mult anxietatea şi furia (Beaurepaire *et al.*, 1994). De asemenea, multe dintre tratamentele pentru infertilitate se bazează pe hormoni administraţi mai mult femeilor decât bărbaţilor. Aceasta are efecte secundare cunoscute care pot produce simptome psihologice uşoare (de exemplu, schimbări ale dispoziţiei afective) sau mai severe (de exemplu, reacţii psihotice acute) (Benyamini, Gozlan şi Kokia, 2005; Daniluk, 1997).

6. Concluzii

În ultimile decenii, s-au realizat progrese considerabile în domeniul reproducerii umane asistată medical, achiziţiile realizate oferind speranţă miilor de cupluri care se confruntă cu experienţa stresantă a infertilităţii. Chiar dacă societatea românească nu a asimilat integral inovaţiile medicale din acest domeniu şi mentalitatea cu privire la reproducerea umană asistată medical, interesul pentru asistarea cuplurilor infertile a crescut, iar calitatea serviciilor medicale a început să fie apreciată. Însă, aspectele psihosociale ale infertilităţii au stat mai puţin în atenţia cercetătorilor şi a clinicienilor din domeniul medicinei, respectiv a profesioniştilor din domenii ale psihologiei aplicate precum psihologia clinică, psihologia sănătăţii, consilierea psihologică, psihoterapia individuală şi de grup etc.

Cauzele infertilităţii sunt complexe şi includ atât factori medicali, cât şi factori psihologici. Abordarea factorilor psihologici a fost realizată din perspectiva impactului pe care aceştia îl au asupra sănătăţii reproductive (Covington şi Burns, 2006). Două abordări majore i-au preocupat pe specialiştii din domeniul psihologiei clinice şi din cel al psihologiei sănătăţii. Este vorba despre: a) rolul pe care suportul psihologic acordat concomitent cu tratamentul medical îl are în creşterea potenţialului de adaptare a cuplurilor infertile la stresul produs de această experienţă de viaţă negativă, precum şi a şanselor de succes în obţinerea unei sarcini (Leong şi Santiago-Rivera, 1999); b) contextul psihologic, social şi cultural în care este trăită experienţa infertilităţii (Meller, Burns, Crow şi Grambsch, 2002).

Rezultatele a numeroase studii sugerează că stresul psihic reprezintă un factor de risc pentru performanţele reproductive ale bărbaţilor şi femeilor. Variabilele care mediază relaţia dintre stres şi performanţele

reproductive includ indicatori fiziologici care ţin de sistemul nervos central, cel endocrin şi sistemul imunitar (Edelmann, 1990; Hjollund *et al.*, 1999).

Pe de altă parte, infertilitatea reprezintă una dintre cele mai stresante experienţe de viaţă pentru cuplurile care se confruntă cu această problemă (Andrews, Abbey şi Halman, 1991; van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin şi Demittenaere, 2010; Wischmann *et al.*, 2001). Relaţia dintre stresul asociat infertilităţii şi starea de bine a persoanelor/cuplurilor infertile este mediată sau moderată de o serie de caracteristici individuale, precum stilul de *coping* (Edelmann, Connolly şi Bartlett, 1994) sau ataşamentul securizat (Amir, Horesh şi Lin-Stein, 1999; Mikulincer *et al.*, 1998).

Pe lângă stresul produs de eşecul procedurilor specifice reproducerii umane asistată medical, pacienţii sau partenerii cuplurilor care se confruntă cu problema infertilităţii experimentează sentimente de dezamăgire, pierdere, inadecvare personală şi sexuală sau de eşec personal, anxietate, depresie, reducerea stimei de sine, probleme în relaţia romantică (Ardenti, Campari, Agazzi şi La Sala, 1999; Dyer *et al.*, 2004; Matsubayashi *et al.*, 2001; Pook, Tushen-Caffier şi Krause, 2004). Un alt domeniu al vieţii de cuplu care este sensibil în raport cu experienţa infertilităţii include viaţa sexuală (Drosdzol şi Skrzypulec, 2008; Monga *et al.*, 2004).

În concluzie, infertilitatea reprezintă o experienţă de viaţă pe care persoanele/cuplurile afectate o trăiesc în mod diferit. Principala ei caracteristică ţine de faptul că actorii implicaţi deţin un grad scăzut al controlului în ceea ce priveşte unii dintre factorii implicaţi sau rezultatul tratamentelor medicale specifice pe care le parcurg. Deşi, până în prezent, studiile au abordat o varietate de factori psihosociali care joacă un rol predictiv în raport cu răspunsurile individuale la problema infertilităţii, multe aspecte au rămas încă neexplorate.

References

Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1992). Gender's role in responses to infertility. *Psychological Women Quaterly*, *15*(2), 295-316. doi: https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1991.tb00798.x

Amir, M., Horesh, N., & Lin-Stein, T. (1999). Infertility and adjustment in women: The effects of attachment style and social support. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *6*(4), 463- 479. doi: https://doi.org/10.1023/A:1026280017092

Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, *32*(3), 238-253. doi: https://doi.org/10.2307/2136806

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. doi: https://doi.org/10.1093/humrep/14.12.3126

Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., & Tennant, C. (1994). Psychological adjustment to infertility and its treatment: Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(3), 229-240. doi: 10.1016/0022-3999(94)90118-x

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertil Steril*, *83*(2), 275-283. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.10.014

Blatt, S. J., & Blass, R. (1996). Relatedness and self definition: A dialectical model of personality development. În G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and Vulnerabilities in Close Relationships* (pp. 309-338). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science and Medicine*, *57*(12), 2325-2341. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00138-2

Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. În C. L. Cooper, & J. Campbell Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* (pp. 351-364). West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Chachamovich, J. L. R., Chachamovich, E., Fleck, M. P.; Cordova, F. P., Knauth, D. R., & Passos, E. P. (2009). Congruence of quality of life among infertile men and women: Findings from a couple-based study. *Human Reproduction*, *24*(9), 2151-2157. doi: 10.1093/humrep/dep177

Cohen, S., & Pressman, S. (2004). Stress-buffering hypothesis. În N. B. Anderson (Editor-in-Chief), *Encyclopedia of Health & Behavior* (Vol. 2., pp. 780-782). Thousand Oaks, CA: Sage.

Connolly, K. J., Edelmann, R. J., & Cooke, I. D. (1987). Distress and marital problems associated with infertility. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *5*(1), 49-57. doi: https://doi.org/10.1080/02646838708403473

Connolly, K. J., Edelmann, R. J., Cooke, I. D., & Robson, J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*(5), 459-468. doi: 10.1016/0022-3999(92)90006-n

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

Covington, S. N., & Burns, L. H. (2006). *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (2nd ed.). New York, NY: Cambridge University Press.

Daniluk, J. C. (1997). Gender and infertility. În S. R. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies* (pp. 103-125). New York, NY: John Wiley & Sons, Ltd.

Dhillon, R., Cumming, C. E., & Cumming, D. C. (2000) Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertil Steril*, *74*(4), 702-706. doi: 10.1016/s0015-0282(00)01511-9

Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *14*(Suppl.), 45-52.

Donnelly, D. A. (1993). Sexually inactive marriages. *The Journal of Sex Research*, *30*(2), 171- 179. doi: https://www.jstor.org/stable/3812615

Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *13*(3), 271-281. doi: 10.1080/13625180802049187

Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., & Van der Spuy, Z. M. (2004). 'You are a man because you have children': Experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction*, 2004, *19*(4), 960-970. doi: 10.1093/humrep/deh195

Edelmann, R. J. (1990). Emotional aspects of *in vitro* fertilization procedures: Review. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *8*(3), 161-173. doi: https://doi.org/10.1080/02646839008403621

Edelmann, R. J., Connolly, K. J., & Bartlett, H. (1994). Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(4), 355-364. doi: 10.1016/0022-3999(94)90040-x

Eugster, A., Vingerhoets, A. J., van Heck, G. L., & Merkus, J. M. (2004). The effect of episodic anxiety on an *in vitro* fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *25*(1), 57-65. doi: 10.1080/01674820410001737441

Facchinetti, F., Matteo, M. L., Artini, G. P., Volpe, A., & Genazzani, A. R. (1997). An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of *in vitro* fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril*, *67*(2), 309-314. doi: 10.1016/S0015-0282(97)81916-4

Feeney, J. A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. În J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 355-377). London, UK: The Guilford Press.

Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H. W., Braat, D. D. M., Brewaeys, A. M. A., Dolfing, J. G., Kortman, M., Leerentveld, R. A., & Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, *18*(7), 1536-1543. doi: https://doi.org/10.1093/humrep/deg276

Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, 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), article ID e006592. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006592

Gannon, K., Glover, L., & Abel, P. (2004). Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Social Science & Medicine*, *59*(6), 1169-1175. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.01.015

Gavazzi, S. M., & Sabatelli, R. M. (1990). Family system dynamics, the individuation process, and psychosocial development. **Journal of Adolescent Research, 5**(4), 500-519. doi: https://doi.org/10.1177/074355489054008

Greil, A. L., Porter, K. L., & Leitko, T. A. (1989). Sex and intimacy among infertile couples. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, *2*(2), 117-138. doi:https://doi.org/10.1300/J056v02n02_08

Grigoraş, R. (2016). Antecedente ale stării de bine subiective în rândul cuplurilor infertile care urmează tratamentul pentru fertilizare *in vitro*. *Anuarul Universităţii „Petre Andrei" din Iaşi (Fascicula: Asistenţă Socială, Sociologie, Psihologie)*, *15*, 161-194.

Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Champain, IL: Research Press.

Hasanpoor-Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, *12*(2), 131-138.

Hjollund, N. H., Jensen, T. K., Bonde, J. P., Henriksen, T. B., Andersson, A. M., Kolstad, H. A., Ernst, E., Giwercman, A., Skakkebaek, N. E., & Olsen, J. (1999). Distress and reduced fertility: A follow-up study of first pregnancy planners. *Fertil Steril*, *72*(1), 47-53. doi: 10.1016/s0015-0282(99)00186-7

Holahan, C. J., Ragan, J. D., & Moos, R. H. (2004). Stress. În C. D. Spielberger (Editor-in-Chief), *Encyclopedia of Applied Psychology* (Vol. 3., pp. 485-493). New York, NY: Elsevier.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment: Short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, *21*(12), 3295-3302. doi: 10.1093/humrep/del288

Inhorn, M. C. (2003). Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: Illustrations from Egypt. *Social Science & Medicine*, *56*(9), 1837-1851. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00208-3

Inhorn, M. C. (2004). Middle Eastern masculinities in the age of new reproductive technologies: Male infertility and stigma in Egypt and Lebanon. *Medical Anthropology Quarterly*, *18*(2), 162-182. doi: 10.1525/maq.2004.18.2.162

Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, *22*(4), 341-358. doi: 10.1023/a:1018774019232

Kohut, H., & Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59 (4), 413-425.

Küchenhoff, J. (1999). Unfulfilled desire for children – what is the grief for men? *Therapeutische Umschau*, *56*(5), 260-264. doi: 10.1024/0040-5930.56.5.260

Laffont, I., & Edelmann, R. J. (1994). Perceived support and counselling needs in relation to *in vitro* fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *15*(4), 183-188. doi: 10.3109/01674829409025644

Leong, F. T. L., & Santiago-Rivera, A. L. (1999). Climbing the multiculturalism summit: Challenges and pitfalls. În P Pederson (Ed.), *Multiculturalism as a Fourth Force* (pp. 61-72). Brunner/Mazel: Routledge.

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. *Fertil Steril*, *91*(2), 387-394. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.11.052

Lukse, M. P., & Vacc, N. A. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetrics & Gynecology*, *93*(2), 245-251. doi: 10.1016/s0029-7844(98)00432-3

Manning, W. D. (2015). Family formation processes: Assessing the need for a new nationally representative household panel survey in the United States.

Journal of Economic and Social Measurement, *40*(1-4), 197-219. doi: 10.3233/JEM-150419

Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., & Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, *16*(5), 966-969. doi: 10.1093/humrep/16.5.966

McDonald, P. (2006). Low fertility and the state: The efficacy of policy. *Population and Development Review*, *32*(3), 485-510. doi: https://www.jstor.org/stable/20058901

Meller, W., Burns, L. H., Crow, S., & Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic and Obstetrics Gynaecology*, *23*(1), 27-30. doi: 10.3109/01674820209093412

Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril*, *34*(4), 313-319. doi: 10.1016/s0015-0282(16)45031-4

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*(Pt. 3), 265-280. doi: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb00991.x

Miles, L. M., Keitel, M., Jackson, M., Harris, A., & Licciardi, F. (2009). Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(3), 238-257. doi: https://doi.org/10.1080/02646830802350880

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, *63*(1), 126-130. doi: 10.1016/j.urology.2003.09.015

Pook, M., Tuschen-Caffier, B., & Krause, W. (2004). Is infertility a risk factor for impaired male fertility? *Human Reproduction*, *19*(40), 954-959. doi: https://doi.org/10.1093/humrep/deh167

Proulx, C., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. Journal of Marriage and Family, 69(3), 576-593. doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x

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 Womens Health*, *4*, Article 9. Articol disponibil *online* pe http://www.ncbi.nlm.nih.gov. doi: 10.1186/1472-6874-4-9

Remennick, L. (2000). Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles: A Journal of Research*, *43*(11-12), 821-841. doi: https://doi.org/10.1023/A:1011084821700

Roth-Hanania, R., & Davidov, M. (2004). Attachment. În Ch. D. Spielberger (Editor-in-Chief), *Encyclopedia of Applied Psychology* (Vol. 1, pp. 191-202). New York, NY: Elsevier.

Sanders, K. A., & Bruce, N. W. (1999). Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, *14*(6), 1656-1662. doi: 10.1093/humrep/14.6.1656

Seibel, M. M., & Taymor, M. L. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, *37*(2), 137-145. doi: 10.1016/s0015-0282(16)46029-2

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., &Mulhall, J. P. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. *Journal of Urology*, *179*(3), 1056-1059. doi: 10.1016/j.juro.2007.10.069

Smeenk, J. M. J., Verhaak, C.M., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G. A., & Braat, D. D. M. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of *in vitro* fertilization. *Human Reproduction*, *16*(7), 1420-1423. doi:

Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility: An overview of conceptual approaches. În A. L. Stanton & C. A. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research* (pp. 3-16). New York, NY: Plenum Press.

Surtees, P., & Wainwright, N. (2007). Live events and health. În G. Fink (Editor-in-Chief), *Encyclopedia of Stress* (2nd ed., Vol. 2., pp. 599-603). Oxford, UK: Academic Press.

Terry, D. J., & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(4), 1078-1092. doi:

Unruh, A. M., & McGrath, P. J. (1985). The psychology of female infertility: Toward a new perspective. *Health Care Women International*, *6*(5-6), 369-381. doi: 10.1080/07399338509515712

Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, *25*(6), 1471-1480. doi:

Whisman, M. A. (2001). The association betweendepression and marital dissatisfaction. În S. R. H.Beach (Ed.), *Marital and Family Processes in*

Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.

Wischmann, T., Stammer, H., Gerhard, I. & Verres, R. (2002). Couple counseling and therapy for the unfulfilled desire for a child – the two-step approach of the 'Heidelberg infertility consultation'. În B. Strauss (Ed.), *Involuntary Childlessness: Psychological Assessment, Counseling, and Psychotherapy* (pp. 127-150). Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, *16*(8), 1753-1761. doi: 10.1093/humrep/16.8.1753

Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing *in vitro* fertilization: A systematic review. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 33 (6), 689-701. doi: 10.1007/s10815-016-0690-8