

Il trattamento dell'infertilità: Considerazioni psicodinamiche sulla relazione di 'cura'

di Rosetta Castellano^{*}, Nicoletta Grimaldi, Annamaria Malzoni, Michelina Pagliarulo, Nicola Pirone, Rita Sarno^{}.**

Introduzione

L'infertilità costituisce un problema che colpisce una coppia su cinque e che appare destinato ad aumentare. Essa è comunemente definita, in linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e dell'American Fertility Society (A.F.S.), come l'assenza di concepimento dopo un anno di rapporti sessuali non protetti, oppure come il risultato di aborti ricorrenti. Si stima che circa il 15% - 20% delle coppie italiane sperimenti dei problemi di infertilità e che questi siano generalmente riconducibili nel circa 40% dei casi ad un fattore maschile, nel circa 50% ad uno femminile e nel restante 10% ad eziologia mista (Ministero della Salute, 2008, Decreto dell'11 aprile, Art. 7, legge n. 40/2004). Data la rilevanza evolutiva, clinica e sociale della riproduzione, il ruolo degli aspetti psicologici implicati nel processo diagnostico e terapeutico dell'infertilità costituisce dunque un'area di investigazione e di intervento centrale nel campo della Medicina della Riproduzione e della Psicologia Clinica. Per i pazienti, il trattamento dell'infertilità presenta, infatti, notevoli implicazioni psicologiche a livello individuale, di coppia, relazionale e sociale, che sono state ampiamente indagate (Domar, Brome, Zuttermeister, Seibel & Friedman, 1992; Slade, Emery & Lieberman, 1997; Newton, Sherrad & Glavac, 1999; Daniluk, 2001; Bergius & Stanton, 2002; Verhaak et al., 2005; Lechner, Bolman & van Dalen, 2006). Meno analizzata in letteratura risulta invece la relazione medico-paziente all'interno del contesto della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

La relazione medico-paziente tra ricerca e clinica

Prima di entrare nello specifico degli aspetti sostanziali che possono connotare la relazione tra i pazienti infertili e lo staff di un Centro che effettua i trattamenti di PMA, così come descritti nella seppur scarsa letteratura di riferimento, appare necessaria una precisazione sull'ampia mole di indagini che ha focalizzato l'attenzione sulla relazione medico-paziente. Esistono molteplici approcci, prospettive e punti di vista che hanno riguardato il rapporto tra comunicazione dello staff medico e soddisfazione dei pazienti (Shorter, 1986; Parker et al., 2001; McDonagh et al., 2004); il rapporto tra comunicazione e aderenza o compliance ai trattamenti terapeutici (Feldman, Chen, Hu & Fleischer, 2002); le competenze comunicative del medico (Easter & Beach, 2004; Baile & Aron, 2005) ecc.

Da una disamina degli studi appare condivisa l'affermazione secondo cui nell'atto medico la componente tecnica e la componente relazionale sono indissolubilmente collegate (Schillinger et al., 2003); tuttavia, sono state prodotte una serie di riflessioni sul perché la Medicina definita "tecnologica" sia prevalentemente biologica, e sul perché essa, dietro la ricerca della "scientificità", si mantenga aliena da qualsiasi influenza di tipo psicologico (Guerra & Ancona, 1983; Alexander, Casalino & Meltzer, 2003; Imbasciati, 2006).

^{*} Ph.D., Specialista in Psicologia Clinica, Università di Roma 'Sapienza', consulente presso il Centro di Medicina della Riproduzione 'Gruppo Malzoni', Avellino.

^{**} Centro di Medicina della Riproduzione 'Gruppo Malzoni', Avellino.

All'interno del panorama psicoanalitico, l'autore che ha dato i maggiori contributi alla comprensione del tema del rapporto medico-paziente è stato Michael Balint (1957/2000), il quale è partito dalla apparentemente semplice affermazione secondo cui nel rapporto medico-paziente vi è una dimensione profonda, di primaria importanza, che fa capo ai fenomeni di *transfert* e di *controtransfert*². Da qui, è stata avviata una profonda riflessione sulla cosiddetta 'medicina centrata sul paziente' (patient centred), con il risultato di una modifica del concetto tradizionale di relazione medico-paziente (il medico che visita il paziente, che riferisce l'esito e che fornisce indicazioni per il trattamento al paziente e alla famiglia) e con una attenzione precipua ad una serie di fattori fino ad allora largamente misconosciuti quali: l'individuazione del *medico come farmaco*, il riconoscimento dell'*influenza mutua* nel processo di cura, la diagnosi più profonda (globale) associata all'acquisizione della *capacità di ascoltare*.

Tali aspetti hanno posto in primo piano le reazioni controtransferali dei medici nei confronti dei pazienti e dei colleghi, favorendo l'emergere dell'esigenza di una formazione personale di tipo psicodinamico nel rapporto medico-paziente. Secondo l'autore:

Ogni medico possiede un'idea vaga ma quasi irremovibile del comportamento che un paziente deve adottare in caso di malattia. [...] Quest'idea [...] possiede un potere immenso, capace di influenzare [...] praticamente ogni particolare del lavoro del medico con i suoi pazienti. Tutto avviene come se ogni medico possedesse la conoscenza rivelata di ciò che i pazienti hanno diritto o no di sperare e di ciò che devono sopportare, ed inoltre avesse il sacro dovere di convertire alla sua fede tutti i pazienti ignoranti e increduli. (Balint, 1957, p. 45).

Si tratta della cosiddetta '*funzione apostolica*' del medico, considerata da Balint la più problematica e al contempo più difficile da abbandonare per riuscire a diventare più sensibili ai bisogni dei pazienti e più attenti a ciò che essi cercano di comunicare³.

Le specificità legate al trattamento dell'infertilità

La relazione medico-paziente costituisce un elemento di cruciale importanza in ogni percorso medico, ove si incontrano le proiezioni dei pazienti ed uno stile di 'cura' che, nello specifico dell'infertilità, assume dei connotati talora problematici per una serie di fattori. Un primo aspetto che merita di essere considerato è che, nel contesto della PMA, non si effettua e ci si sottopone ad una cura per eliminare un problema esistente, ma si ricorre ad un palliativo, ad un modo per far raggiungere l'obiettivo della gravidanza pur con una diagnosi di infertilità che permane pressoché invariata. Un secondo aspetto, legato alla specificità della branca è che il medico (o più in generale lo staff⁴) della PMA non può appoggiarsi troppo al primato della scienza, dato il peso rilevante del 'caso'; sebbene, infatti, vengano eseguite perfettamente tutte le procedure, venga utilizzata una terapia ormonale che produce ottime risposte nella paziente, le fasi del trattamento proseguano in maniera ottimale, non si ha la certezza del risultato. Con questo non si sta naturalmente dicendo che nelle altre branche mediche non si pongono tali problemi, giacché tutta la Medicina è una disciplina ambigua, o meglio anfotera, per cui nell'atto di rivolgersi al paziente come un oggetto di

² Si tratta di termini che, in linea generale, rimandano al complesso insieme di emozioni e reazioni comportamentali attivate nel rapporto tra i soggetti coinvolti, un rapporto in cui la malattia già di per sé genera ansia, angoscia, paura, rabbia, sensi di colpa, ecc. In questa condizione, infatti, le emozioni e le sensazioni di "oggi", provate cioè verso il medico o più in generale uno staff medico, hanno molto a che fare con emozioni e sensazioni del passato, nutrite verso le figure significative; e questo "trasferimento" avviene in piena o solo parziale inconsapevolezza e in assoluta indipendenza dal contenuto del rapporto interpersonale in atto (Ancona, 1992). Esse vanno conosciute e controllate, per permettere alla relazione medico-paziente di svilupparsi in un clima di comunicazione e fiducia.

³ In quest'ottica la pratica dei cosiddetti "Gruppi Balint" si rivela una didattica di apprendimento breve ed efficace sul corretto rapporto tra staff medico e paziente. In breve, si tratta di un processo di esplorazione diagnostica in termini analitici delle dinamiche personali e collettive sottese alle interazioni sociali di sistemi chiusi, come lo è il rapporto medico-paziente specialmente se istituzionalizzato in ospedale.

⁴ Le figure professionali che solitamente operano in questo settore sono costituite dal/dai *ginecologo/i*, *biologo/embriologo*, *personale paramedico*.

studio, il medico si riferisce ai criteri di scientificità del paradigma ipotetico/deduttivo, ma contemporaneamente si ritrova ad eccedere questi stessi criteri secondo un modello di scienza probabilistica e congetturale (Ginzburg, 1986). Il medico della PMA, però, sente questo continuo confronto con l'impossibilità di fare affidamento alla scientificità del suo operato in maniera più potente e senza dubbio più frequente. Vi è un terzo aspetto che, seppur poco considerato, può avere un peso rilevante sul rapporto che si instaura tra medici e pazienti in questo settore. Se, infatti, con lo sviluppo delle tecniche, è stato possibile ottenere risultati altrimenti impensabili, medico e paziente si confrontano inesorabilmente con questioni etiche, con il dato che al tempo stesso è stata sconvolta l'essenza stessa del generare; sono stati cioè intaccati i riferimenti fondativi dell'individuo, sono stati alterati i sistemi di parentela e l'ordine delle generazioni (Coghi, 2005). Altri aspetti conflittuali che possono investire lo staff medico che si occupa di PMA concernono il numero di embrioni da trasferire, la gestione del problema delle gravidanze plurime, ecc., ma ciò che appare ancora più complesso, sebbene poco dibattuto, è costituito dalla totale assenza di inclusione di parametri psicologici o psichiatrici nella messa in trattamento di una paziente; un medico si può cioè ritrovare ad effettuare trattamenti di fecondazione assistita anche a pazienti psichiatriche, senza avere gli strumenti o gli ausili per poter intervenire in qualche modo. Egli si trova costantemente, e spesso faticosamente, a riassetare la propria etica in relazione ai cambiamenti legislativi del Paese in cui opera e ai progressi delle tecniche (Scabini & Rossi, 1999). Il rovescio della medaglia di tali difficoltà si può osservare in alcuni rischi e tentazioni che si pongono dietro il trattamento PMA: il fascino delle nuove scoperte e l'ambizione scienziata ad esse collegate, il senso di onnipotenza che l'efficacia delle tecniche può indurre, la difficile gestione delle proiezioni salvifiche e magiche che la coppia, la donna, possono avere nei suoi confronti, la tentazione ad utilizzare la scissione mente-corpo per agire solamente sul corpo.

Ne consegue che data la complessità delle dinamiche in gioco in questo contesto, appare particolarmente utile approfondire, in questo lavoro, le rappresentazioni che i medici della PMA di uno specifico contesto organizzativo possono avere della relazione che si instaura con i pazienti in trattamento per l'infertilità.

Metodo

Lo scopo di questo lavoro è quello di aprire una riflessione sul ruolo che può avere l'analisi di uno specifico aspetto – la rappresentazione della relazione medico-paziente - per arrivare a cogliere la complessità delle dinamiche che si evidenziano nel parlare della 'parte psicologica' dei pazienti, degli operatori e della relazione in questo specifico ambito medico, nonché nell'evidenziare come tali rappresentazioni influenzino le risposte ed i comportamenti attuati nel contesto di riferimento (Manghi, 2005). L'assunto che muove questo lavoro è stato ben descritto da Tomellari (2005) secondo il quale: «Il linguaggio impiegato dagli intervistati per narrare la propria esperienza viene assunto come "segnale" delle rappresentazioni, (...) o come immagini che gli intervistati stessi vanno elaborando di questa esperienza» (p.36).

Il metodo prescelto si basa su una *discussione in gruppo guidata*⁵ con le diverse professionalità operanti in un Centro di Fisiopatologia della Riproduzione del Sud-Italia. Va precisato che tale esperienza non ha obiettivi di generalizzazione dei risultati, poiché basata su un *single-case*.

I partecipanti e le domande dell'intervista

Hanno partecipato alla discussione i seguenti membri dello staff di un Centro privato di Fisiopatologia della Riproduzione: un ginecologo, un biologo, un'ostetrica, una segretaria.

Dopo un'analisi della letteratura al riguardo (Tatarelli, Tatarelli, De Pisa & Girardi, 1998; Spinsanti, 1999; Tomassoni & Solano, 2003; Agnello, 2005; Tomellari, 2005) sono state individuate una serie

⁵ La metodologia di tale discussione è in linea con le caratteristiche di un'intervista in gruppo, che rileva risposte individuali, ma alla presenza di un gruppo "naturale" o sociale capace di condizionarle.

di domande guida della discussione di gruppo. Il materiale raccolto è stato audio registrato e trascritto integralmente; quindi è stato analizzato e confrontato con la letteratura sull'argomento.

Risultati

Per chiarezza espositiva, le principali riflessioni emerse nella discussione sono state organizzate e distinte nelle seguenti aree: che cosa caratterizza i pazienti infertili che accedono alla PMA; la sveglia dell' "orologio biologico"; le peculiarità del rapporto; la rappresentazione di un rapporto mutevole: prima e dopo l'esito negativo; la comunicazione medico-paziente; il rapporto con il web nella costruzione delle informazioni sull'infertilità e sul trattamento; la professionalità dello staff medico nel contesto della PMA e differenza con altre branche mediche; sull'intervento psicologico-clinico.

Che cosa caratterizza i pazienti infertili che accedono alla PMA

Dalla discussione effettuata, emerge un quadro di pazienti piuttosto diversificato, che tiene conto di diversi fattori, sia individuali, sia relazionali. Viene dato un peso rilevante all'atteggiamento di apertura individuale, al significato che assume la genitorialità nella vita personale e di coppia, al sostegno reciproco tra i partner e alla capacità di accettare una serie di dati di realtà provenienti dai parametri biologici (es. le risposte ormonali). Nel complesso, tuttavia, si delinea tra i partecipanti alla discussione un quadro di pazienti molto richiedenti, che ricercano prima di tutto una *disponibilità emotiva* piuttosto che di tipo informativo, orientata cioè allo *stabilirsi di un legame*; tali pazienti vengono anche descritti come scaricanti le loro ansie sullo staff medico e come ipervigili rispetto ai comportamenti assunti dallo staff medico ad ogni passaggio delle procedure.

Tale rappresentazione in cui i tentativi di superare i limiti della relazione sono associati alla percezione di essere fagocitati nello stato emotivo del paziente, appare in linea con la letteratura che ha osservato come lo staff medico spesso senta di essere stato investito di un grande compito, dettato dalla frase 'tutto è nelle sue mani'. Si tratta di un aspetto molto delicato, che evidenzia uno stile di relazione in un c'è un paziente che favorisce nel medico implicitamente un confronto con il senso di onnipotenza (Covington & Hammer-Burns, 2006).

Va, inoltre, notato come il tipo di paziente descritto sia esclusivamente la *donna* che rappresenta, di fatto, la protagonista principale degli interventi medici (stimolazione ormonale, monitoraggi, intervento); il partner maschile sembra restare per tutta la discussione per lo più sullo sfondo (Keylor & Apfel, 2010).

La sveglia dell'orologio biologico

Nella discussione si palesa una rappresentazione di alcune tipologie di pazienti che effettuano i trattamenti, che però non ricalca quanto presente nella letteratura sulla relazione medico-paziente (ove si distinguono i pazienti in base ad una serie di aspetti psicologici quali passivo, diffidente, eccetera), concentrandosi sulla cosiddetta 'sveglia dell'orologio biologico', che indica l'avvicinarsi della fine del periodo fertile per la donna. Nello specifico, viene indicato come gruppo particolarmente 'difficile' quello delle donne dai quaranta anni in su, che non accetta assolutamente, secondo la rappresentazione dei partecipanti a questa discussione, questa sveglia dell'orologio biologico che impone un limite al prosieguo dei trattamenti, o quantomeno che rende le percentuali di successo drasticamente abbassate.

Nelle considerazioni di questo staff, tali pazienti: «non accettano questa verità, la presenza di un fattore biologico, *naturale* ... Eppure già nel primo incontro sanno da noi che avranno delle grossissime difficoltà, però si ... come se mettessero un muro davanti a questa verità per cui loro già sanno che la percentuale di successo è molto bassa, e quando vengono a chiederti il motivo del mancato risultato, diventa faticoso spiegare che c'è questa difficoltà per cui hanno investito su quel 2% di possibilità che è praticamente zero ... Iniziano a dire: e se fosse la cura, e se fosse il marito,

e se fosse questo e quello, insomma se ne escono con una serie di cose, quando invece tu già avevi detto loro che si partiva con poche possibilità».

Si tratta di un elemento cruciale nel lavoro del personale che opera nel campo della Medicina della Riproduzione, poiché porta con sé una serie di riflessioni su fino a che età ci si possa spingere con l'impiego delle tecniche. Sebbene lo staff medico intervistato non tratti tale questione apertamente, tuttavia ci si chiede se l'accento dato a questo aspetto sia legata esclusivamente ad effettivi comportamenti di non accettazione delle scarse probabilità di successo, o se abbia anche a che fare, almeno in parte, con proiezioni di aspetti non pienamente elaborati della propria professionalità. In altri termini, è molto difficile restare imparziali in un campo che entra intimamente in questioni etiche (Invitto, 2008), in cui anche le differenze con altri Paesi sono molto forti.

Le peculiarità del rapporto

Nei commenti effettuati in questa specifica discussione, viene sottolineato come gli aspetti peculiari del rapporto tra pazienti e staff medico che effettua i trattamenti di PMA sono connotati da continui rischi. In particolare, come accennato, si sottolinea come la confidenza e la grande disponibilità richiesta da queste pazienti rappresenti un qualcosa da evitare, poiché contiene in sé i rischi di *perdita del controllo della relazione*; la situazione che ne consegue viene vissuta come ingestibile e il lavoro ne risente in maniera negativa. Il tema del controllo è stato approfondito in letteratura esclusivamente in relazione al vissuto sperimentato dalle pazienti in trattamento che sentono di non avere nessun controllo sulle procedure, né tantomeno sulle reazioni del proprio corpo (Diamond, Kezur, Meyers, Scharf & Weinshel, 1999; Marks, Murray, Evans & Willig, 2000). Si potrebbe ipotizzare che, nella relazione medico-paziente, lo staff possa sperimentare, in modo speculare al vissuto delle pazienti, la sensazione di perdita di controllo, come risultato di dinamiche transferali molto forti, come se l'unico modo che si ha per far sentire cosa si sta vivendo ai 'curanti' è diventare talmente richiedenti da far avvertire la sensazione di perdita di controllo nella relazione medica.

L'unico modo che questo staff condivide per proteggersi da questi rischi del proprio lavoro diventa proporre un atteggiamento di maggiore freddezza, che sembra scaturire dal disagio legato alla *violazione dei confini* della relazione medico-paziente. La soluzione diventa, infatti: «mettere sempre paletti (...) Perché la troppa disponibilità arriva ad un certo punto a situazioni che non riesci più a gestire perché si creano dei rapporti troppo stretti (...) È inevitabile che quando senti certe cose, diventi più fredda, i pazienti se ne accorgono pure, ma a quel punto si perde proprio la voglia di aprire alla comprensione».

I partecipanti a questa discussione mettono in evidenza un altro meccanismo cui lo staff medico della PMA può essere particolarmente sottoposto e che viene sentito come di gestione altrettanto difficile, quello dell'*idealizzazione*. In letteratura, essa viene collegata a meccanismi di proiezione attraverso cui il senso di divinità viene trasferito sul medico. Per lo staff medico è molto difficile tollerare le idealizzazioni che i pazienti fanno su di loro, perché sentono che al primo ostacolo o al fallimento nell'ottenere un risultato positivo, essa lascerà il posto a forme di distanziamento, di recriminazione, se non, in casi estremi, di demonizzazione. Tale staff, inoltre, ben a conoscenza del fenomeno del drop-out legato al fallimento, sperimenta un senso di frustrazione e può attuare a sua volta con una certa facilità strategie difensive di distanziamento emotivo per evitare il burn-out (per un approfondimento si veda Freudenberg, 1974).

In conclusione, dalle riflessioni riportate da questo staff si potrebbe dedurre che l'atteggiamento medico di distacco emotivo nella relazione medico-paziente possa rappresentare un'esigenza protettiva, che può essere accostata per molti versi a quello che Myerschough (1996) ha descritto come 'isolamento protettivo' del medico. Secondo l'autore, un coinvolgimento totale negli aspetti emotivi della malattia del paziente, in questo caso nell'esperienza di infertilità e nella sofferenza legata ai trattamenti, può avere effetti paralizzanti e distruttivi sul medico. In tal senso, l'isolamento protettivo risulta essere un meccanismo rilevato con una certa frequenza nei medici, che fa capo al bisogno di 'non essere invasi' dallo stress emotivo e dalla personalità che certi pazienti manifestano. Si tratta dunque di un atteggiamento vantaggioso, purché però non sia il derivato di un'operazione di negazione o di rifiuto dei propri vissuti relativi alla sofferenza, ma invece sia il frutto di una loro elaborazione, che deve essere continua e costante; in caso contrario, esso può

trasformarsi in un meccanismo di difesa non adattivo e, in quanto tale, bloccare pericolosamente qualsiasi azione efficace.

La rappresentazione di un rapporto mutevole: prima e dopo l'esito negativo

Sebbene non vi siano studi specifici sull'evoluzione del rapporto medico-paziente nel trattamento di PMA, in letteratura si ritrovano una serie di considerazioni sul fatto che esso sia altamente suscettibile di cambiamenti in relazione all'esito del percorso. Molto spesso, come già accennato, l'inizio del rapporto si fonda sull'*idealizzazione* del medico o della struttura che 'cura' il problema. Si potrebbe dire che è come se, rispetto alla possibilità di porre rimedio al proprio corpo 'rotto', il paziente arrivi a riconoscere al medico eccessivi poteri magici e riparativi (Agnello, 2005). Secondo alcuni autori (Becker & Nachtigall, 1991) questo meccanismo può essere letto come una difesa che consente ai pazienti di individuare un terzo competente, autorevole, esperto, sul quale proiettare una serie di visioni scisse di sé e del problema; si tratta però anche di un modo per veder fallire l'altro che non viene visto in una dimensione più umana, in cui può sbagliare. Si potrebbe, infatti, dire che si attua una dinamica del tipo: 'se l'altro fallisce, io non sono colpevole'. In questo gioco *idealizzazione - negazione del senso di colpa - rabbia, svalutazione*, il paziente o la coppia in trattamento raramente arriva a prendere consapevolezza dei suoi vissuti personali, ma ingaggia un rapporto particolarmente complesso con lo staff medico, ove i confini tra aspetti prettamente medici/reali e aspetti emozionali/transferali sono raramente evidenziabili.

La psicoanalisi ha interpretato la forte idealizzazione che molte pazienti in trattamento possono sviluppare nei confronti dei medici della PMA ricollegandola a meccanismi di proiezione attraverso cui il senso di divinità viene trasferito sul medico, per lasciare il posto a forme di demonizzazione, quando tale medico fallisce nell'ottenere un risultato positivo.

Nella rappresentazione, piuttosto condivisa, dello staff del Centro, viene messo in risalto questo aspetto relativo al repentino cambiamento del rapporto medico-paziente in seguito al fallimento di un trattamento. In particolare, i partecipanti a questa discussione ritengono che la paziente che si rivolge la prima volta al Centro sia più fiduciosa, per cui si instaura in prima battuta un rapporto di collaborazione con lo staff; quando poi si verifica un esito negativo, il rapporto si modifica bruscamente e da quel momento «si crea una certa diffidenza e (i pazienti) sono più richiedenti perché non si riesce ad entrare nell'ottica che la Medicina - e questo campo in particolare della Medicina - non è Ingegneria: non si ha un risultato certo». L'aspetto che viene sottolineato in questo processo è che dalla fiducia iniziale, l'insuccesso viene scambiato per incompetenza. Da qui si possono instaurare, in certe relazioni medico-paziente in particolare, le dinamiche di passaggio dall'iniziale idealizzazione alla demonizzazione prima descritta.

In questa dinamica, operatori spesso tecnicamente preparati sui contenuti soccombono restando invischiati nella rete di rapporti particolarmente carichi emotivamente. La rabbia, in questo contesto, può diventare di difficile gestione, arrivando a forme di risentimento reciproco tra i pazienti e alcuni membri dello staff o lo staff nel suo insieme. Ciò apre anche ad una riflessione sull'innescò, in questo clima emotivo, di una facile individuazione di 'capri espiatori' per cui un operatore, in particolare, può assumere il ruolo di responsabile del fallimento, mentre gli altri vengono parzialmente salvati, al fine di giustificare la continuazione del rapporto con la struttura.

Emerge anche l'idea che il paziente, benché informato, tenda psicologicamente a negare l'ipotesi del fallimento del trattamento che raggiunge in media il 70%; egli sembra volere piuttosto, dalla rappresentazione che emerge, che si prenda in carico il suo organo malato e si risolva la questione. Ciò pone indubbiamente il medico della PMA di fronte ad un dilemma, poiché egli è un medico, ma che opera in un settore in cui non effettua una 'cura' su una parte malata; a ciò va aggiunto che il suo lavoro non determina comunque la certezza del risultato.

La comunicazione medico-paziente

Le poche indagini di tipo psicosociale sull'argomento si soffermano quasi esclusivamente su aspetti legati al ruolo che assume il linguaggio medico nelle dinamiche relazionali con i pazienti in questo

settore (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000). Nello specifico, è stato osservato come, in alcuni casi, il linguaggio usato dal medico sia eccessivamente tecnico, come a determinare quella distanza che consente una protezione dall'eccesso di emozioni in circolo. Tale linguaggio, infatti, seppur preciso, spesso non è comprensibile per il paziente, ma fa paura, portando quest'ultimo ad astenersi dal porre ulteriori domande, per poi documentarsi in privato e ritornare con maggiori quesiti e dubbi. In molti casi, il paziente rapidamente acquisisce un vocabolario medico particolareggiato sulla propria condizione e sulle tecniche, in linea con il bisogno di gestire in qualche modo l'evento, che come detto in precedenza si connota per l'impossibilità di controllarne l'esito; d'altra parte, il medico può avvertire in questo linguaggio tecnico del paziente una forma di controllo su di sé e sul suo lavoro.

Nel corso della discussione presentata in questo lavoro, l'accento va su un altro aspetto della comunicazione medico-paziente. Viene messo in risalto che i pazienti sarebbero confusi prevalentemente dal fatto che essi non si fermano alle parole dette dal medico, ma hanno bisogno di approfondire, nei modi più svariati. In linea con le considerazioni di Tomellari (2005), infatti, la crescente possibilità di accedere a informazioni attraverso trasmissioni televisive, pubblicazioni periodiche e siti internet dedicati ai temi della salute, viene immaginata come un processo incalzante che mette in discussione aspettative relazionali consolidate attraverso più generazioni (tra tutte, l'immagine che il medico non sia messo in discussione).

Emerge, tuttavia, in questo specifico contesto, un'ulteriore distinzione tra le informazioni che vengono date sulla diagnosi e quella relative alla terapia. Secondo l'esperienza di questo staff, infatti, sulla diagnosi, appena vengono fornite le spiegazioni dettagliate, i pazienti appaiono piuttosto soddisfatti; è invece sulla parte terapeutica, sui farmaci che le pazienti devono assumere, che spesso si creano dei problemi, nonostante vengano rilasciate delle informazioni anche scritte su tutta la procedura terapeutica e la coppia venga seguita quotidianamente nei dosaggi dei farmaci da assumere. Spesso non si inizia la terapia nel giorno indicato, oppure non si somministrano le dosi corrette, in alcuni casi vengono raddoppiate, in altri dimezzate, ecc. L'ipotesi che emerge nel corso della discussione è che anche il materiale cartaceo abbia una utilità relativa con questa tipologia di pazienti, poiché tali pazienti non si soffermerebbero nel leggerlo in maniera approfondita, nonostante nella consegna ci sia la raccomandazione a seguire attentamente tutte le indicazioni. Ciò determina la frustrazione legata al fatto di ripetere quotidianamente le stesse informazioni e la deduzione che tali pazienti siano come presi da altro, sebbene nella stanza di consultazione sembri esistere solo il desiderio di un figlio.

Torna utile riprendere, a questo punto, gli scritti di Balint e Balint (1961), che hanno messo in luce come i medici lavorino spesso con il falso convincimento che i pazienti si aspettano di ricevere da loro una risposta a tutti i quesiti ed i problemi esposti. In realtà, continuano questi autori, si tratta delle loro stesse aspettative proiettate sui pazienti per difendersi da un forte senso di impotenza. L'ipotesi che emerge nella discussione è molto interessante: per lo staff medico risulta più facile pensare che in fondo i pazienti sono presi da altro, piuttosto che, come la letteratura psicosociale ha ampiamente evidenziato, si trovano in uno stato spesso di tale ansia e tensione che la memorizzazione delle informazioni appare ancora più complicata.

Il rapporto con il web nella costruzione delle informazioni sull'infertilità e sul trattamento

Il web è diventato un punto d'incontro fondamentale per scambiare esperienze e trasferire informazioni che riguardano la malattia. Il fenomeno si è ampiamente diffuso anche in Italia, dove sono presenti moltissimi siti di associazioni di pazienti infertili con forum ricchi di informazioni sulla diagnosi, sul trattamento, sui Centri di eccellenza, ecc. La ricerca suggerisce che più del 40% dei pazienti infertili ricerca informazioni su internet, sentendosi insoddisfatti dalle scarse informazioni fornite dai Centri (Kahlor & Mackert, 2009). Il paziente scruta la rete per capire da dove origina il suo problema, ma non si limita ad incamerare nozioni: scambia opinioni nei forum dedicati e chatta con altri pazienti che si trovano nella stessa condizione; ottiene e dà informazioni sui Centri presenti nelle singole regioni. In questo luogo virtuale, il paziente spesso trova sostegno, condivisione, incoraggiamento e vede scemare, almeno temporaneamente, la sensazione di solitudine; parimenti è stato osservato che possono aumentare confusione e ansia (Kahlor & Mackert, 2009). È stato

sottolineato come questo bisogno, oltre che dal condividere, nasca anche dalla sensazione che molti pazienti hanno di non essere stati informati a sufficienza, o di non capire, o di non memorizzare a causa della complessità del tema.

Come accennato in precedenza, in letteratura viene evidenziato come per il medico si tratti molto spesso di un ostacolo alla relazione, talvolta perché sente che ciò non fa che aumentare la confusione del paziente che rifiuta di rivolgersi a lui scegliendo un terzo, talvolta perché si sente chiamato direttamente in causa per il fatto di non essere stato sufficientemente chiaro. Al riguardo, potrebbe però essere implicato anche un meccanismo legato alla sensazione che il medico ha di dover rispondere pienamente, in maniera esaustiva e soddisfacente, a tutti i quesiti, tralasciando di considerare che è inevitabile che il paziente si senta confuso dalla complessità dei temi trattati.

Nell'esperienza effettuata con questo staff, a proposito di come il personale medico vede il rapporto che i pazienti hanno con il web, sono emerse delle considerazioni pressoché unanimemente condivise. Un primo punto che è stato sottolineato nella discussione è che l'accesso al web è molto legato all'assenza di risultato, all'insuccesso. Torna quindi la rappresentazione di una fiducia iniziale nella quale ci si vuole affidare al personale di un determinato Centro, alla diffidenza che subentra con l'insuccesso e che porta, tra l'altro, a mettere in dubbio la competenza di quello staff e a rivolgersi ad uno 'migliore'.

L'altro aspetto rimarcato è il tipo di informazioni che si scambiano questi pazienti. Si tratta, per lo staff, di informazioni che non sempre sono corrette, poiché i pazienti entrano nel merito di una parte medica complessa, che li porta a diventare più dubbiosi e quindi più richiedenti di spiegazioni, piuttosto che soddisfatti di una nozione appresa. Il risultato che viene anche messo in luce è che la ricerca di informazioni su internet crea spesso una confusione in chi non ha una preparazione medica, poiché porta il paziente a compiere delle connessioni logiche errate, che possono arrivare ad inficiare il lavoro svolto fino a quel momento; infatti, nell'esperienza di questo staff tali pazienti: «iniziano a fare domande dettagliate sugli ormoni, si soffermano sui valori, senza sapere che non si possono fare confronti, ogni situazione è a sé e una data risposta può cambiare anche nella stessa persona a distanza di mesi. Inoltre l'altro problema è che cercano di aggiornarsi attraverso internet, ma ciò è molto difficile se non si è a conoscenza della materia; pertanto entrano nel merito di cose sulla base di quello che loro hanno capito, non dei fatti e ciò rende la comunicazione molto complicata».

È come se a questo punto si determinasse una sorta di braccio di ferro su chi ha ragione e questo genera una grossa frustrazione nello staff medico.

La rappresentazione della Medicina della Riproduzione rispetto ad altre branche mediche

Come già accennato, dalla discussione emerge che un problema che rende difficile il rapporto medico-paziente nel trattamento dell'infertilità è dato dalla difficoltà ad appellarsi a numeri certi per inquadrare e trattare il problema. Nell'esperienza di questo staff, ciò è vero soprattutto per la paziente donna infertile, rispetto al paziente uomo, nel senso che in questo contesto se il problema è per esempio un'azoospermia, sembra che la coppia si convinca subito perché lì ci sono i numeri ad attestare il problema; invece il fattore dell'FHS nella donna viene sentito come molto più complesso da essere compreso, perché i pazienti «... pensano che c'è la cura per tutto, anche per l'FSH, pensano in qualche modo che possa essere superato da una terapia medica, che non esiste ... e questo riguarda soprattutto questa fascia particolare di pazienti con un'età intorno ai 38-40 anni».

Oltre alla difficoltà nel far comprendere la diagnosi, vi è una difficoltà intrinseca al trattamento, che è già complessa da elaborare per il medico, come emerge nella seguente riflessione: «la difficoltà è quella, che l'infertilità non è una malattia e noi siamo medici e l'errore forse è quello di trattare il paziente infertile come un paziente malato, però noi siamo formati in quel modo, cioè non abbiamo avuto una formazione specifica per questo tipo di problemi ... potrebbe essere questo, cioè sicuramente questi pazienti vanno accompagnati psicologicamente, ma noi non abbiamo questa formazione per cui sta al buon senso, alla buona volontà creare un po' di ... però è un qualcosa di molto difficile, per cui forse avremmo bisogno anche noi di un accompagnamento».

Una questione fondamentale che emerge da questo stralcio di discussione concerne che cosa si dovrebbe intendere per 'cura' in questo ambito in cui, come più volte ribadito, si è in presenza di palliativi anziché rimedi. Vi è, inoltre, un primo riferimento piuttosto chiaro all'importanza che può assumere l'intervento psicologico-clinico all'interno di un Centro di Medicina della Riproduzione. La richiesta in questo caso potrebbe essere quella di essere preparati a comprendere come mai si attivino dinamiche così complesse nella relazione con i pazienti; ma vi potrebbe essere anche di più, e cioè l'emergere di una richiesta di elaborare il problema per cui, con il progresso delle tecniche, l'ampliarsi delle possibilità di cura ha modificato il rapporto del medico con i suoi pazienti e ha fatto strada ad una concezione meccanicistica del sapere sul corpo (Fiumanò, 1999); il medico, in altri termini, è considerato il detentore del sapere cosa accade al nostro corpo e perché.

Nel contesto della PMA, di fatto, lo staff medico si ritrova quotidianamente a giustificare fallimenti; ne derivano un *senso di fastidio ed inadeguatezza* per le possibili difficoltà che si incontreranno nel comunicare un eventuale esito negativo o nel dover rispondere ad accuse di cattivo operato o addirittura di colpevolezza.

Nel confrontare tale contesto con altri, emerge nuovamente il ruolo dell'impossibilità di prevedere l'esito: «Io all'inizio dicevo che non è come per esempio quando si ha la glicemia alta, si prende la pastiglia che fa abbassare la glicemia ... purtroppo questo è legato anche a dei fattori che non si possono prevedere ... Sì e questo da parte nostra è legato sia al fatto che non abbiamo un risultato come lo abbiamo in altri campi, sia al fatto che non puoi dire, come nel caso della glicemia, la glicemia scende perché questo farmaco fa questo, questo e questo, punto ... perciò forse si crea questo rapporto cattivo con i medici perché c'è l'idea che il medico non è capace di dirti, di darti certe risposte che vuoi sentire dal medico, oppure perché vedi che questo medico non è capace di fare quello che ha fatto a sua mamma che magari aveva un problema di glicemia...».

Nel complesso, si potrebbe dedurre che, in linea con altre riflessioni (Agnello, 2005), l'aspetto più difficile in questa relazione è gestire il fallimento, tanto dal versante dei pazienti, quanto dal versante degli operatori. Viene inoltre più volte ribadito che la cosa più complicata è costituita dalla gestione del rapporto che si crea con le pazienti in trattamento, un rapporto che viene definito 'logorante' perché molto più lungo ed intenso che in altre branche mediche.

Vengono effettuati spontaneamente una serie di altri confronti. In *ambito ginecologico-ostetrico*: «non è come il parto ... dove c'è il contatto per cinque o sei ore e la signora è contenta e felice, qua è un rapporto continuo, molto molto lungo ... e anche il clima emotivo è molto diverso».

Viene anche effettuato un interessante confronto con una branca della medicina, *l'oncologia ginecologica*, in cui c'è un rapporto lungo ed in cui dominano emozioni molto negative, legate allo stretto contatto con la morte. La letteratura al riguardo, descrivendo gli aspetti psicologici nella relazione medico-paziente di fronte ad un malato grave (Proia, 2002), mette in evidenza una serie di similitudini con il medico della PMA, tra tutte il fatto che i medici che lavorano con malati gravi, così come i medici della PMA, si devono confrontare molto spesso con un compito molto delicato e complesso che è quello di comunicare 'cattive notizie'. In questa discussione, emerge invece qualcosa di più interessante per certi versi, con una rappresentazione di pazienti più 'grate' per il lavoro che si fa: «Con la paziente oncologica è diverso, perché lì c'è la malattia ... loro sono coscienti e prendono coscienza di quello, anche lì c'è la speranza ... per cui quando tu le accompagni, loro sono contente, si sentono gratificate, non ... stranamente sono meno assillanti, io infatti a queste dico alle mie pazienti, voi non avete una malattia ... loro dicono, noi il sabato pomeriggio e domenica non abbiamo la possibilità di telefonarvi, e io dico loro, ma non c'è nessuna urgenza ... se non riuscite a rimandare a domani mattina, siete troppo ansiose, e ... sai quante volte telefonano a casa, ... però in realtà non c'è mai urgenza ... non c'è mai urgenza».

La conclusione sul medico della PMA è ben racchiusa in questo stralcio: «se da un lato c'è il risultato, c'è il bambino, c'è la gioia, ma qui nel 70% dei casi c'è un *lutto*, e la mancata gravidanza loro la vivono come un lutto e quindi diciamo non è un lavoro che secondo me si può fare per molto tempo ... a lungo andare personalmente si deteriora il rapporto con questo tipo di utenza c'è troppo, c'è troppa parte psicologica ... e c'è troppo contatto lungo con il paziente».

Si arriva quindi a toccare gli aspetti psicologici legati alle 'reazioni dell'operatore inerenti l'insuccesso', come aspetto determinante dell'evoluzione della rappresentazione della relazione medico-paziente. In letteratura, Coghi (2005) ha parlato di come lo staff si trovi molto spesso di fronte al fatto che i pazienti non hanno avuto il tempo di elaborare il vissuto di perdita della propria

fertilità, poiché hanno avuto subito a disposizione delle tecniche che vanno a scansare, almeno temporaneamente, il problema. Il ricorso alla PMA diventa, in questo caso, un mezzo che consente di evitare che la coppia faccia i conti con il trauma intollerabile provocato dal difetto, delegando totalmente alla tecnica e al medico la riparazione onnipotente della sua integrità biologica, senza fermarsi ad elaborare minimamente la ferita psichica.

Sull'intervento psicologico-clinico

La frase emersa in questa discussione da parte dello staff che in questo lavoro «c'è troppa parte psicologica» introduce al significato che assume l'intervento psicologico-clinico nel contesto della PMA. Tale frase sembra contenere un desiderio di abdicare alla sua funzione per porsi come puro tecnico, giacché un tecnico può solamente occuparsi di ripristinare una funzione e di perfezionare la propria padronanza sul meccanismo inceppato. Nella rappresentazione di questo staff medico, la competenza psicologica sembra, infatti, essere intesa come un qualcosa a cui poter fare ricorso, ma come aiuto *esterno*, costituendo una professionalità a sé stante e non una competenza da sviluppare. Infatti, la funzione di medico che “accompagna”, che prende in carico il paziente, in questo campo – nella rappresentazione degli operatori intervistati - ad un certo punto sembra essere sentita qualcosa di non realizzabile. Una prima questione delicata diventa allora come mai si arrivi ad un tale atteggiamento di disillusione. Le possibili considerazioni che possono riguardare lo specifico contesto organizzativo certamente potrebbero avere un peso rilevante, ma esulano da questo lavoro che non ha come obiettivo quello di fare un'analisi approfondita del contesto organizzativo. Si può però provare a riflettere maggiormente su quali sono i limiti, i compiti, gli aspetti di gratificazione e quelli di umiliazione di questo lavoro, che possono avere un peso rilevante nel modulare la ‘funzione’ che ogni medico si assegna. In vari scritti recenti sulla relazione medico-paziente, si sostiene che una formazione psicologica rappresenterebbe per i medici, tra l'altro, un utile strumento per prendere contatto con la propria angoscia nell'adempiere a questo compito, acquisendo un livello di consapevolezza adeguato che eviti di ‘bruciarsi’ appunto nella professione e di incorrere in errori comunicativi e in barriere difensive che vanno ad inficiare, spesso irrimediabilmente, il rapporto con il paziente (Casadei & Righetti, 2007).

In linea con le considerazioni precedenti sul bisogno di essere in qualche modo ‘preparati psicologicamente’, si approfondisce ulteriormente la rappresentazione dell'intervento dello psicologo-clinico in un Centro di PMA. In proposito, i partecipanti a questa discussione sembrano palesare una funzione di contenimento, seppur vaga, per lo staff che quotidianamente si sente impegnato in un lavoro molto stressante, che, più o meno consapevolmente, li pone a rischio di burn-out. Tuttavia, l'aspetto che viene maggiormente sottolineato è relativo ad un intervento sull'utenza, con ricaschi positivi sul loro stesso lavoro, poiché, nella loro rappresentazione, esso consentirebbe di assolverli da un compito che non sono preparati a fare. Da un lato, infatti, si valorizza l'importanza di figure professionali specializzate per effettuare un buon sostegno psicologico, evitando i rischi che possono insorgere da interventi di medici che cercano con modi ‘personali’ di consolare. Dall'altro lato, in questo riconoscimento sembra palesarsi il pericolo di un'ulteriore scissione tra ‘corpo – fisico - da curare con le tecniche’ e ‘mente - psichico da supportare con le parole’. Di seguito viene riportato uno stralcio di discussione in cui tale concetto si evince in maniera abbastanza chiara: «Sì perché io come ho detto anche in altre occasioni, sento che voglio fare prettamente il mio compito che è un compito di medico. Siccome già non è facile, se aggiungi anche la parte di approccio psicologico, non sapendola fare bene e quindi magari sbagliando ... io non posso fare cose che non conosco bene, io so fare bene il mio lavoro ... e io lo dico all'inizio: guardate, se pensate di avere l'approccio psicologico, noi abbiamo la psicologa, sia perché io non sono capace e perché cioè io sento di fare bene il mio lavoro ... io le pazienti le tengo un'ora e spiego loro perché c'è questo problema, quali possono essere le cause, e dico sempre guardate, le indagini che noi facciamo della sterilità sono superficiali, vediamo se le tube sono aperte, se l'utero è a posto, cerco di dare quanto più è possibile, specialmente nel primo colloquio, tutte le, io li tengo un'ora nel primo colloquio cercando di mettere sul tavolo tutte le carte e di mettere a loro disposizione tutta la mia competenza con le pazienti. Non c'è anche lo spazio mentale per la parte psicologica».

In queste parole, si evince quindi come, a fronte della complessità della relazione tra gli operatori della PMA ed il paziente o la coppia infertile, il medico avverta un bisogno protettivo, prima che difensivo, di scindere le due cose, un soma e una psiche, il primo di pertinenza di una professionalità, il secondo di un'altra professionalità. È come se si avverta un *bisogno di preservare la propria identità*, che nel contesto della PMA, come si è osservato, appare debole, spesso in discussione, suscettibile di continui attacchi. In quest'ottica, il medico deve quindi districarsi tra tali emozioni molto forti e complesse, al fine di proteggere il suo lavoro che si basa su azioni effettuate sul corpo. Il rischio è che questo bisogno finisca con il diventare difensivo, come un rifiuto di accogliere il paziente nella sua totalità.

Conclusioni

In questo lavoro si è cercato in primo luogo di aprire una riflessione sul ruolo della Psicologia Clinica nel settore della Medicina della Riproduzione che, nel nostro Paese, tuttavia tarda ad essere riconosciuto stabilmente. Ci si potrebbe interrogare su se forse in Italia permanga un'antica rivalità tra medici e psicologici che sembra poter impedire la costruzione di una prassi validata di trattamento, oppure su quanto sia ancora lontana, ma pur necessaria, l'esigenza di costituire una cultura condivisa che, nel rispetto delle reciproche professionalità, lasci emergere la ricchezza di ciascun contributo.

L'esperienza di discussione guidata con i membri dello staff di un Centro di Medicina della Riproduzione ha consentito di effettuare un'analisi ulteriore sul modo in cui la 'parte psicologica' dei pazienti e degli operatori appare costantemente in prima linea in questo contesto, portando ad evidenziare le difficoltà create dall'assenza di un lavoro integrato medico-psicologico in un campo così complesso. Si è, infatti, aperta una riflessione su come la relazione medico-paziente risulti complessa già nel suo nascere, per una serie di aspetti descritti (tra tutti l'impossibilità di avere una diagnosi e prognosi certe) e come, in questo denso contesto emotivo, insorgano notevoli rischi: lo psicologo clinico può rappresentare la figura sulla quale scaricare tutte le richieste emotive provenienti dai pazienti; ciò a sua volta porta ad esacerbare la scissione mente-corpo già innescata dal trattamento. In altre parole, c'è il rischio che si pervenga a considerare 'medico' tutto l'aspetto legato alle azioni sul corpo infertile e 'psicologico' tutte le implicazioni emotive legate all'esperienza di infertilità e del suo trattamento, senza uno spazio di condivisione tra le due competenze (Daniels, 1999). Di contro, un intervento psicologico-clinico in questo settore dovrebbe implicare in primo luogo non delegare allo psicologo clinico la parte emotiva dei pazienti, come paventato in questa discussione e in generale come soluzione più "semplice", ma cooperare con lui, in una presa in carico globale del paziente. Si nota, infatti, come nella discussione i riferimenti alla figura dello psicologo clinico non siano mai connotati da un senso di lavoro *congiunto, integrato*. Lo psicologo clinico, in questa rappresentazione, appare invece o colui che può aprire spazi di riflessione interni allo staff, ai fini di prevenzione del burn-out, oppure colui che, *a parte*, si occupa dei problemi psicologici che possono insorgere o essere presenti in alcuni pazienti, favorendo indirettamente i medici nel loro lavoro sul 'corpo'; non appare rappresentato come una figura che si affianca costantemente al lavoro medico, con il quale c'è un costante intercambio nella presa in carico del paziente infertile. Di contro, un approccio integrato medico-psicologico al trattamento dell'infertilità, ampiamente diffuso negli Stati Uniti ed in molti Paesi europei, potrebbe costituire una base per un lavoro più proficuo in un campo della Medicina in cui la componente somatica e psichica risultano di deleteria scissione.

In particolare emerge l'utilità, in questo settore, di un approccio integrato medico-psicologico che si basa su un modello di intervento in cui la componente somatica e la componente psichica del paziente non arrivino mai ad essere scisse totalmente dal trattamento, poiché vi è uno staff in grado di collaborare all'obiettivo comune e principale di una *'presa in cura globale' della coppia infertile*. In tale ottica, il trattamento dell'infertilità diventa una "presa in carico" di un problema in cui l'infertilità resta, ma può non rappresentare più "il problema irrisolto" di una coppia. Solo introducendo un approccio integrato, il trattamento di PMA può essere concepito come una presa in cura; e questo varrebbe a maggior ragione per una branca della Medicina nella quale, ci si avvicina ad un

problema che viene ampiamente definito come 'psico-somatico', nel senso di un'inestricabile partecipazione di fattori somatici e psicologici (Boivin, 2003; Ahmad et al., 2009).

Un'altra riflessione emersa nel corso di questo lavoro concerne un aspetto più strettamente legato all'impatto della PMA sul medico, ossia alle questioni etiche che pongono spesso lo staff di un Centro di PMA in conflitto e per le quali il ruolo della psicologo clinico potrebbe essere strettamente legato alla possibilità di aprire uno spazio di condivisione e riflessione su dinamiche tanto complesse (Coghi, 2005).

In questa nuova concezione è evidente il ruolo dello psicologo clinico 'formato a pensare emozioni' entro le relazioni professionali (Conti, Sacchi & Stocchino, 2009), quindi a proporre all'interlocutore un senso della dinamica emozionale collusiva in atto (Carli, 1987). Si tratta di un "pensare su" nei confronti della relazione che si sta vivendo e di organizzare in categorie di pensiero quanto sta avvenendo emozionalmente entro la relazione al fine di conferire ad esso un significato relazionale.

Bibliografia

Agnello, G. (2005). *Oceano Fertilità. Psicologia della comunicazione nell'era della fecondazione assistita*. Milano: Edizioni Springer.

Ahmad, A.N., Fatemen, R., Hossien, M., Nasrin, A., Abbas, R.F., Mamak, S., & Mina, J. (2009). Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 101, 248-252.

Alexander, G., Casalino, L.P., & Meltzer, D.O. (2003). Patient-physician communication about out-of-pocket costs. *Journal of the American Medical Association*, 290, 953-958.

Ancona, L. (1992). Il rapporto interpersonale nella clinica. *Federazione medica*, 1, 7-9.

Baile, W.F., & Aron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17, 331-335.

Balint, M. (1957/2000). Trad. it. (1961). *Medico, Paziente e Malattia*. Milano: Feltrinelli.

Balint, M., & Balint, E. (1961). Trad. it. (1970). *Tecniche psicoterapiche in medicina*. Torino: Einaudi.

Becker, G., & Nachtigall, R.D. (1991). Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: The case of infertility. *Social Science and Medicine*, 32, 875-885.

Berghuis, J.P., & Stanton, A.L. (2002). Adjustment to dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 433-438.

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science and Medicine*, 57, 2325-2341.

Canguilhem, G. (1978). Une pédagogie de la guérison est-elle possible? *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 17, 69-80.

Carli, R. (1987). *Psicologia Clinica*. Torino: UTET.

Casadei, D., & Righetti, P.L. (2007). *L'intervento psicologico in ginecologia*. Roma: Edizioni Scientifiche Magi.

Coghi, I.M. (2005). Le problematiche psicologiche del ginecologo di fronte alla Procreazione Medicalmente Assistita. *Richard & Piggie*, 13, 73-81.

- Conti, I., Sacchi, S., & Stocchino, G. (2009). Una funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni. Due unità di psicologia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-29. Consultato il 15 maggio 2011 su http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1_09/Conti_Sacchi_Stocchino.htm
- Covington, S.N., & Hammer-Burns, L. (2006). *Infertility Counseling. A Comprehensive handbook for clinicians*. 2nd Ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, K. (1999). The psychology of assisted reproduction – or psychology assisting its reproduction? A response. *Australian Psychologist*, 34, 211-215.
- Daniluk, J.C. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling Development*, 79, 439-449.
- Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Scharf, C., & Weinshel, M. (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: Guilford.
- Domar, A.D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility & Sterility*, 81, 271-273.
- Domar, A.D., Brome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility & Sterility*, 58, 1158-1163.
- Easter, D.W., & Beach, W. (2004). Competent patient care is dependent upon attending to emphatic opportunities presented during interviews sessions. *Current Surgery*, 61, 313-318.
- Feldman, S.R., Chen, G.H., Hu, J.Y., & Fleischer, A.B. (2002). Effects of a systematic asymmetric discounting on physician-patient interactions: a theoretical framework to explain poor compliance with lifestyle counseling. *BMC Medical Information Decision Making*, 2, 8-16.
- Fiumanò, M. (1999). Il mistero del sintomo. In Sozzi Mancini (Ed.), *Maternità e paternità. Il desiderio e la risposta: riproduzione medicalmente assistita e adozione*. Milano: Guerini.
- Freudenberg, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Ginzburg, C. (1986). *Miti, emblemi, spie: Morfologia e storia*. Torino: Einaudi.
- Guerra, G., & Ancona, L. (1983). Comunicazione e non-comunicazione nell'equipe medica. *Difesa Sociale*, 5, 5-13.
- Imbasciati, A. (2006). Psicologia clinica: presente e futuro. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 33-42. Consultato il 15 maggio 2011 su <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Imbasciati.htm>
- Invitto, S. (2008). *All'origine era ... La nuova storia del generare e dell'essere generato. Dinamiche psicologiche in provetta*. Milano: FrancoAngeli.
- Kahlor, L.A., & Mackert, M. (2009). Perceptions of infertility information and support sources among female patients who access the internet. *Fertility & Sterility*, 91, 83-90.
- Keylor, R., & Apfel, R. (2010). Male infertility: Integrating an old psychoanalytic story with the research literature. *Studies in Gender and Sexuality*, 11, 60-77.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2006). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22, 288-294.
- Manghi, S. (2005). *Il medico, il paziente e l'altro*. Milano: FrancoAngeli.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: Theory, research and practice*. Londra: Sale.
- McDonagh, J.R., Elliott, T.B., Engelberg, R.A., Treece, P.D., Shannon, S.E., Rubinfeld, G.D., Patrick, D.L., & Curtis, J.R. (2004). Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit:

increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Critical Care Medicine*, 32, 1484-1488.

Ministero della Salute, (2008). Decreto dell'11 aprile 2008. Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita. *Gazzetta Ufficiale*, 101, del 30.04.2008.

Myerschough, P.R. (1996). *Come parlare con i pazienti*. Napoli: Idelson.

Newton, C.R., Sherrad, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility related stress. *Fertility & Sterility*, 72, 54-62.

Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P., & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 2049-2056.

Proia, A. (2002). La dinamica della comunicazione tra medico e paziente oncologico. *Recenti Progressi in Medicina*, 93, 108-112.

Rajkhowa, M., McConnell, A., & Thomas, G.E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: A questionnaire study. *Human Reproduction*, 21, 358-363.

Scabini & Rossi, (1999). *Famiglia "generativa" o famiglia "riproduttiva"? il dilemma etico nelle tecnologie di fecondazione assistita: Studi interdisciplinari sulla famiglia*. Milano: Vita e Pensiero.

Schillinger, D. et al., (2003). Physician assessment of patients' comprehension of new information. Does it improve outcomes? *Journal of Clinical Outcomes*, 10, 252-253.

Shorter, (1986). *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*. Milano: Feltrinelli.

Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B.A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationship in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12, 183-190.

Spinsanti, S. (1999). *Chi ha il potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*. Milano: Paoline Editoriale Libri.

Tatarelli, R., Tatarelli, D.P., De Pisa, E., & Girardi, P. (1998). *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*. Milano: FrancoAngeli.

Tomassoni & Solano, (2003). *Una base più sicura. Esperienza di collaborazione tra medici e psicologi*. Milano: FrancoAngeli.

Tomellari, S. (2005). Le sfide del paziente informato: tensioni tra aspettative relazionali paritarie e gerarchiche. In S. Manghi (Ed.), *Il medico, il paziente e l'altro* (pp.35-48). Milano: FrancoAngeli.

Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., van Minnen, A., Kremer, J.A.M., & Kraaimaat, F.W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 181-190.