

Υπογονιμότητα: Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, Συναισθηματική Προσαρμογή και Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία

Ευθυμίου Κωνσταντίνος, Πεοδικάκη Ευρυδίκη

¹Δρ Κλινικής Ψυχολογίας Παν/μίου Αθηνών, Διδάσκων Παν/μίου Αθηνών, Υπεύθυνος Τμήματος Θεραπειών Ενηλίκων του Ινστιτούτου Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

²Ψυχολόγος, MSc - Ψυχοθεραπεύτρια, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Αλληλογραφία: Κωνσταντίνος Ευθυμίου, Καλλέργη 4 151 27 Μελίσσια, Αττική
E-mail: kefthim@psych.uoa.gr, Τηλ: 6974124411

Περίληψη

Σύμφωνα με την Βρετανική αρχή της Ανθρώπινης Γονιμότητας και Εμβρυολογίας εκτιμάται ότι ένα στα έξι ζευγάρια θα αντιμετωπίσουν κατά διάρκεια του βίου τους κάποια μορφή υπογονιμότητας, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει πλέον την υπογονιμότητα στα μείζονα θέματα της παγκόσμιας δημόσιας υγείας.

Η παρούσα ανασκόπηση εστιάζει στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας, στην γνωσιακή νοηματοδότηση αυτής από το άτομο και στην συναισθηματική προσαρμογή κατά τη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και στην πιθανότητα της δια βίου ατεκνίας. Σκοπός της εν λόγω ανασκόπησης είναι η παρουσίαση πρόσφατων επιστημονικών πορισμάτων όσον αφορά στην ψυχολογική παρέμβαση και ειδικότερα στην αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας για την εξάλειψη των συναισθηματικών δυσκολιών που αναπτύσσονται στο άτομο/ζευγάρι που βιώνει υπογονιμότητα.

Τα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τα οφέλη της ομαδικής θεραπείας, την υπεροχή της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας έναντι άλλων μορφών ψυχολογικών προσεγγίσεων, ενώ η σύγχρονη βιβλιογραφία προτείνει την παροχή ψυχολογικής θεραπείας προ ενάρξεως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κατά τη διάρκεια αυτής και κατόπιν των αλληπάλληλων ανεπιτυχών θεραπευτικών κύκλων, προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή ψυχοσυναισθηματική προσαρμογή σε κάθε στάδιο.

Λέξεις κλειδιά: υπογονιμότητα, ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις, γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, συναισθηματική προσαρμογή στη θεραπεία υπογονιμότητας

Εισαγωγή

Για τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δυσκολίες υπογονιμότητας η επιθυμία τεκνοποίησης σηματοδοτεί την έναρξη μιας δυσάρεστης εμπειρίας ζωής που επιβαρύνει ποικιλοτρόπως το συναισθηματικό, κοινωνικό, επαγγελματικό, οργανικό και πνευματικό «ζην» του ζευγαριού^{1,2}. Παρόλο που οι επιπτώσεις δύνανται να είναι μη ορατές στον περίγυρο, στην πραγματικότητα είναι εμβριθείς, εγκαταλείποντας το ζευγάρι σε κρίση, απειλώντας τις βασικές ανάγκες και στόχους του ατόμου και του ζευγαριού, αμφότερα³. Αποτελεί μια κρίση μείζονος σημασίας καθώς θέτει ένα πρόβλημα, που αφενός δύναται να μην επιδέχεται επίλυση, αφετέρου, χριζίζει λύσεων πέραν των συμβατικών μεθόδων επίλυσης προβλήματος⁴. Επιπρόσθετα, η υπογονιμότητα, είναι συχνά παρατεταμένη και ατελής

όπως και στην χρόνια ασθένεια, «απομυζεί» τους υπάρχοντες πόρους του ατόμου, δημιουργώντας ψυχολογική ανισορροπία, η οποία αναδύει συναισθηματικές αντιδράσεις και οδεύει είτε σε προσαρμοστική είτε σε δυσπροσαρμοστική λύση⁵. Η υπογονιμότητα έχει ιεραρχηθεί ως μια από τις πιο αγχογόνες καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου, συγκρινόμενη με το διαζύγιο ή τον θάνατο οικογενειακού μέλους⁶, ακόμα και με σωματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος⁷. Εκτιμάται ότι ένα στα έξι ζευγάρια των δυτικών κοινωνιών αντιμετωπίζει υπογονιμότητα έως ένα βαθμό στη ζωή τους^{8,9} και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κάνει λόγο για αναγνώριση της υπογονιμότητας ως πρόβλημα της παγκόσμιας δημόσιας υγείας¹⁰.

Ψυχολογικές Επιπτώσεις

Η επιθυμία της τεκνοποίησης είναι κοινή παγκοσμίως και τα περισσότερα ζευγάρια σχεδιάζουν μια κοινή ζωή λαμβάνοντας υπόψη και τους απογόνους του⁹. Συνεπώς, η υπογονιμότητα βιώνεται ως μια απροσδόκητη και απρόσδεκτη αλλαγή στη ζωή του ζευγαριού, ως μια προσωπική αποτυχία¹¹, ως μια εμπειρία βαρυσήμαντης απώλειας,^{12, 13} επιφέροντας αποπροσανατολισμό στον αρχικό σχεδιασμό του ζευγαριού¹⁴, αναστάτωση στην γαμήλια σχέση και στους ρόλους του ζευγαριού¹⁵, κρίση στην αυτοεκτίμηση, στην σεξουαλικότητα και στις αξίες του ατόμου¹⁶. Επίσης, κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει την συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και της κατάθλιψης¹⁷. Το άγχος αποτελεί μία επιπρόσθετη επίπτωση, το οποίο εκδηλώνεται μέσω ανησυχίας, νευρικότητας, αδυναμίας συγκέντρωσης και κόπωσης¹⁸. Μεταξύ των συναισθηματικών αντιδράσεων που εμφανίζονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν ακούσια ατεκνία είναι ο θυμός, η θλίψη, η ενοχή, η δυσφορία, ο φθόνος ή ζήλια προς την επιτυχία άλλων^{19,20}, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δύναται να υπάρχει άρνηση²¹ ή καταπίεση των συναισθημάτων του θυμού και του άγχους²². Πρόσφατη μελέτη αναφέρει ότι μια από τις δυσκολότερες καταστάσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες με υπογονιμότητα είναι η διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, όπως η ζήλια ή ο φθόνος, κατά την πληροφόρηση εγκυμοσύνης ή την παρουσία παιδιών από το οικείο περιβάλλον τους²³. Παρόλο που τα περισσότερα υπογόνιμα ζευγάρια δεν εκδηλώνουν δυσφορία κλινικής σημαντικότητας, εκδηλώνεται σε ένα μικρό ποσοστό²⁴. Επιπρόσθετα, η ανεξήγητη υπογονιμότητα αποτελεί και για τα δύο φύλα δυσκολότερη συνθήκη από την ανακοίνωση της διάγνωσης²⁵.

Παρόλο που οι επιπτώσεις στο ζευγάρι είναι σε ανάλογη σχέση με το χρόνο θεραπείας και τον αριθμό αποτυχιών, με την κορύφωση των επιπέδων ανησυχίας να εντοπίζεται μεταξύ του 2ου και 3ου έτους^{17, 18}, στην πραγματικότητα ο ψυχολογικός παράγοντας εμφανίζεται τη στιγμή συνειδητοποίησης της υπογονιμότητας. Αν και δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι την υπογονιμότητα σαν κρίση, η ερευνητική βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η υπογονιμότητα αντιπροσωπεύει μια δύσκολη και οδυνηρή διαδικασία, η οποία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής του ζευγαριού²⁶.

Οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνι-

κής δυσφορίας και κατάθλιψης, αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή, τάση αυτομομφής, θεωρούν την υπογονιμότητα μη αποδεκτή^{23,27,18,28} και βιώνουν εντονότερα τις κοινωνικές συνέπειες, όπως υψηλότερο αίσθημα κοινωνικού στιγματισμού^{29, 30}.

Παρόλο που σε πολλές εθνογραφικές μελέτες, η ακούσια ατεκνία συνοδεύεται από αίσθημα «σπιλωμένης» ταυτότητας ή στίγματος³¹, ασκώντας κυρίαρχο και «δυναστικό» ρόλο στην ζωή των ζευγαριών³², η μητρότητα έχει διαφορετική σημασία για γυναίκες διαφορετικών κοινωνικών τοποθεσιών και υπό διαφόρων προσωπικών συγκυριών^{33,34}, εκ των οποίων μια μικρή μειοψηφία επιλέγει εκούσια ατεκνία. Σχετικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι ο παράγοντας της προσωπικής επιλογής ή βούλησης δεν «εξορκίζει» τον κοινωνικό στιγματισμό^{35,36}.

Η Νοηματοδότηση της Υπογονιμότητας

Σύμφωνα με την Mahlstedt³ η εμπειρία της υπογονιμότητας νοηματοδοτείται ως απώλεια από το άτομο, ενώ αξιολογείται ως η αναφορά σε μια κριτική ανασκόπηση, για τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας και τη θεραπείας αυτής, όπου περιγράφεται μια πολυάριθμη σειρά απωλειών (απώλεια συναισθηματικής σχέσης, απώλεια σχέσεων του κοινωνικού δικτύου, απώλεια υγείας και σεξουαλικής ικανοποίησης, απώλεια status/κύρους, απώλεια αυτοεκτίμησης, απώλεια αυτοπεποίθησης και/ή απώλεια ελέγχου, ελπίδας, προσδοκίας, ασφάλειας)³⁷. Επιπρόσθετα, άλλοι συγγραφείς σημειώνουν ότι η υπογονιμότητα σε ένα πρώτο επίπεδο ερμηνεύεται ως απειλή, ενώ με το πέρας του χρόνου, η επίμονη αποτυχία της σύλληψης εν τέλει, μεταμορφώνει σταδιακά την απειλή σε απώλεια³⁸.

Απώλεια ενός βιολογικού παιδιού

Η πρωταρχική απώλεια που βιώνει το άτομο στην περίπτωση της υπογονιμότητας είναι εμφανώς αυτή του δυνητικού βιολογικού παιδιού και όπως κάθε μορφή απώλειας συσχετίζεται με περεταίρω μορφές απώλειας, συμπεριλαμβανομένων της εμπειρίας της επιτυχούς κύησης, του τοκετού, του θηλασμού· της γενετικής συνέχειας· της αυτοεικόνας ως γόνιμο άτομο· της ευκαιρίας για το επόμενο στάδιο του οικογενειακού κύκλου· της δυνατότητας για τον επερχόμενο ρόλο του παππού/γιαγιάς¹³. Κάποιοι μελετητές υπογραμμίζουν τα κοινά μεταξύ της εμπειρίας

της υπογονιμότητας και της διαδικασίας πένθους^{18,24} ενώ άλλοι σημειώνουν ότι σε αντίθεση με την διαδικασία πένθους, όπου έπεται της φυσικής απώλειας, το προερχόμενο εκ της υπογονιμότητας πένθος δεν ακολουθεί ένα συγκεκριμένο μοτίβο αλληλουχιών, εν αντιθέσει «υπενθυμίζεται» και «προκαλείται» από γεγονότα της καθημερινότητας όπως η γέννηση άλλων παιδιών ή λόγω της περιοδικότητας του εμμηνορροϊκού κύκλου^{39,40}.

Απώλεια σημαντικών σχέσεων

Οι διαθέσιμοι μηχανισμοί του ζευγαριού αποφαίνονται ανεπαρκείς για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και σύντομα στρέφονται σε δυσλειτουργικές στρατηγικές όπως η απομόνωση, η άρνηση, η απόκρυψη, η σύγκρουση και η έμμονη σκέψη επί του φλέγοντος ζητήματος. Ο θυμός των ατόμων με δυσκολία τεκνοποίησης δύναται να στραφεί στον σύντροφο, στον εαυτό τους, σε μέλη της οικογένειας ή φίλους, σε άλλα ζευγάρια με παιδιά, το γατρό τους ή ακόμα και προς την κοινωνία^{41,42,43}.

Τα αυξημένα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων δύναται να είναι απόρροια θυμού ή δυσανασχέτησης προς τον σύντροφο⁴⁴, ενοχής του ίδιου του ατόμου για το πρόβλημα της υπογονιμότητας⁴⁵, ελλιπούς κατανόησης και ενσυναίσθησης από τον σύντροφο ή λόγω ανισομερούς δέσμευσης μεταξύ των δύο συντρόφων ως προς την τεκνοποίηση³.

Το αρνητικό συναίσθημα δύναται να ενισχυθεί από παρελθόντα προβλήματα ή άλλα θέματα, τα οποία αναζωπυρώνονται και επιδεινώνονται κατά την διάρκεια της κρίσης της υπογονιμότητας, καθώς και από ελλιπή ή μη έγκυρη πληροφόρηση για τα αίτια της υπογονιμότητας. Μεγαλύτερη ενοχή βιώνεται από τον μη γόνιμο σύντροφο, ιδιαίτερα, όταν η αιτία του προβλήματος δεν είναι αποσαφηνισμένη, κατά την αποκάλυψη βεβαρυμμένου ιατρικού και σεξουαλικού ιστορικού του/της συντρόφου ή όταν η υπογονιμότητα αποδίδεται σε «θέλημα θεού» ή ερμηνεύεται ως «θεόσταλη τιμωρία» για κάποιο λάθος⁵. Τα ζευγάρια, και ιδιαίτερα οι γυναίκες αποδίδουν την υπογονιμότητα στην παρελθούσα σεξουαλική τους δραστηριότητα, την ενδεχόμενη εμφάνιση σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων ή την επιλογή της άμβλωσης, ενισχύοντας τα επίπεδα άγχους που βιώνουν²³. Επίσης, αίσθημα ενοχής εντοπίζεται και στον γόνιμο σύντροφο, στην περίπτωση που το έκδηλο συναίσθημα της απογοή-

τευσης του/της εντείνει την ενοχή του άλλου συντρόφου, το οποίο και στις δύο περιπτώσεις διαποτίζει την σχέση με σοβαρά προβλήματα. Σύμφωνα με την ψυχολογική εξήγηση που δίδεται από την Mahlstedt³, η ενοχή δύναται να αποτελεί μια μάταιη απάντηση στο αναπάντητο «γιατί;», ενώ υπογραμμίζει ότι αν υφίστατο μια σαφή απάντηση θα υπήρχε λιγότερη δυσφορία, θλίψη και θυμός.

Αξιοσημείωτη όμως είναι και η εμφάνιση θετικών συνεπειών σε περιπτώσεις ζευγαριών, όπου η υπογονιμότητα βιώνεται ως μια κρίση ζωής που έφερε το ζευγάρι πιο κοντά, ενδυναμώνοντας την σχέση τους^{23,46} ενώ και σε προγενέστερες μελέτες αναφέρεται αυξημένη εγγύτητα, αγάπη και συναισθηματική υποστήριξη κατά την κρίσιμη περίοδο της υπογονιμότητας μεταξύ των δύο συντρόφων^{42,47,48,49}.

Απώλεια εικόνας σώματος

Η εικόνα του σώματος αποτελεί τον πυρήνα γύρω από τον οποίο σχηματίζεται η προσωπική ταυτότητα του ατόμου, αντανακλά συναισθήματα της φυσικής ακεραιότητας ή μη του ατόμου και αναπτύσσεται από τις πρώιμες, παιδικές εμπειρίες⁵⁰. Τα υπογόνα άτομα αγωνιούν για την εικόνα του σώματός τους, την σεξουαλική τους επάρκεια ή ακόμα και για το status του γάμου τους, εκφράζοντας φόβο εγκατάλειψης ή χωρισμού^{3,42,50,51}. Η αποκάλυψη μιας σωματικής αδυναμίας, τρόπον που ερμηνεύεται η υπογονιμότητα, απειλεί την εικόνα σώματος του ατόμου, ενώ ανεξάρτητα από τις αιτίες, τα άτομα πιστεύουν ότι το σώμα τους είναι «κατεστραμμένο, ελαττωματικό, μη οικείο, άσχημο»⁴³ ή ακόμα ότι φέρουν μια ασθένεια³.

Οι γυναίκες νιώθουν θυμό προς το σώμα τους λόγω αδυναμίας ελέγχου. Για ένα άτομο, συναισθηματικά και οργανικά υγιές, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, οι οργανικές παρενέργειες που ενδέχεται να επιφέρει η θεραπεία και το ενδεχόμενο μιας επέμβασης έρχονται σε αντίθεση με μια ασθένεια που δεν είναι αντιληπτή και συνεπώς λιγότερη κατανοητή.

Κάποιοι αναφέρουν μηνιαίους κύκλους άγχους και αναμονής που περιστρέφονται γύρω από την ωορρηξία, όπου στην περίπτωση μη επίτευξης της εγκυμοσύνης έπεται κατάθλιψη και απογοήτευση^{3,49,50,52}. Η τακτική εναλλαγή των συναισθημάτων σε μηνιαία βάση έχει χαρακτηριστεί ως ένα «roller-coaster» ελπίδας και απελπισίας⁴⁹.

Απώλεια σεξουαλικής ικανοποίησης

Επιπρόσθετα, η ικανότητα κυοφορίας και η δημιουργία ζωής συνδέεται με το «απάνθισμα» της σεξουαλικής ικανότητας, συνεπώς, τα υπογονίμα ζευγάρια μεταδίδουν την αποτυχία της σύλληψης στην σεξουαλική τους ταυτότητα. Πληθώρα άρθρων αναφέρει ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση δεν περιορίζεται στις αναπαραγωγικές λειτουργίες του ατόμου, αλλά επεκτείνεται «στην σεξουαλική λειτουργία και επίδοση του ατόμου, στην σεξουαλική και εξωτερική ελκυστικότητα που εκπέμπει»⁴².

Τα ζευγάρια συχνά αναφέρουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, ικανοποίηση και αυθορμητισμό, καθώς παραβιάζεται η ιδιωτική τους ζωή και παρεμβαίνει στην σεξουαλική τους ζωή ο θεράπων ιατρός, ο προγραμματισμός, οι «ασκήσεις για το σπίτι»^{3,11,50}. Προσδίδεται μια χρησιμοθηρική διάσταση στις επαφές του ζευγαριού, οι σεξουαλικές συνενυερέσεις είναι κατάφορες από οδύνη και άγχος, αντί ευχαρίστησης, λόγω αποτυχίας στην σύλληψη⁵³. Ως εκ τούτου άλλη μια μορφή απώλειας «εγκυμονεί» στην σεξουαλική λειτουργία του ατόμου, που δύναται να οδηγήσει και σε πιο σοβαρές μορφές σεξουαλικής δυσλειτουργίας (διαταραχές εκσπερμάτισης/ οργασμού/ λίμπιντο, κολεόσπασμο)⁴³ ή/και σεξουαλικής αποχής, προκειμένου τα ζευγάρια να προστατευθούν από την επιβεβαίωση μιας πρόσθετης αποτυχίας³.

Απώλεια αυτοεκτίμησης και αυτό-εικόνας

Η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου τροφοδοτείται από προσωπικές, ακαδημαϊκές, επαγγελματικές επιτυχίες καθώς και από την εικόνα που έχουν διαμορφώσει οι άλλοι για αυτό³. Μια μελέτη με ερευνητικό ενδιαφέρον στους λόγους που κινητοποιούσε τους ανθρώπους να θέλουν να τεκνοποιήσουν κατέληξε στα εξής δύο πορίσματα: α) ήταν κάτι που ανέκαθεν επιθυμούσαν β) τα παιδιά αποτελούν ένα μέσο αναγνώρισης και επικοινωνίας με σημαντικά άλλα άτομα⁵⁴. Μεταγενέστερη έρευνα κατέληξε συνοψίζοντας τους κάτωθι λόγους: α) τα παιδιά αποτελούν προέκταση του εαυτού ή προσωπικής ολοκλήρωσης και ικανοποίησης β) ενισχύουν την ταυτότητα τους γ) επιθυμούν την παρέα που θα τους παρέχουν δ) επιθυμούν να φροντίσουν, να κινητοποιήσουν και να τα βοηθήσουν να γίνουν ευτυχισμένοι, ώριμοι ενήλικες ε) επιθυμούν να προσφέρουν στα παιδιά τους αυτά που οι ίδιοι δεν είχαν στ) αποτελεί κοινωνική απαίτηση⁵⁵.

Τα υπογονίμα ζευγάρια αισθάνονται μη φυσιολογικά και μη αποδεκτά από τους άλλους, το οποίο κλονίζει την πεποίθηση της αυτοαξίας. Επίσης, σε άλλες μελέτες είναι καταγεγραμμένη και η αμφισβήτηση της ταυτότητας φύλου (gender)^{41, 42, 49, 50}, ο ρόλος επίδοσης και ρόλος προσδοκιών⁵², η ταυτότητα ως σύντροφος ή γονιός³ ενώ έχει αναφερθεί και η δυσκολία ενσωμάτωσης της υπογονιμότητας στην αυτό-εικόνα τους⁵⁶. Συμπερασματικά, η υπογονιμότητα από τη στιγμή που θέτει την ταυτότητα του ατόμου υπό αμφισβήτηση παύει να αποτελεί μια ιατρική κατάσταση αλλά μια κατάσταση αυτό-προσδιορισμού του ατόμου⁵⁷.

Απώλεια ασφάλειας (επαγγελματική, οικονομική, κοινωνική ή πολιτισμική)

Το σύνολο των προαναφερθεισών απωλειών (μιας σημαντικής σχέσης, της αυτοεκτίμησης, της θετικής εικόνας σώματος και αυτοπεποίθησης), συμβάλλουν στην ανάπτυξη του αισθήματος της ανασφάλειας και αστάθειας. Καθώς η υπογονιμότητα επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής ενός ζευγαριού, δεν απέχει από την επαγγελματική δραστηριότητα του ατόμου. Η εργασιακή απόδοση, οι συναδελφικές σχέσεις, η ικανότητα συγκέντρωσης, οι αποφάσεις δραστηριοποίησης, παραίτησης ή αλλαγής εργασίας, η αποδοχή μιας προαγωγής, είναι ενδεικτικά κάποιου από τους τομείς που επιβαρύνονται κατά την διάρκεια της θεραπείας στην οποία υποβάλλεται το ζευγάρι.

Τα ζευγάρια ενδέχεται να βιώσουν οικονομική ανασφάλεια λόγω του οικονομικού φόρτου των αλληπάλλληλων ιατρικών συναντήσεων, των επεμβάσεων και της φαρμακευτικής αγωγής. Περεταίρω, η απώλεια ασφάλειας αφορά στη δικαιοσύνη και στη μη προβλεψιμότητα της ζωής⁵⁸, αναζητώντας τους λόγους που τους «καταδίκασαν σε υπογονιμότητα» και τις συμπεριφορές πρόληψης που θα μπορούσαν ενδεχομένως να το είχαν αναιρέσει. Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται κλονισμός και αμφισβήτηση ακόμα και των θρησκευτικών πεποιθήσεων, που μέχρι τότε αποτελούσαν ακρογωνιαίο λίθο στην ζωή τους. Μέσω της ίδιας εσωτερικής διαδικασίας θα μπορούσαν να κατανοηθούν και τα πορίσματα περεταίρω μελετών που κάνουν λόγο για αλλαγές που επέρχονται ακόμα στην κοσμοθεωρία των ατόμων με υπογονιμότητα^{11, 49, 51, 56}, αναφερόμενοι σε μια «αναθεώρηση της πραγματικότητας», συμπεριλαμβανομένων της σημασίας του γάμου, του

γονεϊκού ρόλου, ακόμα και την ίδια τους την ύπαρξη. Σε ένα άρθρο τέθηκε υπό αμφισβήτηση η ύπαρξη της υπογονιμότητας γενικότερα στον κόσμο⁵¹.

Απώλεια εκπλήρωσης μιας σημαντικής φαντασίωσης

Οι έρευνες αποδεικνύουν ότι παρόλο που η έμφαση δίδεται στην επιθυμία των ανθρώπων να αποκτήσουν παιδιά, οι υποβόσκουσες αιτίες σχετίζονται με την φύση της ενήλικής ζωής. Η εμπειρία της μητρότητας και της πατρότητας στις περισσότερες κοινωνίες αποτελεί ένα κεντρικό αναπτυξιακό ορόσημο, σηματοδοτώντας την ανάπτυξη, την ενηλικίωση και την δυνατότητα του ατόμου να είναι σαν τους άλλους. Τα άτομα δίχως την εμπειρία της τεκνοποίησης, φέρουν την πεποίθηση αδυναμίας διέλευσης του μοναδικού ψυχολογικού «κατωφλίου» προς την ενηλικίωση, την απώλεια δηλαδή της ιδεατής, ενήλικης αυτό-εικόνας⁵⁷.

Απώλεια μιας συμβολικής αξίας

Η Mahlestedt³ κάνει λόγο για το άτεκνο ζευγάρι που ποθεί ένα παιδί το οποίο δεν πρόκειται να έλθει και θρηνεί ένα παιδί που ποτέ δεν υπήρξε. Η απώλεια του παιδιού που βιώνεται από το άτεκνο ζευγάρι, είναι σαν να είχε γεννηθεί, ζήσει και τελικά να απεβίωσε. Η θλίψη που απορρέει από την υπογονιμότητα είναι παρόμοια της θλίψης που προκαλεί ο φυσικός θάνατος ενός παιδιού, ενώ διαφοροποιείται μόνο στην απουσία του σταδίου της κήδευσης. Σε κάποια ζευγάρια η συμβολική απώλεια θα τους ακολουθεί δια βίου. Η απώλεια αυτή δεν απτή και σαφώς ξεκάθαρη στην οικογένεια και τους φίλους του ζευγαριού, δεν υπάρχει η αίσθηση μιας λήξης όπως σε ένα διαζύγιο ή στον θάνατο, το οποίο δυσκολεύει την έκφραση ειλικρινούς συμπόνιας από την πλευρά τους. Η υπογονιμότητα έχει χαρακτηριστεί ως ένα μοντέλο «χρόνιας θλίψης»⁵⁹ και ως μια απώλεια δίχως το κοινωνικά αποδεκτό δικαίωμα πένθους⁶⁰.

Συναισθηματική προσαρμογή κατά την θεραπευτική διαδικασία

Το άγχος κατά την θεραπεία υπογονιμότητας έχει χαρακτηριστεί πολύ-παραγοντικό²⁵. Υπάρχει σύμπτωση απόψεων μεταξύ των κλινικών ερευνών, όσον αφορά τις πηγές της συναισθηματικής δυσφορίας του ζευγαριού, όπως είναι το χρόνιο στρες παραγόμενο υπό την απειλή της

υπογονιμότητας και η απώλεια ελπίδας^{61,62}, η μακρόχρονη θεραπευτική διαδικασία⁶³ αλλά και η καθυστερημένη συμμετοχή στην θεραπεία^{61,62}. Πολλές μελέτες τονίζουν ότι οι θεραπείες υποβοηθούμενης γονιμοποίησης, ιδιαίτερα αυτή της μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης, αποτελούν πηγή άγχους για το ζευγάρι^{64,65}, το οποίο επενδύει συναισθηματικά σε πολύ σημαντικό βαθμό σε αυτές τις μεθόδους θεραπείας⁶³, συχνά φέροντας πολύ αισιόδοξες και μη ρεαλιστικές προσδοκίες⁶⁶.

Επιπρόσθετα, η θεραπευτική επιλογή της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης δύναται να αποτελεί πηγή άγχους καθώς σε κάποιες περιπτώσεις θεωρείται ως κοινωνικά στιγματισμένη^{67,68} ενώ για κάποια ζευγάρια αποτελεί το «τέλος της γραμμής»⁶¹. Η συναισθηματική δυσφορία κορυφώνεται κατά την ωορρηξία²⁶, την αναμονή των αποτελεσμάτων της θεραπείας²⁶, στην περίπτωση αρνητικών αποτελεσμάτων^{25,26,69}, κατόπιν αποβολής²⁶, στο μεσοδιάστημα των προσπαθειών²⁶ και στους θεραπευτικούς κύκλους που ακολουθούν την πρώτη άκαρπη προσπάθεια^{25,64}. Οι ανεπιτυχείς προσπάθειες υποβοηθούμενης γονιμοποίησης συνδέονται στενά με κατάθλιψη, άγχος, θυμό, αβοηθητικότητα, τεταμένες σχέσεις, θρήνο και απομόνωση^{20,24,25,70}.

Λόγω παρουσίας ψυχολογικών παραγόντων κατά την θεραπευτική παρέμβαση, οι εξειδικευμένοι επιστήμονες του κλάδου απαιτείται να συνδυάζουν ιατρικού και ψυχολογικού τύπου δεξιότητες⁷¹, ενώ η βιβλιογραφία προτείνει παράλληλη ψυχολογική υποστήριξη κατά την περίοδο της θεραπείας, για όσα άτομα/ζευγάρια το επιθυμούν⁷². Επιπρόσθετα, τα ερευνητικά πορίσματα που αναφέρουν μεγαλύτερες πιθανότητες σύλληψης σε γυναίκες με χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας ενισχύουν την προαναφερθείσα άποψη^{17,25,63,73}. Επιπλέον, υπήρξε συμφωνία από τις συμμετέχουσες κλινικών ερευνών που είχαν υποβληθεί σε σχετική θεραπεία υπογονιμότητας, ότι η αντιμετώπιση των συναισθηματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων ήταν δυσμενέστερη από την αντιμετώπιση των κοινών οργανικών παρενεργειών (π.χ. πόνος, κόπωση, κεφαλαλγία, ναυτία, αύξηση βάρους κτλ)^{23,74}. Περαιτέρω μελέτες αναφέρονται στην αναμενόμενη κάλυψη των ψυχοκοινωνικών πτυχών της υπογονιμότητας κατά την θεραπευτική διαδικασία, που όμως δεν ικανοποιείται, προς απογοήτευση των θεραπευόμενων^{23,65,75}. Η ανάγκη αυτή επιβε-

βαιώνεται σε μελέτη, όπου τα ζευγάρια κατέθεσαν την ανάγκη ενημέρωσης και για τις συναισθηματικές εκφάνσεις του προβλήματος του⁶³. Οι Bombadieri και Clapp⁷⁶ προτείνουν δύο είδη παρεμβάσεων, για την καλύτερη αντιμετώπιση της δοκιμασίας της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης από το ζευγάρι: την ψυχοκοινωνική θεραπεία (υποστηρικτική και θεραπευτική, ατομικής ή ομαδικής μορφής) και την εμπεριστατωμένη ενημέρωση. Το πόρισμα σχετικής ανασκόπησης έδειξε ότι οι ασθενείς θεωρούν την ψυχοκοινωνική θεραπεία ωφέλιμη, ιδιαίτερος μεταξύ των γυναικών, ενώ ανέφεραν ότι θα έκαναν χρήση τέτοιων υπηρεσιών αν παρέχονταν κατά την διάρκεια της θεραπείας⁷⁷.

Πρόσφατες μελέτες κατέληξαν στο ότι η πλειοψηφία των γυναικών προσαρμόζεται ικανοποιητικώς στην εισαγωγή της εξωσωματικής γονιμοποίησης και την ανεπιτυχή έκβαση αυτής. Μια σημαντική μειοψηφία (~15%) όμως επέδειξε κλινικά επίπεδα κατάθλιψης ή/και άγχους^{25,70}. Στην περίπτωση της θετικής έκβασης υπήρχε άμεση εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων, επιβεβαιώνοντας μια από τις αρχικές υποθέσεις των μελετητών, ότι το παραγόμενο εκ της θεραπείας στρες είναι συνδεδεμένο με την απειλή της ενδεχόμενης αποτυχίας και επίσης, η καθυστερημένη θεραπευτική παρέμβαση δεν ενοχοποιείται για μακρόχρονες συναισθηματικές δυσκολίες. Μια πιθανή εξήγηση που δίδεται είναι ότι οι γυναίκες που επιλέγουν την εξωσωματική γονιμοποίηση ουσιαστικά νιώθουν ότι γίνεται το πρώτο βήμα προς της επίλυση του προβλήματος και προς την ανάκτηση του ελέγχου για την υλοποίηση ενός σημαντικού στόχου, αποκαθιστώντας έτσι την συναισθηματική δυσλειτουργία. Συνεπώς, η ψυχολογική υποστήριξη θα πρέπει να είναι εστιασμένη στην αποδοχή του προβλήματος της υπογονιμότητας και στην λειτουργική προσαρμογή όσον αφορά στην πιθανότητα αρνητικής έκβασης της θεραπείας, αντί στην προσαρμογή της καθυστερημένης θεραπείας. Προτείνεται τα ζευγάρια να λαμβάνουν γνώση για το ενδεχόμενο υψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που αναπτύσσονται μετά τον ανεπιτυχή κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης^{74,78}, καθώς και ενημέρωση που θα συμβάλλει στην φυσιολογικοποίηση αυτών των συναισθημάτων^{69,74}.

Συναισθηματική προσαρμογή στην δια βίου ατεκνία

Εν αντιθέσει με την πληθώρα ερευνών που υπάρχει όσον

αφορά την συναισθηματική προσαρμογή στην εξωσωματική γονιμοποίηση, το ερευνητικό ενδιαφέρον ως προς την πρόβλεψη των συναισθηματικών αντιδράσεων στην εν τέλει ανεπιτυχή θεραπεία δεν είναι εξίσου εκτενές. Στην περίπτωση της μη αναστρέψιμης υπογονιμότητας και συνεπώς στην δια βίου ατεκνία, η εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων δεν επέρχεται με την απόφαση της θεραπευτικής λήξης, καθώς δύναται να «ανοίξει τον ασκό του Αιόλου», αποτελώντας την απαρχή μιας υπαρκτής φύσεως κρίση, με σοβαρές συναισθηματικές αντιδράσεις⁷⁹. Η επίμονη τάση σε θεραπευτικές εναλλαγές φαίνεται να έχει αρνητική επίπτωση στην προσαρμογή και αποδοχή της ατεκνίας, καθώς η διαρκής αβεβαιότητα οδηγεί σε αίσθημα παντελούς έλλειψης ελέγχου⁸⁰.

Η επίλυση της κρίσης αυτής αποτελεί μια συναισθηματικού τύπου «αποστολή». Έχει αποδειχθεί ότι η θετική προσαρμογή στην δια βίου ατεκνία σχετίζεται με την διακοπή των θεραπειών και την έμφαση σε νέους, μελλοντικούς στόχους ζωής^{80,81,82}. Στα δια βίου άτεκνα ζευγάρια απαιτείται αλλαγή «πλευσής», από μια δραστήρια, θεραπευτικά κατευθυνόμενη στάση, σε μια νέα, «γνωσιακής» φύσεως στάση, αναθεώρησης και αναπροσαρμογής της έννοιας της υπογονιμότητας, το οποίο βρίσκεται σε συμφωνία με άλλες μελέτες γνωσιακής προσαρμογής που εστιάζουν σε ποικίλα, χρόνια, ανεξέλεγκτα και απειλητικά προβλήματα υγείας⁸³. Η υιοθεσία αποδείχτηκε ότι συμβάλλει θετικά στην ζωή των ζευγαριών που δεν έτυχαν θεραπευτικής επιτυχίας⁶⁶.

Πολλά υπογόνιμα ζευγάρια αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι αφενός υπάρχει μια ξεκάθαρη οδός προς την υποβοηθούμενη γονιμοποίηση, από λιγότερο έως περισσότερο παρεμβατικές μεθόδους, αφετέρου δεν υπάρχει ξεκάθαρη έξοδος από αυτή^{60,81,84}. Η ερευνητική βιβλιογραφία αναφέρει την ψυχολογική δυσφορία ως κύρια αιτία διακοπής της θεραπείας, ενώ οι οικονομικοί και ιατρικοί λόγοι αποτελούν δευτερεύουσες αιτίες^{26,81,73} υπερθεματίζοντας την ανάγκη να συμπεριλαμβάνεται στην συμβουλευτική των ζευγαριών και ένα πλάνο λήξης της θεραπείας²³.

Εκτιμάται ότι ο χρόνος «ανάρρωσης» που απαιτείται μετά την λήξη της θεραπείας είναι 2-3 χρόνια^{75,84} ενώ άλλοι συγγραφείς κάνουν λόγο για μακροχρόνιες επιπτώσεις στις προσωπικές και υπαρκτικές θεωρήσεις του ζευγαριού, ακόμα και στην περίπτωση επιτυχούς θεραπευτικής έκβασης ή υιοθεσίας⁷⁴.

Αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Προσέγγισης

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί μια δομημένη, βραχεία και προσανατολισμένη στο παρόν ψυχοθεραπεία, με στόχο την επίλυση των τρεχόντων προβλημάτων και την τροποποίηση του δυσλειτουργικού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς⁸⁵. Αποτελεί ένα σύστημα ψυχοθεραπείας το οποίο βασίζεται σε μια ολοκληρωμένη θεωρία για την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία σε συνδυασμό με σημαντικές εμπειρικές αποδείξεις και ένα ευρύ πεδίο εφαρμογών⁸⁶. Εν συντομία, το γνωσιακό συμπεριφοριστικό μοντέλο υποστηρίζει ότι οι διαστρεβλωμένες ή δυσλειτουργικές σκέψεις, οι οποίες επηρεάζουν τη διάθεση και τη συμπεριφορά του ατόμου, αποτελούν κοινή βάση σε όλα τα ψυχολογικά προβλήματα, ενώ η ρεαλιστική αξιολόγηση και τροποποίηση των σκέψεων αυτών έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της διάθεσης και της συμπεριφοράς. Η σταθερή βελτίωση του ατόμου προκύπτει από την τροποποίηση και αντικατάσταση των υποκειμενικών δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων του ατόμου.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία λαμβάνει αυξανόμενη, επιστημονικώς τεκμηριωμένη υποστήριξη στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας⁸⁷. Ειδικότερα, παρόλο που η εφαρμογή της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας σε θέματα υγείας των γυναικών αποτελεί ακόμα πιο πρόσφατο εγχείρημα, ερευνητικά πορίσματα επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά αυτής όσον αφορά την μείωση σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων αμφότερα, σε περιπτώσεις όπως το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο⁸⁸, το σύνδρομο της εμμηνόπαυσης⁸⁹, ο καρκίνος των ωοθηκών⁹⁰ και ο καρκίνος μαστού⁹¹. Όσον αφορά στον τομέα της υπογονιμότητας, έχει αναπτυχθεί πληθώρα ψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων, όπου μόνο ένας μικρός αριθμός τυγχάνει επιστημονικής τεκμηρίωσης⁹².

Οι Domar και συνεργάτες⁹³, διερεύνησαν την χρησιμότητα της ομαδικής ψυχολογικής παρέμβασης σε γυναίκες με υπογονιμότητα, παρέχοντας υποστηρικτική ή/και γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, με την μορφή 10-δύωρων συνεδριών, οι οποίες διεξάγονταν σε εβδομαδιαία βάση. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα της ομαδικής ψυχολογικής παρέμβασης, συγκεκριμένα των υποστηρικτικών ομάδων σε συνδυασμό με τεχνικές

χαλάρωσης, γνωσιακή αναδόμηση και συναισθηματική αυτοδιαχείριση, στην μείωση των συναισθημάτων δυσφορίας, με τις συμμετέχουσες της ομάδας γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου να επιδεικνύουν τα υψηλότερα επίπεδα βελτίωσης. Επίσης, η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία λαμβάνει αυξανόμενη αποδοχή για την αποτελεσματικότητά στην θεραπεία της κατάθλιψης, εν συγκρίσει άλλων ειδών θεραπείας, ιδιαίτερα στην περίπτωση γυναικών με υπογονιμότητα⁹⁴. Σε μια πρόσφατη κριτική ανασκόπηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην υπογονιμότητα, η ομαδική θεραπεία συμβουλευτικού/υποστηρικτικού χαρακτήρα αξιολογήθηκε ως πιο αποτελεσματική για την βελτίωση των δεξιοτήτων διαχείρισης και επίλυσης προβλήματος, ενώ η βραχύχρονη ψυχοκοινωνική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία (λιγότερες από 10 συνεδρίες), ήταν σαφώς πιο αποτελεσματική προσέγγιση όσον αφορά στην μείωση των αρνητικών συναισθημάτων⁹⁵. Προγενέστερη ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις με έμφαση στην εκπαίδευση και στην εκμάθηση δεξιοτήτων (π.χ. τεχνικές χαλάρωσης) ήταν περισσότερο αποτελεσματικές στην δημιουργία θετικών αλλαγών, εν συγκρίσει των ομαδικών παρεμβάσεων που εστίαζαν στην συναισθηματική έκφραση και υποστήριξη ή/και ανάλυση σκέψεων και συναισθημάτων σχετικά με την υπογονιμότητα⁹². Τα ωφέλιμα στοιχεία της ομαδικής θεραπείας απορρέουν από την δυνατότητα επικοινωνίας κοινών εμπειριών, την φυσιολογικοποίηση των προβλημάτων και των αρνητικών συναισθημάτων και την ανταλλαγή πληροφοριών όσον αφορά στις στρατηγικές αντιμετώπισης^{60,92}.

Σε πρόσφατη μελέτη⁹⁶ συγκρίθηκε η φαρμακευτική αγωγή (φλουοξετίνη) με την Γνωσιακή/Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία και τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η Γνωσιακή/Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία δεν αποτελεί μόνο μια αξιόπιστη εναλλακτική έναντι της φαρμακοθεραπείας, αλλά και ότι υπερέχει στην απομείωση ή εξάλειψη της καταθλιπτικής ή αγχώδους συμπτωματολογίας σε γυναίκες με υπογονιμότητα, εν συγκρίσει της φλουοξετίνης. Επιβεβαιωτικά ήταν και τα πορίσματα προγενέστερης έρευνας για την συμβολή της Γνωσιακής/Συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας στην μείωση των επιπέδων δυσφορίας, σε γυναίκες που ανέμεναν να υποβληθούν σε

εξωσωματική γονιμοποίηση⁶⁵.

Ο Schmidt και οι συνεργάτες του⁹⁷ υπογραμμίζουν την σημασία των γνωσιακών διαδικασιών για την «αναδόμηση» της αντίληψης της υπογονιμότητας. Η παροχή ψυχολογικής θεραπείας στο ζευγάρι, ανεξαρτήτως του ποιος εκ των δύο συντρόφων φέρει την δυσκολία της υπογονιμότητας ή έχει υποβληθεί σε θεραπεία, δύναται να βοηθήσει στην φυσιολογικοποίηση των συναισθημάτων, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης και επίλυσης προβλήματος και στην αξιολόγηση των προσδοκιών για το μέλλον⁹⁸.

Εν κατακλείδι, η βιβλιογραφία με ερευνητικό ενδιαφέρον στις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, προτείνει την υλοποίηση της ψυχολογικής παρέμβασης πριν την έναρξη της θεραπείας προκειμένου να «εφοδιαστούν» οι θεραπευόμενες με τις απαραίτητες δεξιότητες για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και των ιατρικών διαδικασιών²⁶, καθώς σημαντική είναι και η διασφάλιση παροχής ψυχολογικής υποστήριξης κατά την διάρκεια της θεραπείας, ιδιαίτερα στα άκρως αγχογόνα στάδια (π.χ. χρόνος ωορρηξίας, αναμονή αποτελεσμάτων). Τέλος, σημαντική ψυχοκοινωνική πρόνοια αποτελεί και η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μετά από πολλαπλούς ανεπιτυχείς θεραπευτικούς κύκλους, προκειμένου τα ζευγάρια να συμφιλιωθούν και να αποδεχτούν την ακούσια απεκνία⁸².

Infertility: Psychoemotional Impact, Emotional Adjustment to Fertility Treatment and Cognitive Behavioral Therapy

Efthimiou, K., Perdikari, Ev.

Adult's Therapy Unit, Institute of Behaviour Research and Therapy

Correspondence: Konstantinos Efthimiou, PhD
Head of Adult's Therapy Unit, Institute of Behaviour Research and Therapys
Gladstonos Str. 10, Athens, GR-106 77 Greece,
Tel: : +30 210 3840129, Fax: +30 210 3840803,
E-mail: kefthim@psych.uoa.gr

Summary

According to the British Human Fertilization and Embryology Authority, it is estimated that one in six couples will have to deal with some kind of infertility during lifetime, while World Health Organization considers infertility as one of the major problems of world public health.

The present review focuses on the psychosocial impact of infertility, its cognitive meaning and the emotional adjustment problems during treatment for assisted conception, as well as the likelihood of lifelong childlessness. This review aims at presenting recent empirical data as far as psychological interventions are concerned and especially, the effectiveness of cognitive behavioral therapy in diminishing emotional difficulties associated to infertility. Empirical data supports the benefits of cognitive behavioral therapy, its superiority compared to other psychotherapeutic interventions, while contemporary references recommend the need of psychological therapy prior to fertility treatment, during treatment and after consecutive unsuccessful treatment cycles in order to obtain psychoemotional adjustment at every therapeutic stage.

Key words: infertility, psychoemotional impact, cognitive behavioral therapy, emotional adjustment to fertility treatment

Βιβλιογραφία

- 1) Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive Health and Human Rights: integrating medicine, ethics and law. Oxford: Clarendon Press, 2003.
- 2) World Health Organisation (WHO). Gender and Genetics, 2009. <http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>
- 3) Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. Fertil Steril 1985; 43: 335-346.
- 4) Menning B. Infertility: A guide for the childless couple. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
- 5) Frank DI. Counselling the infertile couple. Journal Psychosoc Nurs 1984; 22: 17-23.
- 6) Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment - short term impact on psychological well-being and the marital relationship. Hum Reprod 2006; 21: 3295-3302.
- 7) Domar AD, Zuttermeister P, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. J Psychosom Obstet Gynaecol 1993; 14: 45-52.
- 8) Human Fertility and Embryology Authority (HFEA). Infertility - the real issues. Parliamentary Briefing Newsletter. London: Human Fertilisation and Embryology Authority, 2005. [http://www.hfea.gov.uk/docs/Infertility_Final_\(2\).pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/Infertility_Final_(2).pdf)
- 9) Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod 2007; 22: 1506-1512.
- 10) Fathalla MF. Current challenges in assisted reproduction. In: Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD (eds) Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. World Health Organization, Geneva, 2002, pp. 3-12.
- 11) Matthews R, Matthews AM. Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. J Marriage Fam 1986; 48: 641-649.
- 12) Burns LH. Infertility as boundary ambiguity: One theoretical perspective. Fam Process 1987; 26: 359-372.
- 13) Conway P, Valentine D. Reproductive Losses and Grieving. In: Valentine D, eds. Infertility and Adoption: A Guide for Social Work Practice. New York: Haworth Press, 1988.
- 14) Butler R, Koraleski S. Infertility: A Crisis with no Resolution. J Mental Health Couns 1990; 12: 151-163.
- 15) Forrest L, Gilbert LG. Infertility: an unanticipated and prolonged life crisis. J Ment Health Couns 1992; 14: 42-58.
- 16) Cook EP. Characteristics of the biopsychosocial crisis of infertility. J Couns Dev 1987; 65: 465-470.
- 17) Domar AD, Clapp D, Slawsky E, Dusek J, Kessel B, Freizenger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. Fertil Steril 2000; 73: 805-811.

- 18) Peterson BD, Gold L, Feingold T. The experience and influence of infertility: considerations for couple counsellors. *Fam J* 2007; 15: 251-257.
- 19) Dhillon R, Cumming C, Cumming D. Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertil Steril* 2000; 74: 702-706.
- 20) Monach J. Psychological aspects of infertility. Bristol: British Fertility Society, 2005. <http://www.britishtfertilitysociety.org.uk/public/factsheets/docs/BFS-psychosocial%20aspects%20of%20infertility.pdf>
- 21) Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H et. al. Stress of female infertility: relations to length of treatment. *Gynecol Obstet Inv* 1997; 43: 171-177.
- 22) Facchinetti F, Demyttenaere K, Fiorono L, Neri I, Genazzani AR. Psychosomatic disorders related to gynaecology. *Psychother Psychosom* 1992; 58:137-154.
- 23) Cosineau TM, Domar AM. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21: 293-308.
- 24) Burns LH. Psychiatric effects of infertility and infertility treatments. *Psychiatr Clin North Am* 2007; 30: 689-716.
- 25) Verhaak CM, Smeenk JMJ, Nahuis MJ, Kremer JAM, Braat DDM. Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Hum Reprod* 2007; 22: 305-308.
- 26) Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GHW, Braat DDM, Brewaeys AMA, Dolfin JG et.al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Hum Reprod* 2003; 18: 1536-1543.
- 27) Repokari L, Punamäki RL, Unlika-Kallio L, Vilksa S, Poikkeus P, Sinkkonen J et. al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod* 2007; 22: 1481-1491.
- 28) Peterson, BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred to IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod* 2006; 21: 2443-2449.
- 29) Greil AL. Infertility and Psychological Distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1997; 45 : 1679-1704.
- 30) Slade, P, O'Neill CO, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod* 2007; 22: 2309-2317.
- 31) Greil AL. A secret stigma: The analogy between infertility and chronic illness and disability. *Adv Med Soc* 1991; 2:17-38.
- 32) Remennick L. Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women. *Sex Roles* 2000; 43: 821-843.
- 33) Arendell T. Conceiving and investigating motherhood: The decade's scholarship. *J Marriage Fam* 2000; 62: 1192-1207.
- 34) Groat HT, Giordano PC, Cernkovich SA, Pugh MD, Swinford SP. Attitudes toward childbearing among young parents. *J Marriage Fam* 1997; 59: 568-581.
- 35) Hays S. The cultural contradictions of motherhood. New Haven: Yale University Press, 1996.
- 36) Somers MD. A comparison of voluntarily childfree adults and parents. *J Marriage Fam* 1993, 55: 643-650.
- 37) Baor L, Blickstein I. The journey from infertility to parenting multiples: a dream come true. *Int J Fertil* 2005; 50:129-134.
- 38) Lazarus RS, Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- 39) Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod* 2007; 22: 598-604.
- 40) McCarthy P. Women's lived experiences of infertility after unsuccessful medical intervention. *J Midwifery Womens Health* 2008; 53: 319-324.
- 41) Daniels KR, Gunby J, Legge M, Williams TH, Wynn-Williams DB. Issues and problems for the infertile couple. *NZ Med J* 1984; 97: 185-187.
- 42) Mazor MD. Emotional reactions to infertility. In: Mazor MD, Simons HF, eds. *Infertility: Medical, emotional and social considerations*. New York: Human Sciences Press, 1984.
- 43) Spencer L. Male infertility: Psychological correlates. *Postgraduate Med* 1987; 81:223-228.
- 44) Attwood JD, Dobkins S. Storm clouds are coming. Ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. *Contemp Fam Ther* 1992; 14: 385-403.
- 45) Cooper-Hilbert B. Helping couples through the crisis of infertility. *Clinical Update: The American Association for Marriage and Family Therapy* 2001; 3: 1-6.
- 46) Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Hum Fertil* 2009; 12: 14-20.
- 47) Fleming J, Burry K. Coping with infertility. In Valentine D, eds. *Infertility and adoption: A guide for social work practice*. New York: Haworth, 1988:37-41.
- 48) Daniluk JC. Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil Steril* 1988; 49: 982-990.
- 49) Honea-Fleming P. Psychological components in obstetric/gynaecologic conditions with a special consideration of infertility. *Ala J Med Sci* 1986; 23: 27-30.
- 50) Kraft AD, Palombo J, Mitchell D, Dean C, Meyers S, Schmidt A. The psychological dimensions of infertility. *Am J Orthopsychiat* 1980; 50: 618-627.
- 51) Woollett A. Childlessness: Strategies for coping with infertility. *Int J Beh Dev* 1985, 8: 473-482.
- 52) Valentine DP. Psychological impact of infertility: Identifying issues and needs. *Soc Work Health Care* 1986; 11: 61-69.
- 53) Cooper-Hilbert B. The Infertility crisis: Breaking through the cycle of hope and despair. *Networker*, November/December, 65-70, 1999.
- 54) Payne J. Talking about children: An examination of accounts about reproduction and family life. *J Biosoc Sci* 1978; 10: 367-374.
- 55) Turner JS, Rubinson L. *Contemporary Human Sexuality*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1993.
- 56) Sandelowski M. The color gray: Ambiguity and infertility. *J Nursing Scholarship*, 1987; 19: 70-74.
- 57) Deveraux LL, Hammerman AJ. *Infertility and Identity: New strategies for treatment*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.
- 58) Berg BJ. *Nothing to cry about*. New York: Seaview books, 1981.
- 59) Woods NF, Olshansky E, Draye MA. Infertility: women's experiences. *Health Care Women Int* 1991; 12: 179-190.
- 60) Bergart AM. The experiences of women in unsuccessful fertility treatment: what do patients need when medical intervention fails? *Soc Work Health Care* 2000; 30: 45-69.
- 61) de Klerk C, Heijnen EM, Macklon NS, Duivenvoorden HJ, Fauser BC, Passchier J et. al. The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF. *Hum Reprod* 2006; 21:721-727.
- 62) Lintsen AME, Verhaak CM, Ekjkemans MJC, Smeenk JMJ, Braat DDM. Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Hum Reprod* 2009; 1: 1-7.
- 63) Hammarberg K, Astbury J, Baker HWG. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod* 2001; 16: 374-383.
- 64) Boivin J, Tafekman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women. *Fertil Steril* 1995; 64: 802-810.
- 65) Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Sangren H, Tjornhoj-Thomsen T, Blaabjerg J. Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychological Fertility (COMPFI) Research Programme. *Hum Reprod* 2003, 18: 628-637.
- 66) Peddie VL, van Teijlingen E, Bhattacharya S. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Hum Reprod* 2005; 20: 1944-1951.
- 67) Letherby G. Other than mother and mothers as others: The experience of motherhood and nonmotherhood in relation to 'infertility' and 'involuntary childlessness. *Women's Stud Int Forum* 1999; 22: 359-372.
- 68) Rothman BK. *Recreating motherhood: Ideology and technology in a patriarchal society*. New York: Norton, 1989.
- 69) Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997; 12: 183-190.

- 70)Lund R, Sejbaek CS, Christensen U, Schmidt L. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Hum Reprod Adv Access* 2009; 1-11.
- 71)Convington SN. The role of the mental health professional in reproductive medicine. *Fertil Steril* 1995; 64:895-897.
- 72)Yong P, Martin C, Thong J. A comparison of psychological functioning in women in different stages of in vitro fertilization treatment using the Mean Affect Adjective Check List. *J Assist Reprod Genet* 2000; 17:553-556.
- 73)Rajkhowa M, McConnell A, Thomas GE. Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Hum Reprod* 2006; 21: 358-363.
- 74)Verhaak CM, Smeenk MJ, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaiaam FW. A longitudinal prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod* 2005; 20: 2253-2260.
- 75)Schmidt L. Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *Lancet* 2006; 367: 379-380.
- 76)Bombardieri MA, Clapp D. Easing stress for IVF patients and staff. *Contemp Obstet Gynecol* 1984; 24: 91-97.
- 77)Boivin J. Is there too much emphasis on psychosocial counselling for the infertile patients? *J Assist Reprod Genet* 1997; 14: 184-186.
- 78)Baram D, Tourtelot E, Muelcher E, Huang K. Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1988; 9:181-190.
- 79)Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples. *Fam Process* 2001; 41: 111-122.
- 80)Daniluk JC. Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *J Couns Dev* 2001; 79: 439-449.
- 81)Throsby K. *When IVF Fails: feminism, infertility and the negotiation of normality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.
- 82)Redshaw M, Hockley C, Davidson LL. A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Hum Reprod* 2007; 22: 295-304.
- 83)Taylor SE. Adjustment to threatening events, a theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983; 38: 1161-1173.
- 84)Verhaak CM, Smeenk MJ, Evers AWM, Kremer, JAM, Kraaiaam, FW, Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007; 13: 27-36.
- 85)Beck AT. *Thinking and depression: II. Theory and therapy*. Arch Gen Psychiatry, 1964; 10: 561-571.
- 86)Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press, 1995.
- 87)Domar AD, Dreher H. *Healing mind, healthy woman*. New York: Dell, 1997.
- 88)Goodale I, Domar A, Benson H. Alleviation of premenstrual syndrome symptoms with the relaxation response. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 649-655.
- 89)Irvin J, Domar A, Clark C, Zuttermeister P, Friedman R. The effects of relaxation response training on menopausal symptoms. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996; 17: 202-207.
- 90)Lekander M, Furst C, Rotstein S, Hursti T, Fredrikson M. Immune effects of relaxation during chemotherapy for ovarian cancer. *Psychother Psychosom* 1997; 66: 185-191.
- 91)Domar, AD, Irvin J, Mills D. Use of relaxation training to reduce the frequency and intensity of tamoxifen-induced hot flashes. *Mind/Body Med* 1997; 2: 82-86.
- 92) Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003; 57: 2325-2341.
- 93)Domar AD, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J, Freizinger, M. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychol* 2000; 19:568-575.
- 94)Hunt J, Monach J. Beyond the bereavement model: The significance of depression for infertility counseling. *Hum Reprod* 1997; 12:188-194.
- 95)Wischmann T. Implications of psychosocial support in infertility - a critical appraisal. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008; 29: 83-90.
- 96)Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord* 2008; 108: 159-164.
- 97)Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod* 2005; 20: 3248-3256.
- 98)Markestad CL, Montgomery LM, Bartsch RA. Infertility and Length of Medical Treatment Effects on Psychological, Marital, and Sexual Functioning. *Int J Rehabil Health* 1998; 4: 233-243.