

La psicologa del Centro per la Procreazione Medicalmente Assistita: i bisogni di coppia in un'ottica di genere

Crevatin R¹, Ricci G², Russian S², Urriza M²

¹ Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ² IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

INTRODUZIONE

La legge 40/2004 introduce la figura dello psicologo nei centri per la "Procreazione Medicalmente Assistita" (PMA). Presso l'IRCCS Burlo Garofolo nel 2008 si è avviato un progetto di integrazione ospedale-territorio con l'attivazione del servizio di consulenza psicologica-psicoterapeutica, già operante nei consultori familiari, per le coppie con problemi di infertilità, dedicata ai temi della genitorialità naturale e adottiva.

METODI

Il progetto ha previsto 4 fasi di realizzazione:

1. formazione del personale
2. istituzione del gruppo interaziendale (personale del centro PMA IRCCS Burlo Garofolo e dei consultori familiari ASUI Ts)
3. definizione degli obiettivi (offrire uno spazio di ascolto e informazione per le coppie, riconoscere le situazioni a rischio, garantire la presa in carico integrata ospedale-territorio e la continuità terapeutica) e della metodologia di lavoro
4. ricerca e sperimentazione di modalità operative

Il percorso per le coppie prevedeva un primo colloquio psicologico per fornire informazioni sulle procedure di PMA, avviare un confronto sulle diverse forme di genitorialità, informare le coppie sulle problematiche psicologiche e sociali connesse all'infertilità e ai percorsi di PMA, stabilire un contatto con le coppie utile ad eventuali richieste di assistenza successiva, individuare precocemente situazioni a rischio.

I possibili esiti del primo colloquio sono: presa in carico per counselling psicologico, per consulenza sociale, per psicoterapia breve o invio a servizi specialistici.

RISULTATI

L'esperienza con le coppie ha evidenziato come esse pongano in essere strategie di coping adattive o disadattive a fronte di numerose variabili, non sempre isolabili. È verosimile che la qualità del rapporto di coppia preesistente alla diagnosi, la tolleranza allo stress individuale e/o di coppia e il numero di tentativi di PMA effettuati, possano rappresentare aspetti che agiscono in modo significativo.

Lo spazio di consultazione si è strutturato su una logica di intervento atta ad accogliere il bisogno emotivo delle coppie afferenti, sia in fase di diagnosi e trattamento sia in fase di dimissione dal Centro, per elaborazione del lutto e/o indirizzo ad altra forma di genitorialità.

L'informazione fornita alle coppie ha evidenziato le differenze di genere sia per quanto concerne i vissuti sia per l'impatto delle tecniche a carico della diade, inevitabilmente più intrusive per la donna. L'esperienza clinica ha confermato quanto evidenziato in letteratura, ovvero che il genere femminile è maggiormente a rischio di sviluppare una sintomatologia di tipo ansioso-depressivo rispetto agli uomini, sebbene non sia sempre necessario l'intervento psicologico individuale. Si è osservato inoltre una maggiore richiesta di supporto psicologico da parte della donna, per sé o per la coppia.

Stress e disadattamento nella coppia tendono ad aumentare nel corso del trattamento: le donne riferiscono maggiore insoddisfazione complessiva mentre gli uomini presentano maggiore disadattamento nella sfera sessuale (eiaculazione precoce e calo del desiderio) sia per la diagnosi di infertilità maschile che a seguito dei trattamenti.

CONCLUSIONI

Il progetto terapeutico deve porsi come obiettivo: supportare la coppia al fine di collocare l'evento nell'ambito della propria storia individuale e di coppia e nel contesto del proprio progetto di vita; ridurre i sentimenti di vergogna e di isolamento sociale, orientare all'ascolto, al riconoscimento e all'espressione delle proprie emozioni più profonde.

Inoltre il counselling e/o la psicoterapia deve tener conto di dimensioni specificamente femminili, con le seguenti finalità:

- Supportare la donna in relazione alla possibilità di dialogare in modo assertivo con il personale sanitario nel corso dei trattamenti, per l'impatto traumatico delle tecniche nella dimensione psico-corporea
- Attivare risorse finalizzate a sostenere una rappresentazione del sé positiva anche in assenza di gravidanza, quali progettualità individuale e di coppia, in corso di trattamento e in caso di fallimento
- Sostenere la donna in caso di gravidanza per la peculiarità del vissuto dovuto all'attesa della gravidanza stessa, i timori di perdita e vissuti di inadeguatezza materna
- Favorire, in gravidanza e nel puerperio, l'espressione di emozioni connesse alla modalità del concepimento che possono interferire con il vissuto di adeguatezza materna

Porre attenzione ai bisogni peculiari delle coppie, in un'ottica di genere, può favorire la maggior comprensione della possibile dimensione genitoriale, anche a fronte delle nuove tecniche e possibilità, ivi compresa la genitorialità da procreazione eterologa.