

ROLUL INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE ÎN TRATAMENTUL INFERTILITĂȚII

DIANA-ANTONIA IORDĂCHESCU*

Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București

Abstract

Infertility is a reproductive health problem, very sensitive and difficult for couples, which causes significant pressure on their interpersonal relationships, as well as personal distress, low self-esteem, guilt, anxiety and depression. This article emphasizes the role and the importance of the psychologist and the therapeutic counseling in the case of couples facing infertility. In addition, different medical and psychological aspects that are associated with this diagnosis are described. Treating couples and people with infertility is an opportunity for clinical psychologists. The role of psychoeducation for couples who go through assisted human reproduction treatment is important in managing the difficulties they are experiencing and can also add value to the medical process.

Cuvinte-cheie: infertilitate, tulburări emoționale, consiliere psihologică, psihoeducație, cupluri.

Keywords: infertility, emotional disorders, psychological counseling, psychoeducation, couples.

1. INTRODUCERE

Problema fertilității este una complexă și foarte delicată, în ultimul deceniu, medicina și psihologia fiind preocupate de aprofundarea cauzelor și consecințelor infertilității, precum și a simptomelor de anxietate și depresie în corelație cu aceasta.

Dezvoltarea socio-economică a determinat transferul perioadei de procreere a cuplurilor spre vârste mai avansate, motiv pentru care a crescut proporția cuplurilor diagnosticate cu infertilitate (1 din 4 cupluri, conform studiului derulat de Asociația pentru Reproducere Umană din România (ARUR), 2018). Conform ARUR (2018), dintre cuplurile infertile care merg la medic, doar 46% intenționează să apeleze la un tratament de fertilizare, iar 20% apelează la Subprogramul Național de Fertilizare in vitro. De asemenea, cuplurile cu reședința în București pot apela la programul „O Șansă pentru Cuplurile infertile” derulat Primăria Capitalei, prin Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București (ASSMB), care acordă sprijin financiar cuplurilor infertile, în cazul în care au indicație medicală pentru efectuarea procedurii de fertilizare in vitro (Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București, Primăria Capitalei, 2019).

* Școala Doctorală, Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihologie, Șoseaua Panduri, nr. 90, sector 5, București, România, e-mail: diana.antonina.iordachescu@gmail.com

Astfel, în condițiile în care numărul de nașteri este în continuă diminuare, iar vârsta primei nașteri este în creștere, problema infertilității depășește sfera strict medicală, devenind o problemă socială, economică și de politică demografică.

Acest articol își propune să puncteze cele mai recente cercetări din domeniul infertilității și să sublinieze importanța și rolul psihologului și a intervențiilor terapeutice în cazul cuplurilor care se confruntă cu infertilitatea. De asemenea, acest articol își propune să menționeze aspecte medicale ale infertilității, precum factorii de risc, cauzele, tipul de infertilitate, modalitățile de tratament, dar și aspectele psihologice, precum tabloul tulburărilor emoționale asociate cu infertilitatea și modalitățile de intervenție psihologică.

2. DELIMITĂRI CONCEPTUALE

Infertilitatea este o problemă de sănătate a reproducerii, foarte sensibilă și dificilă pentru persoanele care sunt într-o relație sau sunt căsătorite de mult timp și își doresc un copil.

Organizația Mondială a Sănătății definește infertilitatea ca fiind incapacitatea de a avea un copil, după un an sau mai mult de activitatea sexuală regulată, fără utilizarea mijloacelor contraceptive (Zegers-Hochschild *et al.*, 2017). Această limită de timp este importantă deoarece, după un an în care femeia nu rămâne însărcinată, cuplul ar trebui să solicite asistență medicală pentru o evaluare adecvată. Intervalul este considerat de specialiștii din domeniu (Moreno-Rosset *et al.*, 2009) ca fiind un eveniment de viață stresant, care face infertilitatea un proces anxios, care crește odată cu trecerea lunilor fără a obține sarcina și care afectează cuplurile pe mai multe planuri: personal, social, profesional și familial.

3. FACTORII DE RISC ȘI CAUZE ALE INFERTILITĂȚII

Infertilitatea afectează atât bărbații, cât și femeile în proporție aproximativ egală, deși pot exista unele variații regionale. Factorii ce pot declanșa aceste probleme de fertilitate pot fi de natură hormonală, medicală, anatomică, dar pot fi asociați și cu modificările negative ale stilului de viață, precum instalarea stresului cronic sau a sedentarismului.

Infertilitatea poate fi primară sau secundară, în funcție de existența unei sarcini anterioare a femeii (Nguyen *et al.*, 2005). Infertilitatea primară afectează 40% din cuplurile infertile și se caracterizează prin absența oricărei sarcini în antecedente, în timp ce infertilitate secundară afectează 60% din cuplurile infertile fiind caracterizată de prezența unei sarcini în antecedente.

Cauzele biologice ale infertilității se referă fie la unul, fie la ambii parteneri sau infertilitatea este inexplicabilă, atunci când niciun diagnostic medical nu poate fi identificat. În general, proporția cauzelor organice ale infertilității este de: 35% factori masculini, 50% factori feminini, 5% alți factori și 10% factori inexplicabili (Covington & Burns, 2006).

Cauzele infertilității se pot aplica atât bărbatului, cât și femeii din cuplu. Cele mai frecvente cauze medicale ale infertilității la bărbați sunt: anomalii ale spermei, probleme de erecție și ejaculare, dispareunia, bolile genetice, aspecte ale sănătății generale și ale stilului de viață care pot dăuna fertilității, cum ar fi o alimentație nesănătoasă, obezitatea, abuzul de alcool, droguri și tutun; supraexpunerea la anumite medii ocupaționale și factori dăunători, cum ar fi pesticidele și alte chimicale sau efectele secundare atribuite tratamentului împotriva cancerului.

La femei, printre cele mai întâlnite cauze medicale se numără trompele uterine înfundate, endometrioza, nivelul ridicat al prolactinei, sindromul ovarului polichistic, fibromul uterin, efectele unei medicații greșite, probleme ale tiroidei sau amenoreea.

4. TABLOUL CLINIC PRIVIND TULBURĂRILE EMOȚIONALE ASOCIATE CU INFERTILITATEA

Este binecunoscut faptul că infertilitatea pentru multe cupluri provoacă o gravă presiune asupra relațiilor lor interpersonale, precum și distresul personal, stima de sine redusă și perioadele de criză existențială (Schmidt, 2006). Una dintre provocările importante cu care un cuplu infertil se confruntă este să învețe cum să gestioneze infertilitatea în raport cu sine, dar și în relația cu partenerul și în diferitele arii sociale.

Pe lângă stresul continuu, la cuplurile care se confruntă cu infertilitatea există numeroase răspunsuri psihologice, care includ furia, anxietatea, vinovăția, tensiunea în relații, tristețea, gelozia față de cuplurile care au copii și, în cele din urmă, depresia (Fernandes *et al.*, 2020; Hart, 2002).

O analiză recentă a literaturii de specialitate cu privire la prevalența simptomatologiei psihopatologice asociate infertilității a concluzionat că 25% până la 60% dintre persoanele infertile raportează simptome clinice și că nivelurile lor de anxietate și depresie sunt semnificativ mai mari decât în grupurile de control (Rooney & Domar, 2018). De asemenea, s-a demonstrat că, cu cât o femeie infertilă manifestă simptome de depresie, cu atât este mai probabil să renunțe la tratamentul de fertilizare după o singură procedură. Cercetătorii au arătat, de asemenea, că, în ciuda unui prognostic bun și a disponibilității fondurilor pentru tratament, întreruperea acestuia se datorează cel mai adesea tulburărilor emoționale (Rich & Domar, 2016).

Infertilitatea poate avea efecte majore asupra vieții unui cuplu, inclusiv asupra satisfacției maritale, și are un rol remarcabil în viața și bunăstarea familiei (Moura-Ramos *et al.*, 2012). Infertilitatea, prin impactul asupra satisfacției maritale sau prin disfuncționalitatea relațiilor maritale, poate duce direct sau indirect la eșecul fertilizării (de Faria *et al.*, 2012). Presiunea psihologică asupra bărbaților și femeilor de a avea copii poate reduce intimitatea și satisfacția relațiilor sexuale. Studiile anterioare au demonstrat că diagnosticul de infertilitate reduce activitatea sexuală a cuplurilor.

Așadar, infertilitatea poate fi descrisă ca reprezentând o amenințare la adresa bunăstării sociale și emoționale a femeii, în special, iar multe dintre cuplurile care se confruntă cu probleme de fertilitate se simt neînțelese, neacceptate social,

criticate, au sentimente de respingere și de autoînvinovățire, sentimente care pot duce, în timp, la creșterea simptomatologiei clinice.

5. MODALITĂȚI DE TRATAMENT

Începerea procedurilor de tratament reprezintă o decizie dificilă pentru cuplurile infertile, deoarece este asociată cu distresul psihologic, cu incapacitatea de a concepe în mod natural și cu renunțarea la controlul asupra propriului corp. Profesia medicală oferă diferite tipuri de metode de tratare a infertilității: tehnici de reproducere farmacologice, chirurgicale și asistate.

Tehnicile de reproducere asistată (TRA) includ, printre alte metode, inseminarea intrauterină (IUI) și fertilizarea in vitro (FIV). Datorită eficacității raportate a fertilizării in vitro, această metodă de tratament a infertilității este cea mai populară și este în continuă creștere. Primul copil conceput prin FIV s-a născut în Regatul Unit în 1978. În 2010, 1% din toți copiii născuți în SUA, aproximativ 2% din Marea Britanie și aproape 4% din Danemarca și Finlanda au fost concepuți prin FIV (Mains *et al.*, 2010).

Multe cupluri infertile suportă durerea situației lor timp de mai mulți ani, ceea ce duce la o creștere a numeroaselor consecințe psihosociale (anxietate, depresie, probleme de cuplu, izolare socială și sentimente de vinovăție și inferioritate). Cu toate acestea, multe dintre aceste cupluri apelează, în cele din urmă la fertilizare in vitro, ca metodă de tratare a infertilității, deși procedurile de fertilizare pot fi deosebit de dificile din punct de vedere emoțional (Malina & Pooley, 2017).

5.1. INTERVENȚII PSIHOSOCIALE ÎN CAZUL PERSOANELOR INFERTILE

Au existat, de-a lungul timpului, numeroase studii privind eficiența intervențiilor psihologice în cazul femeilor și cuplurilor care se confruntă cu infertilitatea, cu rezultate ce includ rata sarcinilor, rata natalității, precum și multiple evaluări ale aspectelor psihologice. Din nefericire, diversele metaanalize efectuate în ultimii ani nu reușesc să ajungă la un acord asupra rezultatelor.

Următoarele studii reflectă aspecte ale terapiei cognitiv-comportamentale. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) se referă la intervențiile psihologice care împărtășesc premisa de bază că tulburările emoționale sunt menținute de factori cognitivi. Conform modelului lui Beck (apud Hofmann *et al.*, 2012), gândurile dezadaptative despre o anumită situație sau un anumit eveniment contribuie la menținerea stresului emoțional și a problemelor de comportament. Terapia cognitiv-comportamentală ajută persoana să își identifice credințele și comportamentele negative, să le evalueze și apoi să le înlocuiască cu unele pozitive și adaptative.

Într-un studiu, 17 cupluri infertile au urmat o terapie cognitiv-comportamentală (TCC), care a inclus reducerea gândurilor negative, optimizarea comunicării dintre parteneri și exprimarea temerilor legate de performanță și rezultate. În urma terapiei, o treime din femeile participante au rămas însărcinate, în comparație cu ratele de obținere a sarcinii găsite în alte studii cu diferite forme de infertilitate idiopatică (7,2–14,3%) (Tuschen-Caffier, 1999). Cu toate acestea, studiul nu a presupus

compararea rezultatelor cu cele ale unui grup de control și nici randomizarea acestora, ceea ce face dificilă generalizarea constatărilor sale. În schimb, s-au raportat reduceri semnificative ale gândurilor de neputință, gândurilor ruminative despre infertilitate și creșterea satisfacției maritale.

Domar *et al.* (2000) au lucrat cu grupuri de femei infertile și au constatat că TCC a redus distresul psihologic și a avut ca rezultat un număr mai mare de sarcini viabile decât îngrijirea obișnuită. Semnificația statistică a ratei sarcinii a fost problematică datorită numărului mult mai mare de abandon în grupul de control. O importanță crescută o prezintă includerea femeilor depresive în studiile de intervenție, având în vedere prevalența depresiei la femeile infertile. Autorii au concluzionat că intervenția psihologică este necesară înainte de sau la începutul tratamentului de fertilizare în asociere cu tratamentul medical inițial.

Într-un studiu randomizat, Hosaka *et al.* (2002) au oferit cinci sesiuni săptămânale de 90 de minute de terapie cognitiv-comportamentală (relaxare, imagerie dirijată și gestionarea stresului) sau tratamentul obișnuit în grupul de control. Ei au descoperit o reducere semnificativă a stresului emoțional și a activității celulare de tip killer (de la 47,7% a scăzut la 34,1% după sesiunile de terapie) și a crescut rata de obținere a sarcinii (37,8% în grupul de terapie cognitiv-comportamentală, față de 13,5% în grupul de control).

Un studiu din 2019 (Ebrahimifar *et al.*, 2019) compară două metode de terapie utilizate la pacienții infertili: Terapia bazată pe acceptare și angajament și Terapia orientată pe compasiune. Terapia centrată pe acceptare și angajament (ACT) se orientează pe conștientizarea și acceptarea gândurilor și a sentimentelor, dar și pe angajamentul de a face schimbări, cu optimizarea capacității de a face față situațiilor și de adaptare la acestea (Hayes *et al.*, 2006). Terapia orientată pe compasiune (CFT), dezvoltată de Paul Gilbert (2009), contribuie la promovarea vindecării mintale și emoționale, prin încurajarea persoanelor aflate în tratament să fie compătimitoare față de ele însele, dar și față de alte persoane. Conform autorului, compasiunea, orientată atât către sine, cât și față de ceilalți, reprezintă un răspuns emoțional și un aspect esențial al bunăstării.

Autorii arată că aceste forme de terapie îmbunătățesc calitatea relațiilor și promovează sănătatea mintală a persoanelor infertile. De asemenea, aceștia au concluzionat că între grupurile experimentale și cel de control există diferențe înainte și după cele opt sesiuni de terapie, însă nu există diferențe semnificative între grupurile experimentale, ceea ce subliniază eficiența ambelor metode de terapie utilizate în tratamentul psihoterapeutic la persoanele infertile.

Un articol recent a constatat că aplicarea tehnicilor de *mindfulness* la persoanele infertile care au scoruri ridicate la testele de depresie au un efect pozitiv asupra reducerii nivelurilor de stres, anxietate și depresie (Atia & Sallam, 2020). *Mindfulness* își are rădăcinile în tradițiile contemplative estice și este cel mai adesea asociat cu practica formală a meditației *mindfulness*. Este „în mod inerent o stare de conștiință” care implică conștientizarea moment cu moment a gândurilor, emoțiilor, senzațiilor și a mediului înconjurător (Grabovac *et al.*, 2011).

Kupka și colaboratorii săi (2003) au concluzionat că ar trebui să se observe contribuția pozitivă a consilierii psihologice pentru ameliorarea stresului în timpul tratamentelor de infertilitate, deși un impact statistic semnificativ nu a putut fi demonstrat în studiul lor.

Boivin (2003) a inclus 25 de studii în metaanaliza sa, iar concluziile cu privire la eficiența terapiilor au fost următoarele:

- Intervențiile psihosociale au avut un impact mai mare asupra reducerii stărilor afective negative decât asupra funcționării relației interpersonale;
- Nu au existat diferențe semnificative în ceea ce privește rata sarcinilor;
- Intervențiile psihosociale de grup care au inclus dobândirea de competențe/abilități au fost mai eficiente decât cele de consiliere individuală;
- Bărbații și femeile au dobândit beneficii în mod egal.

Într-un studiu promițător, randomizat, controlat, Sarrel și DeCherney (apud Cwikel, 2004) au realizat un interviu psihoterapeutic cu 10 cupluri infertile, iar alte 10 femei au primit îngrijire obișnuită. Ei au descoperit o rată a sarcinii de 60% în grupul intervievat, comparativ cu o rată de 10% în cadrul grupului de control. Un program de 24 de săptămâni de tratare a infertilității și de dezvoltare a unor modele de alimentație sănătoasă destinate femeilor infertile, cu probleme de obezitate (greutate inițială medie de 98 kg) a reușit să le ajute pe acestea să piardă în greutate, să își dezvolte stima de sine și să le reducă anxietatea și depresia. Peste 80% dintre participantele la grup au rămas însărcinate.

Wischmann (2008), în studiul său „Implicații ale suportului psihosocial în infertilitate”, propune un tabel în care sunt analizate diferite intervenții psihosociale în cazul infertilității, prezentând avantajele și dezavantajele acestora.

Tabelul nr. 1
Tipuri de intervenții psihosociale în tratamentul infertilității

Tipul de intervenție psihosocială	Avantaje	Dezavantaje
Broșuri	Sunt larg acceptate și utile pentru a oferi informații procedurale	Sunt insuficiente pentru ameliorarea problemelor emoționale
Videoclipuri	Acceptate pe scară largă	Efectele nu au fost evaluate suficient de mult (costuri, efecte)
Internet	Acces rapid, poate asigura anonimitatea, informații ușor de actualizat	Efectele nu sunt încă evaluate
Consilierea telefonică	Acceptată pe scară largă / frica redusă	Nu poate înlocui consilierea față în față / efectele nu sunt evaluate suficient
Grupurile de suport	Eficiente în optimizarea problemelor emoționale	Inconstanța grupurilor
Consiliere/Psihoterapie față în față	Eficiență ridicată	Costuri și durată ridicată/deseori nu sunt disponibile
* Grafic tradus și adaptat după Wischmann, 2008, p. 87		

Hammerli și colaboratorii săi (2009) au inclus 21 de studii în metaanaliza lor și au ajuns la concluzia că în urma intervențiilor psihologice nu s-au raportat schimbări semnificative privind starea emoțională și că pacienții care nu sunt în tratament de reproducere asistată au experimentat o rată a sarcinilor considerabil mai ridicată. Ei au concluzionat, de asemenea, că intervențiile de șase sau mai multe ședințe au avut un impact mai mare decât intervențiile mai scurte.

Frederiksen și colaboratorii săi (2015) au inclus 39 de studii și au realizat un raport atât despre rata sarcinilor, cât și despre simptomele psihologice. Ei au concluzionat că au existat, din punct de vedere statistic, efecte puternice și semnificative ale intervențiilor psihosociale, atât asupra ratei sarcinilor, cât și asupra diferitelor aspecte psihologice. Concluziile au fost, de asemenea, că gradele de eficiență au fost mai mari la femei decât la bărbați și rata sarcinilor, care a fost mai ridicată, a fost asociată cu scăderea anxietății.

Ying *et al.* (2016) au inclus doar 20 de studii aleatorii în analiza lor sistematică. Ei au concluzionat faptul că au existat probleme metodologice cu privire la studiile care au raportat rezultate semnificative, atât în cazul ratei sarcinilor, cât și în cazul afecțiunilor psihologice și au recomandat efectuarea unor cercetări mai riguroase, în special în momentul cel mai tensionat pentru pacienții cu infertilitate: așteptarea rezultatelor testului de sarcină.

O altă analiză sistematică din 2016, de pe Cochrane, a inclus 39 de studii (Verkuilen *et al.*, 2016), dar autorii au precizat că studiile selectate nu asigură nicio concluzie din punct de vedere calitativ. În cele din urmă, o a treia recenzie din 2016 (Chow *et al.*, 2016) a inclus doar 12 studii, dintre care doar 7 au reprezentat planuri de intervenție. Concluziile bazate pe aceste 7 studii au fost acelea că intervențiile psihologice sunt asociate cu o rată mai mică a distresului psihologic, o rată a sarcinii mai ridicată și creșterea satisfacției maritale.

5.1.1. GRUPURILE DE SUPORT

Persoanele care se confruntă cu infertilitatea trebuie să știe că nu sunt singure în această călătorie dificilă către parentalitate. Grupurile terapeutice de suport pot oferi asistența necesară, prin crearea unor conexiuni între poveștile mai multor persoane care se confruntă cu aceleași dificultăți, prin oportunitate de a învăța de la ceilalți, dar și prin oferirea de sens experiențelor.

Există mai multe tipuri de grupuri de suport care au la bază tema infertilității: grup de suport pentru femeile infertile, grup de suport pentru bărbații infertili, grup de suport pentru cupluri, grup de suport pentru femeile însărcinate în urma tratamentelor de fertilizare, grup de suport pentru femeile cu pierderi de sarcină în urma tratamentelor de fertilizare.

În general, se recomandă ca numărul participanților să fie de 5–10 persoane pentru asigurarea dinamicii grupului, iar întâlnirile să se desfășoare o dată pe săptămână.

În cadrul ședințelor de grup se pot discuta teme precum: răspunsurile emoționale asociate cu suferința (șoc, tristețe, teamă, furie, vinovăție, rușine, lipsă de speranță), lipsa controlului (sentimente de incertitudine cu privire la evoluția tratamentului sau momentul când vor deveni părinți), diferențele de gen (femeile și bărbații trăiesc diferit experiența infertilității), relațiile interpersonale (cum pot discuta cu prietenii și familia despre dificultățile lor), relațiile cu medicii/clinica de fertilizare (optimizarea comunicării și a colaborării), stresul și modalitățile de *coping* (facilitarea descărcării emoționale și activarea resurselor), luarea deciziilor cu privire la opțiunile de tratament (inseminare, fertilizare, embriodonația, adopția sau acceptarea statutului de cuplu fără copii).

Este important ca în cadrul grupurilor de suport, terapeutul să încurajeze, pe lângă exprimarea sentimentelor negative, emoțiile pozitive, coeziunea de grup și alianța terapeutică pozitivă (McCallum *et al.*, 2002). Este de preferat ca membrii grupului să fie invitați să identifice experiențe pozitive care au apărut în săptămâna anterioară ca formă de restructurare cognitivă și transformare a experienței infertilității.

Așadar, consilierea psihologică/psihoterapia și/sau grupurile de suport au un rol important în tratamentul infertilității. Acestea ameliorează simptomele emoționale care sunt resimțite de cupluri, previn deteriorarea progresivă a calității vieții și sporesc ratele de succes în tratamentul infertilității.

6. DISCUȚII ȘI CONCLUZII

În contextul infertilității, sprijinul persoanelor semnificative este adesea absent, deoarece multe cupluri infertile tind să nu împărtășească dificultățile prin care trec, de teama vulnerabilității în fața comentariilor directe și indirecte ale celor din jur. În plus, majoritatea cuplurilor infertile trec printr-o perioadă în care prietenii lor sunt tineri părinți, ceea ce duce la retragere socială de teamă că nu vor fi înțeleși. De asemenea, multe persoane infertile sunt reticente în a se alătura grupurilor de suport, deoarece consideră că o astfel de măsură ar fi dovada a unui eșec de a face față dificultăților prin care trec. De cele mai multe ori, partenerul de viață constituie sprijinul principal.

Într-un studiu recent (Yilmaz *et al.*, 2020), s-a observat că nivelul de stres asociat infertilității a crescut pe măsură ce durata căsătoriei, durata infertilității și durata tratamentului de fertilizare a femeilor evaluate au crescut. Concluzia studiului citat anterior evidențiază faptul că femeilor cu probleme de fertilitate ar trebui să li se acorde îngrijire și sprijin, luând în considerare aceste simptome clinice, precum stresul, anxietatea și depresia. În România, costul tratamentului pentru infertilitate este foarte ridicat, iar cuplurile pot fi nevoite să caute sprijin financiar pentru a-și îndeplini dorința de a avea un copil, ceea ce crește nivelul de stres.

Rolul psiho-educației pentru cuplurile care trec prin tratamentul de reproducere umană asistată este important în gestionarea optimă a dificultăților prin care trec acestea și, poate adăuga, de asemenea, valoare procesului medical. Grupurile de

suport psihologic, care să pună accent pe optimizarea resurselor personale ar putea proteja sănătatea mintală a acestor cupluri. Participanții grupurilor de suport (*online* sau față în față) pot avea numeroase beneficii, precum schimbul de experiențe cu alte persoane infertile, informarea și activarea resurselor de *coping*, care facilitează confruntarea cu infertilitatea. Această concluzie este susținută de studiul lui Malik & Coulson (2010) care afirmă că cele mai utilizate modalități de *coping* în grupurile de suport cu persoane infertile constituite pe internet au fost empatia (45,5%) și schimbul de experiențe personale (45,4%), urmate de furnizarea de informații și sfaturi (15,9%), recunoștința (12,5%) și prietenia (9,9%). Aceste descoperiri sugerează că grupurile de suport *online* pot oferi o alternativă de sprijin pentru cuplurile care se confruntă cu infertilitatea, iar specialiștii din domeniul sănătății interesați să dezvolte intervenții de asistență *online* ar trebui să adapteze resursele la nevoile specifice ale pacienților aflați în diferite etape ale infertilității.

Tratarea cuplurilor și a persoanelor care se confruntă cu infertilitatea reprezintă o oportunitate pentru psihologii clinicieni. Experiența acestora, atât în furnizarea serviciilor de consiliere psihologică/psihoterapie, cât și în furnizarea unei punți de înțelegere a procedurilor medicale, îi plasează pe aceștia într-o poziție unică printre diversele discipline care oferă servicii de sănătate mintală.

În concluzie, dezvoltarea conceptului de infertilitate ar trebui să se extindă și mai mult, pentru a include cercetările empirice, practica clinică, intervențiile psihoterapeutice și problemele de politică socială, recunoscând contextul universal și global în care se tratează infertilitatea și în care tratamentul este asigurat atât din punct de vedere medical, cât și psihoterapeutic.

Primit în redacție la: 9.03.2020

BIBLIOGRAFIE

1. ADMINISTRAȚIA SPITALELOR ȘI SERVICIILOR MEDICALE BUCUREȘTI, PRIMĂRIA CAPITALEI, *O Șansă pentru Cuplurile infertile*, 2019, <http://fiv2.assmb.ro/#info> accesat la 25.05.2020.
2. ASOCIAȚIA PENTRU REPRODUCERE UMANĂ DIN ROMÂNIA, *Primul studiu de analiză a problemelor de infertilitate din România*, 2018, <https://www.arur.ro/2018/06/18/855/> accesat la 20.02.2020.
3. ATIA, M.M., SALLAM L.E., *The Effectiveness of Mindfulness Training Techniques on Stress, Anxiety, and Depression of Depressed Patient*, American Journal of Nursing Research, **8**, 1, p. 103–113.
4. BOIVIN, J., *A review of psychosocial interventions in infertility*, Social Science & Medicine, **57**, 12, 2003, p. 2325–2341.
5. CHOW, K., CHEUNG, M., CHEUNG, I.K., *Psychosocial interventions for infertile couples: A critical review*. Journal of Clinical Nursing, **25**, 15–16, 2016, p. 2101–2113.
6. COVINGTON, SHARON N., BURNS, LINDA HAMMER, *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006.
7. Cwikel, J., SHEINER, E., GIDRON, Y., *Psychological interactions with infertility among women*, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, **117**, 2004, p. 126–131.

8. DE FARIA, D.E.P., GRIECO, S.C., DE BARROS, S.M.O., *The effects of infertility on the spouses' relationship*, Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P, **46**, 4, 2012, p. 794.
9. DOMAR, A.D., CLAPP, D., SLAWSBY, E., KESSEL, B., ORAV, J., FREIZINGER, M., *The impact of group psychological interventions on distress in infertile women*, Health Psychology, **19**, 6, 2000, p. 568–575.
10. EBRAHIMIFAR, M., HOSSEINIAN, S., SAFFARIYAN TOSI, M.R., ABEDI, M.R., *To Compare of the Effectiveness of training based on "Acceptance and Commitment Therapy" and "Compassion Focused Therapy" on Self-efficacy, Quality of Relations and Meaning in Life in Infertile Women*, JHPM, **8**, 3, 2019, p. 10–18.
11. FERNANDES, A., SKOTNES, L.L., MAJOR, M., FALCÃO, P.F., *Clinicians' Perceptions of Norwegian Women's Experiences of Infertility Diseases*, International Journal of Environmental Research and Public Health, **17**, 2020, p. 993.
12. FREDERIKSEN, Y., FARVER-VESTERGAARD, I., SKOVGÅRD, N.G., INGERSLEV, H.J., ZACHARIAE, R., *Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis*, BMJ Open, **5**, 1, 2015, p. e006592–e006592.
13. GILBERT, P., *Introducing compassion-focused therapy*. Advances in Psychiatric Treatment, **15**, 3, 2009, p. 199–208.
14. GRABOVAC, A.D., LAU, M.A., WILLETT, B.R., *Mechanisms of mindfulness: A buddhist psychological model*, Mindfulness, **2**, 3, 2011, p. 154–166, doi:10.1007/s12671-011-0054-5
15. HÄMMERLI, K., ZNOJ, H., BARTH, J., *The efficacy of psychological interventions for infertile patients: A meta-analysis examining mental health and pregnancy rate*. Human Reproduction Update, **15**, 3, 2009, p. 279–295.
16. HART, V.A., *Infertility and the role of psychotherapy*, Issues in Mental Health Nursing, **23**, 1, 2002, p. 31–41.
17. HAYES, S.C., LUOMA, J.B., BOND, F.W., MASUDA, A., & LILLIS, J., *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*, Behaviour Research and Therapy, **44**, 1, 2006, p. 1–25.
18. HOFMANN, S.G., ASNAANI, A., VONK, I.J.J., SAWYER, A.T., FANG, A., *The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses*, Cognitive Therapy and Research, **36**, 5, 2012, p. 427–440.
19. HOSAKA, T., MATSUBAYASHI, H., SUGIYAMA, Y., IZUMI, S., & MAKINO, T., *Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate*. General Hospital Psychiatry, **24**, 5, 2002, p. 353–356.
20. KUPKA, M.S., DORN, C., RICHTER, O., SCHMUTZLER, A., VAN DER VEN, H., KULCZYCKI, A., *Stress relief after infertility treatment-spontaneous conception, adoption and psychological counselling*, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, **110**, 2, 2003, p. 190–195.
21. MAINS, L., ZIMMERMAN, M., BLAINE, J., STEGMANN, B., SPARKS, A., ANSLEY, T., VAN VOORHIS, B., *Achievement test performance in children conceived by IVF*, Human Reproduction, **25**, 10, 2010, p. 2605–2611.
22. MALIK, S.H., COULSON, N.S., *Coping with infertility online: An examination of self-help mechanisms in an online infertility support group*, Patient Education and Counselling, **81**, 2, 2010, p. 315–318.
23. MALINA, A., POOLEY, J.A., *Psychological consequences of IVF fertilization - review of research*, Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM, **24**, 4, 2017, p. 554–558.
24. MCCALLUM, M., PIPER, W.E., OGRODNICZUK, J.S., JOYCE, A.S., *Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief*, Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, **6**, 3, 2002, p. 243–254, doi:10.1037/1089-2699.6.3.243

25. MORENO ROSSET, C., JENARO RÍO, C., ANTEQUERA JURADO, R., *Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). Validation of the Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in infertility questionnaire- DERA*, Psicothema, **21**, 1, 2009, p. 118–123.
26. MOURA-RAMOS, M., GAMEIRO, S., CANAVARRO, M., SOARES, I., *Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory*, Human Reproduction, **27**, 2, 2012, p. 496–505.
27. NGUYEN, R.H., WILCOX, A.J., *Terms in reproductive and perinatal epidemiology: I. Reproductive terms*, Journal of Epidemiology and Community Health, **59**, 11, 2005, p. 916.
28. RICH, C.W., DOMAR, A.D., *Addressing the emotional barriers to access to reproductive care*, Fertility and Sterility, **105**, 5, 2016, p. 1124–1127.
29. ROONEY, K.L., DOMAR, A.D., *The relationship between stress and infertility*. Dialogues in Clinical Neuroscience, **20**, 1, 2018, p. 41.
30. SCHMIDT, L., *Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences*, Danish Medical Bulletin, **53**, 4, 2006, p. 390–417.
31. TUSCHEN-CAFFIER, B., FLORIN, I., KRAUSE, W., & POOK, M., *Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples*, Psychotherapy and Psychosomatics, **68**, 1, 1999, p. 15–21.
32. VERKUIJLEN, J., VERHAAK, C.M., NELEN, W.L.D.M., WILKINSON, J., FARQUHAR, C., *Psychological and educational interventions for subfertile men and women*, Cochrane Database of Systematic Reviews, **3**, 2016, p. Cd011034.
33. WISCHMANN, T., *Implications of psychosocial support in infertility – a critical appraisal*, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, **29**, 2, 2008, p. 83–90.
34. YILMAZ, T., YAZICI, S., BENLI, T., *Factors associated with infertility distress of infertile women: A cross-sectional study*, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2020, P. 1–7.
35. YING, L., WU, L.H., LOKE, A.Y., *The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review*, Journal of Assisted Reproduction and Genetics, **33**, 2016, p. 689–701.
36. ZEGERS-HOCHSCHILD, F., ADAMSON, G.D., DYER, S., RACOWSKY, C., DE MOUZON, J., SOKOL, R., . . . VAN DER POEL, S. *The international glossary on infertility and fertility care, 2017*, Fertility and Sterility, **108**, 3, 2017, p. 393–406.

REZUMAT

Infertilitatea este o problemă de sănătate a reproducerii, foarte sensibilă și dificilă pentru cupluri, ce provoacă o gravă presiune asupra relațiilor lor interpersonale, precum și stresul personal, stima de sine redusă, vinovăția, anxietatea și depresia. Acest articol își propune să sublinieze importanța și rolul psihologului și a consilierii terapeutice în cazul cuplurilor care se confruntă cu infertilitatea, dar și să puncteze diferite aspecte medicale și psihologice ce se asociază cu acest diagnostic. Tratarea cuplurilor și a persoanelor care se confruntă cu infertilitatea reprezintă o oportunitate pentru psihologii clinicieni. Rolul psiho-educăției pentru cuplurile care trec prin tratamentul de reproducere umană asistată este important în gestionarea optimă a dificultăților prin care trec acestea și, poate adăuga, de asemenea, valoare procesului medical.