

IL COUNSELLING PSICO-SESSUALE NELLA COPPIA INFERTILE

Rossella E. Nappi, Patrizia Vaccaro, Alessia Fignon, Manuela Piccinino,
Maria Luisa Masanti, Franco Polatti

Clinica Ostetrica e Ginecologica, IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli Studi di Pavia

Indirizzo per corrispondenza: Dr.ssa Rossella E. Nappi

Clinica Ostetrica e Ginecologica; IRCCS Policlinico S. Matteo - Università degli Studi di Pavia - Piazzale Golgi 2 - 27100 Pavia
tel: +39 0382 503846; fax: +39 0382 423233; e-mail: renappi@tin.it

ABSTRACT

The experience of infertility has several psychosocial and sexual consequences that can strongly interfere with personal and couple's well-being. Both partners face a profound reassessment of their sexual identity and the infertile couple has to share a medical problem with unavoidable interferences on the emotional and affective context of intimacy and sexual activity. The occurrence of sexual problems is frequent in both partners and arises mainly from the anxiety to perform that characterizes natural and/or assisted reproduction. Ejaculatory disorders, poor erection for the males, dyspareunia, orgasmic disorders for the females, together with loss of desire and unbalanced motivation to sexual activity, are sexual problems extremely common in clinical practice. In order to prevent and/or support infertile couple referring to medical care for Assisted Reproductive technologies psychosexual counseling is mandatory and it represents a critical step of a process aiming not only to give a remedy but also to take care of infertile couples.

Key words: infertility, sexuality, emotional disorders.

RIASSUNTO

L'esperienza dell'infertilità presenta numerosi risvolti psicosociali e sessuali che possono interferire in modo significativo con il benessere personale e la relazione di coppia. Entrambi i partners vanno incontro a una profonda ristrutturazione dell'identità sessuale e la coppia infertile si trova a condividere un problema medico che inevitabilmente interferisce con la sfera emotiva ed affettiva che modula l'intimità e l'attività sessuale. L'insorgenza di problemi sessuali è frequente in entrambi i componenti della coppia e deriva principalmente dall'ansia da prestazione che accompagna la procreazione naturale e/o assistita. Eiaculazione precoce, disturbi dell'erezione sul versante maschile, dispareunia e anorgasmia sul versante femminile, oltre che calo del desiderio o alterazioni dell'equilibrio motivazionale all'attività sessuale, rappresentano i problemi sessuali di più comune riscontro nella pratica clinica.

A fini preventivi e/o di appoggio un counselling psicossessuale è d'obbligo per le coppie che afferiscono ai Centri di Procreazione Medico Assistita e costituisce parte integrante di un percorso volto non soltanto all'erogazione di una cura, ma alla presa in cura della coppia infertile.

Parole chiave: infertilità, sessualità, disturbi emotivi.

INTRODUZIONE

La letteratura internazionale ha ampiamente analizzato la relazione esistente tra gli aspetti psicologici e l'infertilità di coppia con risultati spesso contraddittori. Dalla prospettiva psicogenica in voga fino alla metà degli anni '80, quando i progressi della medicina riproduttiva hanno svelato l'eziopatogenesi della gran parte dei problemi di infertilità, si è passati a considerare le conseguenze psicossessuali dell'incapacità di generare, sia sul versante qualitativo che quantitativo, per entrambi i partners (1). Esistono numerosi problemi metodologici in questo settore di ricerca e i dati di cui disponiamo derivano per la maggior parte dall'esperienza clinica che definisce l'infertilità come un immenso distress cui la coppia deve adattarsi, possibilmente con l'aiuto di un counseling mirato (2, 3).

L'infertilità di coppia è una malattia caratterizzata dall'assenza del bambino immaginato, è un simbolo di vuoto, è l'impossibilità di donare vita e di allargare l'universo dei propri affetti, è la mancata testimonianza familiare e

sociale della scelta d'amore di una donna e di un uomo, è una ferita che colpisce l'identità individuale, è un lutto difficile da elaborare proprio per la mancanza di una perdita reale, è il sé proiettato nel futuro che viene meno. L'infertilità di coppia è caratterizzata da colpa e vergogna per l'impossibilità di compiere il proprio destino biologico e pone gli individui in una dimensione di incompiutezza che investe tutte le aree della vita, affettiva, relazionale e lavorativa. E' anche una prova di forza, che si realizza nel percorso tortuoso per raggiungere l'obiettivo di cui la Dea Scienza sembra oggi sempre più poter farsi garante, e nel risvegliarsi come coppia, oltre il progetto figlio sognato e fallito - o anche realizzato - dopo tanti tentativi che inevitabilmente hanno snaturato e/o ristrutturato il senso dello stare insieme. Il significato della rinuncia e l'epoca in cui si verifica, fin da subito o dopo pochi o tanti tentativi, è molto profondo e permea di sé tutte le dinamiche dell'esistenza. L'infertilità come "crisi di vita", infatti, ha delle conseguenze psico-relazionali che dipendono essenzialmente dall'effetto tempo, cioè dalla durata del problema e dal

numero di indagini e procedure volte a risolvere il problema, e dal grado di distress vissuto da entrambi i componenti della coppia, a sua volta fortemente influenzato dal contesto socio-culturale di riferimento (4, 5). Non vi è dubbio che la malattia del generare comporta un profondo riassetto della relazione di coppia, soprattutto dell'espressione della sessualità tra erocità e procreazione. L'incapacità di generare è un "non evento" critico dell'evoluzione dell'identità maschile e femminile con un impatto più marcato nella donna che è "normalmente" creatrice di vita (6).

INFERTILITÀ E SESSUALITÀ

La lunghezza dell'iter diagnostico così come gli insuccessi terapeutici ripetuti, prima e dopo l'approdo ad un centro per la procreazione medica assistita, e ancor di più la sensazione di essere espropriati della propria intimità, nel senso che alle coppie viene chiesto di avere rapporti sessuali in modo che qualcun altro, dal punto di vista medico ("sex for doctors"), possa valutarne i risultati, insieme all'ansia e al senso di frustrazione, diventano uno sfondo ideale per la nascita di problematiche relazionali e sessuali (7).

Le motivazioni che inducono un problema di coppia laddove ne esiste uno di infertilità sono legate al significato simbolico che si attribuisce alla generatività e allo stress emotivo che si crea nella relazione. Benchè le coppie senza figli siano accettate dalla nostra cultura, l'aver contratto il vincolo del matrimonio di per sé costituisce un "obbligo sociale e familiare" a mettere al mondo un figlio. Dobbiamo, inoltre, considerare la distinzione tra generatività e genitorialità, cioè la differenza tra il mettere al mondo un figlio e quella di essere genitori, che pone l'accento sul fatto che quando due individui hanno raggiunto la maturità di coppia, sia nel vincolo del matrimonio che di fatto, in quanto hanno una relazione sentimentale di scambio accompagnata da una relazione soddisfacente per entrambi, costituiscono la base sicura per il futuro bambino ed è del tutto naturale che desiderino costituire una famiglia in cui un figlio rappresenti un fattore di felicità. Così quando entrambi realizzano di non poter diventare genitori scatta la cosiddetta "crisi di infertilità" che è caratterizzata da un forte sentimento di colpa (disubbidisco alla legge divina "crescete e moltiplicatevi", disattendo al pilastro più arcaico del mio essere maschio, il potere virile/fecondante, o femmina, il potere della maternità) e di vergogna (non sono normale perché non sono come gli altri, non posso dare al mio partner quel figlio che tanto desidera e ai miei genitori i nipotini tanto attesi) che spesso si associa all'idea di una sessualità non più finalizzata alla procreazione e quindi in qualche modo non giusta. Le aspettative dei partners e del loro microcosmo familiare e sociale vengono in qualche modo disattese e nell'assumersi un certo grado di colpa e vergogna ciascuno dei componenti della coppia può sviluppare angoscia abbandonica e/o un senso di ribellione alla relazione stessa, perché sterile. L'infertilità viene spesso attribuita dalla donna a punizioni per rapporti sessuali precedenti al matrimonio, utilizzo di contraccettivi, eventuali pregresse interruzioni volontarie di gravidanza. Il maschio spesso non riesce a capire perché sia toccato proprio a lui che con la prima eiaculazione ha da sempre avuto la certezza che il binomio virilità/fertilità fosse inscindibile e talvolta arriva a porsi interrogativi su una sua possibile omosessualità latente, nascosta alla vista del mondo e di se stesso attraverso la relazione con la partner (8, 9).

Spesso lo stress emotivo nella relazione nasce semplicemente dall'idea di non fare più l'amore, ma di fare un bambino. Si osserva, infatti, un frequente calo del desiderio con deficit erettivi e ansia da prestazione proprio a "metà ciclo" quando la donna, supposta fertile, percepisce il massimo del suo desiderio, spesso non desiderando più il partner nei periodi invece cosiddetti infertili e manifestando a sua volta deficit di lubrificazione, dolori ai rapporti e alterazioni del vissuto orgasmico (7). In 175 coppie infertili intervistate, il sintomo eiaculazione precoce era pari al

66%, mentre le disfunzioni erettile erano presenti nel 15%. Le partner riportavano rapporti sessuali dolorosi nel 58% dei casi e calo della libido nel 28% (10).

Il maschio tende a svaloriare il suo io e dunque a devirilizzarsi in quanto, in una prospettiva medica, si sente non valido perché non fecondante. Può, pertanto, in modo del tutto inconsapevole, disinvestire dalla sessualità coniugale e modificare i suoi atteggiamenti verso la partner che a sua volta può costituire un'enorme fonte di distress. Dopo una diagnosi di azoospermia, infatti, il 63% dei pazienti sperimenta un periodo di impotenza, mentre l'87% delle partners prova rabbia verso il partner con idee di riserva ed abbandono nei suoi confronti accompagnate da forti sensi di colpa. Qualora la partner non sviluppi delle reazioni nei confronti della diagnosi, l'impotenza non si verifica (11).

D'altro lato, il sesso a comando, la masturbazione dopo l'astinenza per attribuire un valore riproduttivo ad una eventuale performance sessuale, ecc. mortificano la spontaneità a tal punto da provocare un'inibizione (12) che oggi si è proposto di ovviare mediante l'utilizzo di farmaci specifici ed efficaci per la funzione erettile come per esempio il sildenafil (13). Questa espropriazione del sé sessuale può essere una fonte di abbandono dell'iter medico, non sempre compresa fino in fondo dalla partner. In questa fase la donna tende, infatti, a subordinare progressivamente la sessualità al desiderio di gravidanza e al progetto procreativo. Nonostante talune patologie correlate all'infertilità possano accompagnarsi a sintomi sessuali importanti, soprattutto di natura dolorosa, la donna privilegia comunque l'attività sessuale nei periodi supposti fertili, a completo discapito dell'aspetto edonistico dell'eroticità. Non si può escludere che questa spinta biologica non sia soltanto di natura intenzionale, ma sia sostenuta dalle ampie fluttuazioni ormonali indotte dalla maggior parte dei protocolli di terapia dell'infertilità che, seppur considerati intrusivi nell'equilibrio femminile, per esempio sul versante del peso e dell'immagine corporea, sono accettati quasi sempre di buon grado in nome del progetto maternità (7). Un dato recente dimostra come nella coppia infertile sia il partner a risentirne di più sul piano della soddisfazione sessuale, mentre la partner dimostra una più bassa qualità di vita e un minor adattamento coniugale, senza nessuna apparente modificazione della qualità di vita sessuale (14). La subordinazione femminile alla procreazione può portare ad una progressiva intensificazione dei rapporti, visti in un'ottica biologica-funzionale e non emotiva-affettiva, con richieste pressanti nei confronti del partner che, seppure può essere disponibile, si sente stressato da un'esperienza che ha i connotati dell'esercizio fisico e risulta, pertanto, poco soddisfacente. Il partner tende, inoltre, ad esteriorizzare poco il suo disagio psico-affettivo e a non condividere, diversamente dalla partner, le emozioni che accompagnano l'esperienza dell'infertilità e delle sue cure (15).

Una sessualità senz'anima in una coppia che si ama è deleteria per entrambi e comporta sintomi sessuali che non devono essere sottovalutati perché possono condurre la coppia fino alla richiesta della fecondazione assistita, di un concepimento senza sesso. D'altro canto si calcola che il 10% dei problemi di infertilità sia causato da patologie psicosessuali, quali vaginismo, impotenza e disturbi dell'eiaculazione, compensate nella coppia fino al momento in cui scatta il desiderio di avere un figlio (16-18).

Uno studio di follow-up ha messo in evidenza come la fecondazione assistita (FIVET) soprattutto quando sopraggiunge un fallimento, sembra influenzare negativamente la qualità del matrimonio e il grado di soddisfazione generale della donna, anche se strumenti standard di misurazione della soddisfazione sessuale e coniugale non hanno messo in evidenza differenze significative tra le donne in cui la FIVET aveva avuto successo rispetto alle donne rimaste senza figli o che ne avevano adottati (19).

I sintomi sessuali possono comunque avere una dimensione transitoria ed esistono numerose dimostrazioni di un miglioramento del livello di comu-

nicazione e intimità nella coppia con un maggior investimento sul partner, come se l'impossibilità a diventare genitori e la perdita del bambino immaginato possano stimolare la ricerca di risorse interiori capaci di creare una complicità che aiuti entrambi a superare la frustrazione. A volte, le coppie rielaborano insieme il lutto e valorizzando i pilastri dell'identità di cui dispongono, una relazione sessuale soddisfacente, un lavoro gratificante e un buon grado di autostima, riescono ad accettare l'idea che non saranno mai genitori biologici. Altre volte, la coppia sbilancia completamente la propria vita nella ricerca del figlio, la persistenza del bisogno di maternità biologica, più che di paternità, è talmente forte che si segue ogni strada possibile, a volte la coppia si rompe nel cammino, altre volte resiste unita e corona il suo successo riequilibrandosi nel tempo (20, 21).

L'IMPORTANZA DEL COUNSELLING

L'impatto della diagnosi di infertilità e dei trattamenti volti alla sua risoluzione merita un counseling psico-sessuologico in entrambi i componenti della coppia che non è sempre di così facile realizzazione nella routine clinica. L'impegno degli ambulatori e dei centri specialistici è però sempre più orientato non soltanto ad "erogare la cura", ma a "prendersi cura" in modo globale, contestualizzando il problema nell'universo affettivo e relazionale della donna e della coppia. Non si tratta soltanto di un problema medico sul quale fornire ogni tipo di informazione, ma è necessario comprendere le caratteristiche della coppia che giunge all'attenzione dello specialista, in termini di vissuto dell'infertilità sul versante personale, di coppia, socio-familiare. Il counseling può essere svolto a vari livelli di complessità e deve porsi l'obiettivo di prevenire le conseguenze psico-sessuali dell'infertilità, oltre che di favorire il processo di adattamento all'iter diagnostico-terapeutico, tenendo in considerazione le differenze tra i partners. Dovrebbe essere svolto da personale con una formazione specifica e il metodo di lavoro andrebbe adattato alle esigenze specifiche della coppia, identificando quella percentuale di soggetti veramente stressati dalla diagnosi o dalle procedure stesse (22-25). Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di varie modalità di counseling sugli aspetti più squisitamente psicologici e sull'importanza che esso assume per favorire un esito positivo del percorso infertilità (15, 22, 26, 27). Per quanto riguarda gli aspetti sessuologici, le difficoltà metodologiche nel definire le disfunzioni sessuali e la loro effettiva rilevanza nella vita della coppia infertile hanno limitato lo studio di casistiche controllate (3, 7).

Dal punto di vista pratico, è opportuno avere un'attenzione sessuologica nella consultazione stimolando la coppia ad esprimere emozioni e sentimenti relativi ad eventuali difficoltà sul versante sessuale. L'informazione preventiva che sintomi sessuali possono accompagnarsi eventualmente alla diagnosi e all'iter dell'infertilità può essere già terapeutica di per sé e, nell'eventualità che si identifichi un sintomo sessuale da declinare in modo differente al maschile e/o al femminile, il counselor deve aiutare il soggetto a mettere il disturbo nella giusta prospettiva e ad identificare una strategia terapeutica. Non sempre è così facile introdurre il tema sessualità nella consultazione della coppia infertile, in quanto può essere percepito come intrusivo e non pertinente (vogliamo un bambino non una lezione su come si fa!), soprattutto in quelle coppie che hanno effettivamente già bisogno di un aiuto in questo ambito o che non ne sentono affatto la necessità (22). Spesso esistono delle differenze di comportamento tra il portatore del sintomo e chi lo subisce, che a volte però può rappresentare l'induttore del sintomo stesso, in un'ottica fortemente difensiva dell'equilibrio di coppia, seppur patologico. Pertanto, può essere estremamente difficile indirizzare il soggetto verso una terapia specifica, così come anche pone numerose difficoltà la richiesta di farsi garanti di un concepimento senza sesso in quelle coppie che rifiutano di affrontare un problema sessuale che è causa della loro infertilità (6, 8).

Comunque, gli obiettivi nel counseling psico-sessuale devono comprendere una discussione sistematica sul tema della sessualità, l'identificazione del grado di distress che un eventuale problema sessuale pone all'individuo e/o alla coppia, la valutazione degli aspetti psicologici legati alla crisi di infertilità che possono indurre sintomi sessuali, la rieducazione ad una sessualità che sia piacere e non lavoro (22). Sulla base delle linee guida identificate dalla classificazione corrente dei disturbi sessuali (DSM-IV) e dalle conferenze di consenso sul versante maschile e femminile è importante diagnosticare il sintomo, valutare se esso è primitivo o acquisito, generalizzato o situazionale, psicologico od organico o misto, isolato o in relazione ad altri sintomi sessuali propri o del partner, e proporre un adeguato trattamento (28-30).

L'anamnesi sessuologica integrando elementi di medicina generale, aspetti uro-ginecologici, uro-andrologici, endocrini, psicologici, ecc., richiede un certo tempo e una discreta esperienza. Andrebbe, nel caso della sterilità, condotta con entrambi i componenti della coppia, separatamente ed insieme. Le difficoltà maggiori nell'ottenere delle corrette informazioni derivano dal codice di comunicazione che abbiamo appreso come classe medica, direttivo, mirato alla diagnosi e alla terapia che mal si adatta alle molteplici sfumature dei sintomi sessuali. Un training specifico è ormai d'obbligo per gli operatori del settore, indipendentemente dalla presenza di un counselor all'interno dell'equipe di specialisti.

Il vero elemento chiave nella storia di un soggetto con un problema sessuale è l'identificazione del sintomo dominante che deve essere descritto in ogni suo aspetto: insorgenza, decorso, durata, fattori aggravanti o allevianti, sintomi associati, inquadrandolo nella storia medica generale e determinando il grado di stress che la patologia sessuale comporta per la persona e per la coppia, soprattutto in relazione al tempo trascorso dall'esordio. Il contesto del sintomo è poi estremamente importante al fine di determinare che cosa lo ha scatenato e i principali ostacoli alla sua risoluzione, soprattutto in relazione al problema dell'infertilità e alle sue molteplici sfaccettature diagnostico-terapeutiche. Il soggetto deve sempre essere partecipe al processo di decodificazione del sintomo e deve sentirsi sollecitato ad esprimere un proprio parere sulle cause della sua patologia e sulle possibili strategie per risolvere il problema. In ambito clinico, è particolarmente importante avere ben presenti tutte le possibili cause organiche e farmacologiche, ad oggi note, che possono determinare e/o favorire l'insorgenza e il mantenimento di un sintomo sessuale, soprattutto se tale sintomo è di tipo acquisito secondario. Inoltre, occorre sviluppare una adeguata capacità di invio in ambito psicoterapeutico per disturbi primitivi generalizzati e/o secondari situazionali, senza creare false aspettative sulla reale abilità a risolvere il problema con un rapido intervento medico (31).

CONCLUSIONI

La sterilità di coppia è sempre un disturbo bio-psico-relazionale che va affrontato come tale. L'aver un figlio soddisfa indubbiamente la componente narcisistica "onnipotente", presente in ogni individuo, in quanto conferma l'identità biologica e permette ai genitori di avere un "oggetto" su cui trasferire la possibilità di realizzare sogni e desideri, ma assicura anche al bambino una madre ed un padre in grado di rispettarne i bisogni e di favorirne lo sviluppo. Il fallimento naturale alla procreazione, sia in presenza di cause organiche che intrapsichiche, si accompagna nella maggior parte dei casi a conflitti e tensioni sul piano relazionale e sessuale di cui occorre tener conto per l'adeguatezza delle cure. Soprattutto la decisione di ricorrere alla fecondazione assistita richiede un'attenta analisi dell'adattamento emotivo dei due partner per evitare pericolose scissioni tra la richiesta di un figlio "ad ogni costo" e la reciproca "scelta d'amore" di cui gli operatori del settore diventano gli artefici.

BIBLIOGRAFIA

1. Seibel MM, Taymor ML. Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 1982; 37:137-45.
2. Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. *Curr Womens Health Rep* 2002; 2:194-9.
3. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1997; 45:1679-704.
4. Flamigni C, Mulinelli P. *Curare la sterilità*. Carocci ed Roma 2001.
5. Menning BE. The infertile couple: a plan for advocacy. *Child Welfare* 1975; 54:454-60.
6. Baldaro Verde J, Nappi RE. *Donne Nuove*. Franco Angeli ed 2001.
7. Coeffin-Driol C, Giami A. The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature. *Gynécologie Ostétrique & Fertilité*, in press.
8. Baldaro Verde J. Diventare genitori: dall'acquisizione dell'identità sessuale certa alla genitorialità. In: Baldaro Verde J, Cersosimo L, Genazzani AR (a cura di) *Il Consultorio Familiare CIC Edizioni Internazionali Roma* 1997:31.
9. Veggetti Finzi S. *Il bambino della notte*. Mondadori ed Milano 1990.
10. Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian J Med Sci* 2000; 54:1-7.
11. Berger DM. Impotence following the discovery of azoospermia. *Fertil Steril* 1980; 34:154-6.
12. Saleh RA, Ranga GM, Raina R, et al. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril* 2003; 79:909-12.
13. Jannini EA, Lombardo F, Salacone P, et al. Treatment of sexual dysfunctions secondary to male infertility with sildenafil citrate. *Fertil Steril* 2004; 81:705-7.
14. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, et al. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004; 63:126-30.
15. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility. *J Counsel & Develop* 2000; 78:400-10.
16. Fagan PJ, Schmidt CW Jr, Rock JA, et al. Sexual functioning and psychologic evaluation of in vitro fertilization couples. *Fertil Steril* 1986; 46:668-72.
17. D'Ambrogio G, Nappi RE, Tarabusi M, et al. La riuscita o il fallimento della fecondazione e le sue ripercussioni sulla vita della coppia. *Sessuologia '93 - L'identità sessuale e le sue vicissitudini - La sessuologia quale integrazione tra biologico e psicologico*. Baldaro Verde J, Genazzani AR, Marrama P (eds.). CIC Edizioni Internazionali Roma 1993:216.
18. Greil AL, Porter KL, Leisko TA. Sex and intimacy among infertile couples. *J Psychol Hum Sex* 1989; 2:117-38.
19. Leiblum SR, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod* 1998; 13:3569-74.
20. Graziottin A, Scopesi A, Stagno P, et al. Vissuti psicosessuali nell'infertilità di coppia. *Sessuologia '93 - L'identità sessuale e le sue vicissitudini - La sessuologia quale integrazione tra biologico e psicologico*. Baldaro Verde J, Genazzani AR, Marrama P (eds.). CIC Edizioni Internazionali Roma 1993:246.
21. Baldaro Verde J, Nappi RE. Desiderio di maternità e paternità nelle coppie eterosessuali e nelle coppie omosessuali. *Il Consultorio Familiare - Contraccezione e Desiderio di Maternità*. Baldaro Verde J, Cersosimo L, Genazzani AR (eds.). CIC Edizioni Internazionali Roma 1998:217.
22. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, et al. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human Reprod* 2001; 16:1301-4.
23. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *J Behav Med* 1999; 22:341-58.
24. Stammer H, Wischmann T, Verres R. Counseling and couple therapy for infertile couples. *Fam Proc* 2002; 41:111-22.
25. Anderson KM, Scarpe M, Rattray A, et al. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res* 2003; 54:353-5.
26. Lemmens GM, Vervaeke M, Enzlin P, et al. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* 2004; 19:1917-23.
27. Facchinetti F, Tarabusi M, Volpe A. Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29:162-73.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4rd ed Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
29. Nehra A, Steers WD, Althof SE, et al. Third International Conference on the Management of Erectile Dysfunction: Linking Pathophysiology and Therapeutic Response. *J Urol* 2003; 170:S3-5.
30. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the International Consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163:888-93.
31. Cioffi L, De Placido G, Fusco F, et al. *Le disfunzioni sessuali femminili*. Pacini ed, Pisa 2003.