

UNIVERSITATEA „ALEXANDRU IOAN CUZA”
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI
- IAȘI -

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Infertilitatea feminină – o abordare psiho-socială

COORDONATOR:

Conf. Univ. Dr. Adina KARNER-HUȚULEAC

Student doctorand:

Florentina-Larisa FOTI (căs. Neagu)

2024

Structura tezei de doctorat

Introducere.....	4
Capitolul 1. CADRUL TEORETIC.....	10
1.1. Conceptele cercetării.....	10
Infertilitatea. Considerații generale, implicații în sănătatea mintală.....	10
Depresia. Considerații generale, cauze și efecte în rândul femeilor infertile.	15
Anxietatea. Considerații generale, cauze și efecte în rândul femeilor infertile.....	17
1.2. Contextul psihosocial și infertilitatea.....	18
1.3. Modele teoretice ale infertilității.....	20
Modelul teoretic biopsihosocial al infertilității (Gerrity, 2001)	20
Modelul multi-dimensional al stresului asociat infertilității (Zurlo et al., 2020)	20
Capitolul 2. SCOPUL ȘI ETAPELE CERCETĂRII.....	21
2.1. Scopul cercetării.....	21
2.2. Etapele cercetării.....	23
Capitolul 3. REZULTATELE CERCETĂRII.....	24
3.1. Studiul 1. Importanța maternității și impactul asupra infertilității – studiu descriptiv explorator cu privire la influența macro-sistemului și a mezo-sistemului.....	24
3.1.1. Introducere.....	24
3.1.2. Maternitatea – conceptul central al cercetării.....	25
3.1.3. Modelul teoretic.....	27
3.1.4. Metodologia cercetării.....	29
3.1.5. Rezultatele cercetării.....	31
3.1.6. Discuții.....	51
3.1.7. Dificultăți, limite și direcții viitoare.....	54
3.2. Studiul II. Predictorii ai depresiei și anxietății în rândul femeilor infertile - studiu corelațional transversal.....	56
3.2.1. Introducere.....	56
3.2.2. Conceptele cercetării.....	57
3.2.3. Modelele teoretice care fundamentează cercetarea.....	68
3.2.4. Metodologia cercetării.....	71
3.2.5. Rezultatele cercetării.....	78
3.2.6. Discuții.....	104

3.2.7. Dificultăți apărute, limite și direcții viitoare.....	108
3.2.8. Concluzii.....	108
3.3. Studiul III. Importanța intervenției psihoterapeutice și psihoeducaționale în profilaxia tulburărilor psiho-emoționale ale femeii infertile – studiu cvasiexperimental.....	110
3.3.1. Introducere.....	110
3.3.2. Schemele emoționale și terapia specifică.....	111
3.3.3. Diferențierea de sine și terapia specifică.....	113
3.3.4. Metodologia cercetării.....	116
3.3.5. Rezultatele cercetării și semnificația/ utilitatea lor.....	132
3.3.6. Discuții.....	149
3.3.7. Probleme /dificultăți care au apărut pe parcursul realizării cercetării.....	152
3.3.8. Concluzii.....	153
Capitolul 4. DISCUȚII ȘI CONCLUZII GENERALE.....	155
4.1. Concluzii, implicații teoretice și practice.....	155
4.2. Limite, Avantaje, și direcții viitoare de cercetare.....	161
4.3. Probleme /dificultăți care au apărut pe parcursul realizării cercetării.....	163
Referințe.....	164
Anexe.....	199
Anexa1. Ghid de interviu focus-grup.....	199
Anexa 2 SCALA SCREENIVF (van Dongen et al., 2016)	201
Anexa 3 CHESTIONAR IFQ (Bernstein et al.,1985)	205
Anexa 4 SCALA ISS (Cook, 1994)	207
Anexa 5 SCALA CSIW (Karaca et al., 2018)	208
Anexa 6 SCALA LESS II (Leahy, 2017)	211
Anexa 7 Scala DSI-R (Skowron & Schmitt, 2003)	213
Anexa 8 Output SPSS studiul II.....	215
Anexa 9 Output SPSS studiul III.....	268

Capitolul 1. CADRUL TEORETIC

Introducere

Problematika infertilității a reprezentat o preocupare constantă de-a lungul anilor. Rautakallio-Hokkanen (2018) estimează că mai mult de 25 de milioane de oameni din Uniunea Europeană se confruntă cu acest diagnostic, iar la nivel global aproximativ 1 din 6 cupluri experimentează infertilitatea. În România, Asociația pentru Reproducere Umană (2018) a sugerat că aproximativ 17% din populația fertilă examinată (4680 de participanți) se afla într-o situație de infertilitate, iar 38% dintre aceste cupluri au căutat tratament pentru infertilitate.

Infertilitatea este definită ca inabilitatea de a concepe după douăsprezece luni de contact sexual neprotejat sau după șase luni, în cazul femeilor de peste 35 de ani (Greil et al., 2010). Completări ale acestei definiții fac referire nu doar la incapacitatea de a obține sarcina ci și la incapacitatea de a duce sarcina la bun sfârșit, rezultând un făt viu.

Acest diagnostic are numeroase implicații psiho-sociale, acestea putând varia de la niveluri ușoare de stres la depresie majoră și de la presiune socială la abuzuri sau violență domestică (Anokye et al., 2017; Clifton et al., 2020; De et al., 2020; Ergin et al., 2018; Khalid & Dawood, 2020; Husain & Imran, 2021; Lakatos et al., 2017; Ozturk et al., 2019; Rooney & Domar, 2022; Taebi et al., 2021; Yokota et al., 2022; Wang et al., 2022).

Legătura dintre diagnosticul de infertilitate și stres a fost studiată în ambele sensuri: stresul, ca răspuns al experimentării diagnosticului (Nasim et al., 2019) dar și cauză a infertilității (Margan et al., 2022; Purewal et al., 2017; Rooney & Domar, 2022). Literatura de specialitate a ajuns la concluzia, unanim acceptată, că diagnosticul de infertilitate reprezintă o sursă de stres, chiar dacă nu reprezintă un diagnostic ce pune viața în pericol (Iordăchescu et al., 2021; Kiani et al., 2021; Li et al., 2017; Yusuf, 2016). Însă relația inversă este încă incertă, așa cum reiese din studiile citate (Margan et al., 2022; Purewal et al., 2017; Rooney & Domar, 2018).

Nu doar diagnosticul în sine reprezintă un factor de stres în infertilitate, ci și medicația și intervențiile specifice fertilizării (Rooney & Domar, 2018) și costurile ridicate ale tratamentelor (Hajela et al., 2016). Conform Centrului American pentru Controlul Bolilor, tehnologiile de reproducere umană asistată medical (RUAM) sunt definite ca orice tratament, cu excepția celor în care doar spermatozoizii sunt manipulați sau a celor care presupun doar stimulare ovariană, fără a fi urmată de extragerea și manipularea ovulelor, în care ovulele sau embrionii rezultați prin fertilizare sunt manipulați (Jain & Singh, 2022).

Din nevoia de a trata eficient, mai rapid și pentru a acoperi o paleta cât mai largă de afecțiuni ce duc la imposibilitatea de a procrea, tehnologiile de reproducere umană asistată s-au îmbunătățit constant, oferind astfel pacienților șanse mai mari de a deveni părinți, chiar dacă acestea ridică mai multe probleme etice (Foti & Karner-Huțuleac, 2021).

Anxietatea și depresia reprezintă cele mai frecvente repercusiuni psihopatologice ale diagnosticului de infertilitate, având în spate mai multe cauze: presiunea socială, dificultățile financiare, tratamentele specifice de reproducere umană asistată, incertitudinea reușitei, durata tratamentelor și timpii de așteptare dintre proceduri. Totodată, nivelurile ridicate de depresie sunt asociate, în rândul femeilor care se confruntă cu infertilitatea, cu renunțarea la tratament după primul ciclu sau evitarea completă a acestuia (Rich & Domar, 2016). Așadar, se creează un cerc vicios care este important să fie abordat pluridisciplinar.

Kiani et al. (2021) au realizat un review sistematic al cărei concluzie este, printre altele, că prevalența depresiei este semnificativ mai mare în rândul femeilor infertile decât în populația generală. În plus, nivelurile ridicate de depresie sunt influențate și de o stimă de sine scăzută (Porter et al., 2019), ca efect al diagnosticului de infertilitate (El Kissi et al., 2013; Wischmann et al., 2014). În rândul populației feminine, nivelurile ridicate de depresie corelează cu stresul (Kim et al., 2016), rușinea (Khalid & Davoo, 2020; Li et al., 2017), dar și cu o importanță deosebită acordată maternității, concomitant cu strategiile de coping dezadaptative (Galhardo et al., 2020). Referitor la relația dintre diagnosticul de infertilitate și anxietate, o meta-analiză recentă (Zarif Golbar Yazdi et al., 2020) ajunge la concluzia că, printre cele 14 categorii de consecințe psihosociale ale diagnosticului de infertilitate se numără și anxietatea (mărimea efectului = 1.72). Aceiași autori afirmă că atât stresul cât și anxietatea sunt influențate în mare măsură de imposibilitatea de a îndeplini un rol social și de a duce *numele familiei* mai departe, de a experimenta maternitatea și de imaginea de sine negativă (Zarif Golbar Yazdi et al., 2020).

Modele teoretice ale infertilității

Gerrity (2001) compară teoria conform căreia infertilitatea este un moment de criză (*Life-Crisis Theory*) propusă de Menning (1982) cu teoria biopsihosocială a infertilității și ajunge la concluzia că cea din urmă este mult mai cuprinzătoare și mai potrivită atunci când vine vorba de abordarea infertilității. Modelul biopsihosocial afirmă faptul că diagnosticul de infertilitate afectează individul/cuplul **la nivel existențial** (identitate, stimă de sine, imaginea de sine etc.), **emoțional** (stres, furie, depresie, vină, rușine etc.), **relațional** (probleme maritale, sexuale etc.) și **fizic** (cauzele din spatele diagnosticului, tratamentele specifice etc.). Este, de asemenea, important de luat în seamă în lucrul cu indivizii/cuplurile care se confruntă cu

infertilitatea și complexitatea relațiilor, atât a celor apropiate (partener, familie, prieteni) cât și a celor cu comunitatea, cadrele medicale și specialiștii.

Modelul multi-dimensional al stresului asociat infertilității (Zurlo et al., 2020)

Zurlo et al. (2020) au propus un model multi-dimensional al stresului în infertilitate, fundamentat pe Teoria Tranzacțională a Stresului (TTS; Lazarus și Folkman, 1984). Lazarus și Folkman (1984) subliniază faptul că în prezicerea sănătății psihologice trebuie luați în calcul, simultan, rolul mai multor factori de risc (**caracteristici individuale și situaționale**), dar și rolul factorilor de protecție (ex: **strategiile de coping**). **Această teorie se concentrează pe procesele cognitive (evaluări și cogniții) care apar într-o situație stresantă**, răspunsul la situația stresantă având în spate un proces care depinde atât de context cât și de caracteristicile individuale.

Prin intermediul modelului, Zurlo et al. (2020) au dorit să explice rolul predictiv al variabilelor introduse în model (ex. strategii de coping, vârstă, durata infertilității) în ceea ce privește anxietatea ca stare și depresia partenerilor infertili. Caracteristicile demografice și strategiile de coping au fost considerate **caracteristici individuale**, iar parametrii legați de infertilitate (tipul de diagnostic și durata infertilității), stresul asociat infertilității și dimensiunile de ajustare diadică au fost considerate **caracteristici situaționale**.

Capitolul 2. SCOPUL ȘI ETAPELE CERCETĂRII

Scopul cercetării

Prezenta teză de doctorat a urmărit atingerea următoarelor obiective:

- a preveni patologia clinică în infertilitate - profilaxie primară – prin identificarea percepției sociale cu privire la maternitate și infertilitate și a factorilor declanșatori și / sau de menținere a simptomatologiei de tip emoțional disfuncțional și diseminarea acestor informații la nivel de grup de femei de vârstă fertilă, prin sesiuni de psiho-educație;

- a preveni complicațiile și evoluția bolii (de exemplu reducerea riscului de anxietate generalizată, depresie majoră) – profilaxie secundară – prin identificarea factorilor declanșatori și/sau de menținere a simptomatologiei de tip emoțional disfuncțional și intervenția psihoterapeutică adecvată, în rândul femeilor infertile, cu sau fără experiența procedurilor de reproducere umană asistată.

Prin atingerea acestor două obiective, putem, în primul rând, veni în întâmpinarea nevoilor psihologice ale femeilor infertile, fapt ce poate preveni farmacoterapia psihiatrică, ce știm foarte bine că nu este recomandată nici înainte și nici în timpul sarcinii.

În al doilea rând, rezultatele cercetării noastre pot veni în sprijinul politicilor sociale, în sensul că, prin diseminarea acestora – chiar în cadrul unor programe publice de informare și protecție socială, vom putea trage un semnal de alarmă ce are ca scop conștientizarea, în rândul femeilor de vârstă fertile, asupra riscurilor la care se pot supune prin lipsa de informare, înainte de luarea deciziei tardive de a rămâne însărcinate.

Totodată sperăm să asistăm, odată cu publicarea și diseminarea concluziilor studiilor, la scăderea ratei de abandon a visul de a deveni părinți, prin apelarea din timp la un specialist în infertilitate ce îi poate îndruma pe cei în cauză către servicii de reproducere umană asistată, demers completat și de un pachet consistent de servicii de evaluare psihologică clinică și de suport psihoterapeutic.

Etapele cercetării

Partea empirică a tezei include **3 studii**, a căror design este descris în detaliu, mai jos. Cel dintâi este unul descriptiv explorator, cu abordare calitativă. Pe lângă informații legate de percepția socială a importanței maternității și a infertilității, această etapă își propune și culegerea de informații care pot contura considerentele ce stau la baza răspunsului emoțional disfuncțional al femeilor care se confruntă cu infertilitatea.

În organizarea modelului celui de-al doilea studiu am pornit de la premisa (Zurlo et al., 2020) că anumite caracteristici individuale (demografice: vârstă, rezidență, statut marital, orientare religioasă, nivel educațional, statut ocupațional, copii; schemele emoționale, rușinea,

și strategiile de coping) și situaționale (vina, importanța maternității, imagine de sine, relație sexuală, RUAM în curs, număr de sarcini pierdute, cauza infertilității, durata infertilității, credințe cu privire la infertilitate, suport social) sunt factori de risc/protectori în raport cu sănătatea mintală a femeii infertile. Întrucât experiența infertilității este trăită în primul rând în cuplu, dar și datorită faptului că modelul biopsihosocial al infertilității afirmă că impactul acestui diagnostic afectează individul și la nivel relațional (Gerrity, 2001), am găsit importantă evaluarea percepției asupra relației sexuale, ca parte a caracteristicilor situaționale legate de infertilitate, care completează modelul lui Zurlo et al. (2020).

Cel din urmă studiu s-a fundamentat pe rezultatele celor anterioare, de care a depins strategia intervențională, având un design cvasiexperimental. Așadar, am procedat la întocmirea unui plan de psihoterapie și psihoeducație ce a avut ca scop ameliorarea stării de sănătate psihică a participantelor (scăderea nivelului de depresie și anxietate), creșterea nivelului de diferențiere de sine (prin îmbunătățirea capacității de a lua poziția EU, scăderea nivelului de fuziune cu ceilalți, a rupturii și reactivității emoționale) și o mai bună raportare la propriile emoții (prin scăderea utilizării schemelor emoționale dezadaptative).

Capitolul 3. REZULTATELE CERCETĂRII

Studiul 1. Importanța maternității și impactul asupra infertilității – studiu descriptiv explorator cu privire la influența macro-sistemului și a mezo-sistemului

Introducere. Model teoretic. Scop

Semnificațiile asociate maternității și implicațiile acesteia au oscilat de-a lungul deceniilor de la valorizare la denigrare, de la dat spiritual la dat biologic, având răsunet atât asupra femeii în particular, dar și a societății în general. *Teoria sistemelor ecologice ale dezvoltării umane* (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 2007) subliniază faptul că evoluția individului este dependentă de interacțiunea acestuia cu ceilalți și cu mediul social și fizic, așadar însăși decizia de a deveni mamă poate fi puternic influențată de cele cinci sisteme postulate: microsistem, mezosistem, exosistem, macrosistem și cronosistem. Mai mult decât atât, contextul cultural în care femeia crește și se dezvoltă influențează semnificativ viziunea acesteia asupra vieții reproductive în ansamblul său, care include atât întreruperea de sarcină și infertilitatea, cât și sarcina, nașterea și maternitatea (Liamputtong, 2007).

În țările cu politici pronataliste, rolul de mamă reprezintă o misiune supremă (McQuillan et al., 2008). Cultura colectivităților, de asemenea, pune un mai mare accent pe

importanța maternității, în comparație cu cea individualistă. Din acest motiv, infertilitatea este percepută ca fiind o condiție rușinoasă, femeile și cuplurile infertile fiind supuse stigmatului social, ceea ce duce la un nivel ridicat de stres (Ergin et al., 2018; Mellergård & Trulsson, 2013; Yokota et al., 2022).

În prezentul studiu ne-am propus să evaluăm percepția femeilor cu privire la mesajele legate de maternitate și infertilitate, venite de la nivel macro (biserică, școală și mass-media) și mezo (familie, partener de cuplu, grup de prieteni și grup profesional), conform teoriei lui Jaspal et al. (2016) ce are la bază teoria sistemelor ecologice ale dezvoltării umane (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris 2007).

Scopul cercetării a fost acela de a contura percepția femeilor din România cu privire la **mesajele pe care macrosistemul și mezosistemul le transmit cu privire la importanța maternității și la infertilitate**. Totodată, ne-am propus să înțelegem mai bine **impactul pe care un diagnostic de infertilitate îl poate avea asupra unei femei, într-o societate colectivistă, cum este și cazul României. Aceste obiective ar putea reprezenta fundamentarea științifică care să stea la baza unui plan de intervenție psiho-socială, menit să reducă problemele de sănătate mintală specifice acestei categorii de populație. Acest plan complex ar putea îmbrăca forma unor programe publice de informare și protecție socială ce au ca scop conștientizarea impactului pe care percepția socială îl are asupra acestor femei.**

Întrebările de cercetare

Întrebarea de cercetare 1. Care sunt mesajele percepute de femei din partea macrosistemului (bisericii, școlii și mass-mediei) și mezosistemului (familiei, partenerului de cuplu, prietenilor și grupului profesional) cu privire la importanța maternității?

Întrebarea de cercetare 2. Care dintre mesajele percepute de femei ca venind din partea macrosistemului (bisericii, școlii și mass-mediei) și mezosistemului (familiei, partenerului de cuplu, prietenilor și grupului profesional) contribuie cel mai mult la percepția personală cu privire la importanța maternității?

Întrebarea de cercetare 3. Care sunt mesajele percepute de femei din partea macrosistemului (bisericii, școlii și mass-mediei) și mezosistemului (familiei, partenerului de cuplu, prietenilor și grupului profesional) cu privire la infertilitate?

Întrebarea de cercetare 4. Care este percepția femeilor cu privire la infertilitate?

Întrebarea de cercetare 5 Care este percepția femeilor cu privire la profilul femeii împlinite?

Instrumentele / metodele folosite

Ghidul de interviu pentru focus grup a fost structurat pe 3 părți. În prima parte am urmărit să răspundem la primele două întrebări de cercetare care se concentrează pe importanța maternității. În a doua parte întrebările au avut scopul de a contura percepția dominantă, la nivel macro, mezo, și micro (percepție personală) cu privire la infertilitate, iar în final, ne-am propus să reducem informația la esențial prin rugămintea adresată participantelor de a completa fraza lacunară: “*O femeie se simte împlinită doar dacă.....*”.

Mod de aplicare a interviului semi-structurat și interpretarea rezultatelor

În procesul de colectare a datelor am optat pentru metoda focus-grup. Focus-grupul reprezintă o metodă calitativă de colectare a datelor ce constă în organizarea unuia sau mai multe grupuri de oameni în care discuțiile sunt direcționate de către moderator prin intermediul întrebărilor deschise (Krueger și Casey 2005), cu scopul de a *obține cunoștințe aprofundate privind atitudinile, percepțiile, credințele și opiniile indivizilor cu privire la o problemă specifică* (Then et al., 2014). Focus-grupurile au fost realizate la cabinetul de psihoterapie al doctorandei sau prin intermediul platformei Zoom, cu sprijinul altor doi moderatori. Întreaga echipă terapeutică are aceeași formare profesională și anume psihoterapie sistemică de cuplu și familie. În funcție de modalitatea de desfășurare (fizic/on-line) discuțiile au fost înregistrate audio/video.

Ca metode de analiză a datelor calitative am folosit analiza globală și codarea tematică. Analiza globală a vizat percepția femeilor referitor la mesajele pe care macrosistemul și mezosistemul le transmit cu privire la importanța maternității. Cu ajutorul codării tematice am identificat temele din jurul *surselor de împlinire ale femeii și infertilitate*. Pentru a răspunde la întrebarea dacă nu cumva societatea plasează femeia infertilă pe o treaptă inferioară în ierarhia socială, ne-am folosit de analiza frecvențelor răspunsurilor. Programul folosit pentru prezentul studiu a fost Nvivo 12.

Rezultatele cercetării

Rezultatele cercetării includ informațiile culese prin intermediul a 6 sesiuni focus-grup, ce au însumat un număr de 35 de participante (21 mame și 14 *non-mame*), având o vârstă medie de 35.37 ani. Ne-am oprit la cel de-al șaselea grup datorită faptului că nu s-au conturat noi teme, ajungând la saturație (Scârneci, 2006).

Pe scurt, rezultatele arată că maternitatea este încă extrem de importantă, fiind un deziderat social, o datorie și o sursă de împlinire, rezultate ce sunt în acord cu cele prezentate

în literatura de specialitate (Ashburn-Nardo, 2017; Rotariu, 2006). *La polul opus, infertilitatea, în acord cu cele descoperite până în prezent* (Ergin et al., 2018; Wenzel, 2020) este văzută ca un defect, o condiție dizabilitantă ce pune femeia infertilă pe o treaptă inferioară, conturându-se o pseudo-acceptare a infertilității în ultimii ani.

Rezumând, influența pe care macro-sistemul o poate avea în conturarea percepției cu privire la importanța maternității, putem spune că *ordinea* impusă de cei trei factori de influență (biserică, școală, mass-media) este următoarea: finalizarea studiilor, carieră, (căsătorie), maternitate. Din punct de vedere al vârstei la care este bine ca femeile să devină mame, vârsta de 30 de ani pare o limită – maximă din punct de vedere al familiei și bisericii, minimă din punct de vedere al mass-media. Tot către amânarea concepției îndeamnă și grupul profesional, maternitatea fiind *o piedică* în intrarea pe piața muncii sau atingerea unui țel mai înalt în carieră. Ca număr de copii, din nou pare că avem un punct comun – doi copii. Prin lentila grupului de prieteni acesta e numărul maxim acceptat, iar din punct de vedere al bisericii și familiei numărul minim. Mass-media și școala idealizează familia compusă din mamă, tată și doi copii, cu toate că prin intermediul reclamelor și al Internetului se pune accent inclusiv pe tiparul femeii singure, cu o carieră de succes, sau al femeii-mamă-de carieră (*super-femeia care le face pe toate, fiind sau nu într-o relație*).

Familia de origine, ca parte a mezo-sistemului, este cea care pune accent, în cea mai mare măsură, pe îndeplinirea acestui rol. Femeia *trebuie* să devină mama, să aducă moștenitori pentru *a-i face bunici* pe propriii părinți și pentru a duce mai departe numele familiei. Presiunea pe care familia o pune în urmarea unui drum clar definit, este în acord cu concluziile studiilor anterioare care arată că părinții din zonele cu o cultură colectivistă au așteptări mai mari referitoare la obligațiile familiale ale copiilor și adoptă un stil de parenting bazat pe control psihologic (Gorla et al., 2024; Lu et al., 2023). Partenerul de cuplu pare a avea o influență mai adesea în decizia de a (nu mai) avea un alt copil, o primă sarcină fiind cel mai adesea o decizie luată de comun acord. Grupul de prieteni pare a nu avea, la o privire de ansamblu, nicio influență. Însă, analizând discursul în profunzime, ne punem întrebarea dacă nu cumva a te aștepta să concepi copiii *în aceeași perioadă* cu celelalte cupluri din grup nu reprezintă, de fapt, o influență subliminală.

Presiunea din partea grupului profesional se resimte mai degrabă din partea angajatorilor care văd angajata ca pe un *generator de venituri*, iar un concediu de maternitate ar da peste cap buna desfășurare a lucrurilor. Aceste rezultate vin să confirme concluziile trase de Stan (2019) care, analizând mesaje de pe Internet despre povara de a fi mamă, ca parte a discursului culturii corporatiste, subliniază faptul că, prin lentila corporațiilor, maternitatea ar

duce către o incompatibilitate cu stilul de viață modern, pune piedici în carieră, iar rolul de mamă este văzut ca aducând o responsabilitate copleșitoare; așadar, viața profesională este văzută ca fiind incompatibilă cu maternitatea.

În acord cu *teoria stărilor de așteptare* (Correll & Ridgeway, 2003) pare că femeia de carieră, de preferat și mamă, este văzută ca având un statut social superior, ceea ce plasează femeia infertilă pe o treaptă inferioară. Poziția de inferioritate este subliniată în dialogul dintre participante, de unde reiese clar faptul că infertilitatea este percepută ca o condiție *dizabilitantă* (*defect*). Percepția acestei condiții medicale ca fiind un defect sau un neajuns a fost și concluzia studiului condus de Lazare (1987), cu completarea ulterioară a faptului că stigmatul social este un predictor al acestor percepții (Rose et al., 2017).

În ceea ce privește diagnosticul de infertilitate observăm că se conturează o pseudo-acceptare a acestuia, care îmbracă de fapt alte scopuri (profitul unităților sanitare specializate în reproducere umană și menținerea îndelungată a femeii în câmpul muncii pentru a fi un veritabil *generator de venituri* la nivel de societate). Această idee este întărită și din modul în care o femeie infertilă este văzută/se vede pe sine în România – ca fiind defectă, un eșec, o problemă, o persoană inferioară, o victimă, etc. Stigmatul social nu mai atinge cote atât de ridicate ca în trecut (Ergin et al., 2018), însă, ținând seama de concluziile literaturii de specialitate conform cărora femeile cu diagnostic de infertilitate experimentează mai mult stigmat în țările cu o cultură colectivistă, decât în cele cu specific individualist (Mellergård & Trulsson, 2013), putem concluziona că rezultatele prezentului studiu în relație cu infertilitatea se explică tocmai pe baza fondului cultural.

Acest studiu are atât implicații teoretice, cât și practice. Rezultatele aduc un plus de informație și adaugă literaturii de specialitate o mai bună cunoaștere a modului în care sunt percepute maternitatea și infertilitatea în cultura colectivistă românească.

În ceea ce privește aplicabilitatea, concluziile trase pot fi un punct de plecare în întocmirea unor programe de informare cu privire la sănătatea reproductivă, planificarea familială, echilibrul dintre viața personală și cea profesională, accentul fiind pus pe conștientizarea riscurilor de amânare a maternității (de ex. infertilitatea). Astfel de intervenții sociale ar trebui să se desfășoare atât în instituțiile de învățământ (licee, universități), cât și prin transmiterea în masă (grupuri de informare, mass-media, programe de conștientizare etc.) astfel încât să ajungă la populația de toate vârstele.

De asemenea, rezultatele pot facilita o mai bună abordare pluridisciplinară a diagnosticului de infertilitate prin: 1) a nu neglija un posibil stigmat al femeilor care se confruntă cu imposibilitatea de a avea copii și prin 2) a facilita creșterea nivelului de

conștientizare a pacientelor cu privire la o posibilă ambivalență în mesajele sociale referitoare la importanța maternității versus importanța carierei, ce poate duce la amânarea concepției până în punctul în care aceasta devine, biologic, dificilă.

Conturarea percepției sociale cu privire la importanța maternității poate fi o ancoră terapeutică ce ar avea ca scop facilitarea conștientizării cu privire la impactul pe care societatea îl poate avea asupra sănătății psihice a femeilor infertile. Totodată, acest obiectiv ar putea reprezenta fundamentarea științifică care să stea la baza unui plan de intervenție psiho-socială, menit să reducă problemele de sănătate mintală specifice acestei categorii de populație. Acestea pot îmbrăca forma unor programe publice de informare și protecție socială.

Studiul 2. Variabilele mediatoare și moderatoare în sănătatea mintală a femeilor infertile.

Introducere. Model teoretic. Scop

Abordarea impactului pe care factorii psihologici (stres, imaginea de sine, depresie, anxietate, sexualitate, stima de sine, calitatea vieții, suportul social) îl pot avea asupra sănătății reproductive, dar și invers, în sensul impactului pe care infertilitatea îl are asupra sănătății psihologice a femeii, a făcut obiectivul a numeroase studii în domeniu (Agustus et al., 2017; Rasoulzadeh Bidgoli & Latifnejad Roudsari, 2018; van Dongen et al., 2016; Zurlo et al., 2019). Din cauza acestor rezultate, specialiștii din domeniul psihologiei au fost preocupați și de rolul pe care suportul psihologic îl are în îmbunătățirea capacității de adaptare la stres și ameliorarea stării de sănătate psihică (Kousalya et al., 2013; Fard et al., 2018; Faramarzi et al., 2013), precum și în creșterea ratelor de succes în obținerea sarcinii (Domar et al. 2015).

Dintre teoriile care explică răspunsul psiho-emoțional în rândul pacienților infertili, am ales să ne fundamentăm prezentul studiu pe *Modelul teoretic biopsihosocial al infertilității* (Gerrity, 2001) și pe *Modelul multi-dimensional al stresului în infertilitate* propus de Zurlo et al. (2020). Zurlo et al. (2020) au inclus variabile demografice și strategii de coping, ca parte a *caracteristicilor și resurselor individuale* și parametri specifici infertilității (ex: durata infertilității), surse percepute de stres în infertilitate, indicatori de adaptare diadică ca parte a *caracteristicilor și resurselor situaționale*. Prin modelul propus, autorii au acoperit trei dintre cele patru dimensiuni propuse de Gerrity (2001): fizic, emoțional și relațional. Stresorii existențiali nu au fost incluși în model, iar literatura de specialitate concluzionează că imaginea de sine (Lundin & Elmerstig, 2015; Poddar et al., 2014; Wischmann et al., 2014), stima de sine

(Cui et al., 2021; Negoită et al., 2020) și formarea identității (Alamin et al., 2020; Facchin et al., 2021) sunt semnificativ afectate de diagnosticul de infertilitate.

Având în vedere rezultatele contradictorii referitoare la predictorii anxietății și depresiei în rândul pacientelor infertile, ne-am propus prin acest studiu să evidențiem care ar fi factorii de protecție ce le-ar putea ajuta pe femeile care experimentează acest diagnostic să-și mențină o stare mintală cât mai bună, conturând două modele explicative, unul pentru anxietate și unul pentru depresie. Astfel, am putea ști cum să venim în întâmpinarea nevoilor psihologice ale femeilor infertile, fapt ce poate preveni farmacoterapia psihiatrică, ce știm foarte bine că nu este recomandată nici înainte și nici în timpul sarcinii.

În al doilea rând, rezultatele cercetării noastre pot veni în sprijinul politicilor sociale, în sensul că, prin diseminarea acestora – chiar în cadrul unor programe publice de informare și protecție socială, vom putea trage un semnal de alarmă ce are ca scop conștientizarea, în rândul femeilor de vârstă fertile, asupra riscurilor la care se pot supune prin lipsa de informare, înainte de luarea unei decizii tardive de a rămâne însărcinate.

Totodată sperăm să asistăm, odată cu publicarea și diseminarea concluziilor studiilor, la scăderea ratei de abandon a visul de a deveni părinți prin apelarea din timp la un specialist în infertilitate ce îi poate îndruma pe cei în cauză către servicii de reproducere umană asistată, demers completat și de un pachet consistent de servicii de evaluare psihologică clinică și de susținere psihoterapeutică.

Ipotezele cercetării

Comparații

Ipoteza 1. Prezumăm că femeile care în prezent trec printr-o procedură RUAM prezintă niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate și depresie, în comparație cu cele care nu trec prin această procedură.

Testarea modelului teoretic

Ipoteza 2. Prezumăm că includerea, în fiecare pas, a caracteristicilor individuale precum rușinea internalizată, schemele emoționale și strategiile de coping, dar și a caracteristicilor situaționale precum vina, relația sexuală, imaginea de sine, credințele referitoare la infertilitate și suportul social ar explica o parte mult mai mare ***din varianța nivelului de depresie*** decât dacă am introduce în model doar caracteristicile individuale socio-demografice și caracteristicile situaționale legate de infertilitate, precum istoricul de procedură RUAM, durata infertilității, istoricul de sarcini pierdute, importanța maternității și durata și cauza diagnosticului.

Ipoteza 3. Presumăm că includerea, în fiecare pas, a caracteristicilor individuale precum rușinea internalizată, schemele emoționale și strategiile de coping, dar și a caracteristicilor situaționale precum vina, relația sexuală, imaginea de sine, credințele referitoare la infertilitate și suportul social ar explica o parte mult mai mare **din varianța nivelului de anxietate** decât dacă am introduce în model doar caracteristici individuale socio-demografice și caracteristici situaționale legate de infertilitate, precum istoricul de procedură RUAM, durata infertilității, istoricul de sarcini pierdute, importanța maternității și durata și cauza diagnosticului.

Mediere

Ipoteza 4. Presumăm că imaginea de sine și schemele emoționale disfuncționale sunt mediatori ai relației dintre vină și depresie.

Ipoteza 5. Presumăm că imaginea de sine și schemele emoționale disfuncționale sunt mediatori ai relației dintre vină și anxietate.

Mediere moderată

Ipoteza 6. Presumăm că experiența RUAM este moderator al relației dintre vină și depresie, mediată de imaginea de sine și schemele emoționale disfuncționale.

Instrumente-metode folosite

Setul de instrumente pe care participantele au fost invitate să îl completeze însumează 5 chestionare validate științific: *ScreenIVF* (van Dongen et al., 2016), *Infertility Questionnaire (IFQ)*; Bernstein, et al., 1985), *Internalized Shame Scale (ISS)*; del Rosario & White, 2006), *Coping Scale for Infertile Women (CSIW)*; Karaca et.al, 2018), *Scala Leahy de evaluare a schemelor emoționale II (LESS II)*; Leahy, 2017). Consistența internă a instrumentelor a fost analizată cu ajutorul coeficientului Alpha Cronbach.

Mod de aplicare

Am utilizat eșantionarea de conveniență, populația din care s-a făcut selecția participantelor provenind atât din rândul femeilor participante la studiul I, cât și dintre cele care apelează la servicii medicale de specialitate (trei medici specialiști în infertilitate s-au oferit să distribuie în rândul pacientelor linkul către instrumente) sau din grupurile de specialitate din mediul on-line (Facebook).

Participarea a fost una voluntară, scopul, metodele, confidențialitatea datelor, anonimatul și opțiunea de retragere din studiu în orice moment fiind explicate prin intermediul consimțământului informat. Protocolul de cercetare a fost elaborat urmând liniile directoare

etice ale universității și Declarația de la Helsinki din 2013. Timpul necesar de completare a formularului distribuit prin intermediul Google Forms a fost de aproximativ 35 de minute.

Rezultatele cercetării

Rezultatele cercetării se fundamentează pe răspunsurile a 216 participante, cu vârsta cuprinsă între 20 și 46 de ani, majoritar fiind căsătorite (86.1%), angajate (87.5%) și sunt absolvente de studii universitare (84.7%). Dintre acestea, o participantă are un copil dintr-o căsnicie precedentă, o altă participantă are copii vitregi, iar 25 (11.6 %) au conceput apelând la RUAM și 7 (3.2 %) au reușit natural, rezultatul fiind o sarcină în curs sau nașterea unui copil. Cu toate acestea, toate aceste 34 de participante încă își mai doresc copii și se confruntă în continuare cu infertilitatea.

În modelul explicativ al depresiei, am inclus statutul ocupațional, rușinea internalizată, schemele emoționale și strategiile de coping ca parte a caracteristicilor și resurselor individuale și cauza, RUAM în derulare, importanța maternității, vina/blamare, relația sexuală, imaginea de sine, credințele cu privire la infertilitate și suportul social, ca parte a caracteristicilor și resurselor situaționale. În modelul explicative al anxietății am inclus vârsta, statutul ocupațional, rușinea internalizată, schemele emoționale individuale și strategiile de coping ca parte a caracteristicilor și resurselor individuale și cauza, durata diagnosticului, importanța maternității, vina/blamare, relația sexuală, imaginea de sine, credințele cu privire la infertilitate și suportul social, ca parte a caracteristicilor și resurselor situaționale. Au fost incluse doar acele variabile care, la analizele preliminare, s-au asociat semnificativ statistic cu depresia/anxietatea.

Prima ipoteză a vizat comparații în termeni de anxietate și depresie între femeile care trec și cele care nu trec printr-o procedură RUAM, în momentul derulării studiului. Rezultatele au arătat că femeile care nu trec printr-o procedură RUAM prezintă un nivel semnificativ mai ridicat de depresie în comparație cu cele care trec, probabil din cauza faptului că tratamentul crește starea de bine a femeii, deoarece induce speranța unei reușite (Ni et al., 2021). În schimb, nu există o diferență semnificativă statistic între cele două grupuri în ceea ce privește anxietatea, rezultat ce este în acord cu concluziile la care au ajuns și Lakatos et al. (2017).

Ulterior, **ipoteza a doua și a treia** au vizat testarea *modelului teoretic conceptual al predictorilor depresiei și anxietății în rândul pacientelor infertile*, fundamentat pe modelele propuse de Gerrity (2001; Modelul teoretic biopsihosocial al infertilității) și Zurlo et al. (2020; Modelul multi-dimensional al stresului asociat infertilității). Am prezumat că includerea, în fiecare pas, a caracteristicilor individuale precum rușinea internalizată, schemele emoționale

și strategiile de coping, dar și a caracteristicilor situaționale precum vina, relația sexuală, imaginea de sine, credințele referitoare la infertilitate și suportul social ar explica o parte mult mai mare **din variația nivelului de depresie** decât dacă am introduce în model doar caracteristicile individuale socio-demografice și caracteristicile situaționale legate de infertilitate, precum istoricul de proceduri RUAM, durata infertilității, istoricul de sarcini pierdute, importanța maternității și durata și cauza diagnosticului. Rezultatele regresiei liniare multiple, prin metoda Enter, indică faptul că predictorii incluși în model explică 64% din variația variabilei dependente, coeficientul de determinare ajustat al modelului crescând de la 11% la modelul 1 care include variabilele statut ocupational, cauza infertilității, istoric RUAM și importanța maternității (ca parte a *caracteristicilor individuale și situaționale legate de infertilitate*), la 64% la modelul 4, care include toți predictorii. Acest rezultat sugerează că, în intervenția terapeutică a depresiei în rândul femeilor infertile este important să abordăm cele patru niveluri propuse de Gerrity (2001) - existențial, emoțional, relațional și fizic, cu precădere să includem tehnici pentru scăderea nivelului de rușine, care explică cea mai mare parte din variația depresiei.

Trendul se păstrează și în cazul **varianței nivelului de anxietate**, ce îmbracă forma celei de-a treia ipoteze. Rezultatele regresiei liniare multiple, prin metoda Enter, indică faptul că predictorii incluși în model explică 64% din variația variabilei dependente, coeficientul de determinare ajustat al modelului crescând de la 9% la modelul 1 care include *caracteristici individuale socio-demografice și caracteristici situaționale legate de infertilitate, precum istoricul de proceduri RUAM, durata infertilității, istoricul de sarcini pierdute, importanța maternității, durata și cauza diagnosticului*, la 72% la modelul 4, care include toți predictorii (*caracteristici individuale socio-demografice și caracteristici situaționale legate de infertilitate, rușinea internalizată, schemele emoționale și strategiile de coping, vina, relația sexuală, imaginea de sine, credințele referitoare la infertilitate și suportul social*). De asemenea, și în terapia anxietății precum și în cea a depresiei, scăderea nivelului de rușine, schimbarea credințelor negative legate de emoții, învățarea unor strategii de coping adaptativ, creșterea imaginii de sine și îmbunătățirea relației de cuplu ar trebui să devină obiective terapeutice.

În continuare, ne-am propus să testăm rolul de mediatori ai imaginii de sine și schemelor emoționale disfuncționale, în relația dintre vină și depresie (**Ipoteza 4**), respectiv vină și anxietate (**Ipoteza 5**).

Rezultatele analizei ce au vizat cea de-a **patra ipoteză** arată că există *un efect de mediere totală prin intermediul celor 2 mediatori al relației dintre vină și depresie*. Datele

obținute au mai indicat și faptul că vina este un predictor semnificativ atât al schemelor emoționale disfuncționale, cât și al imaginii de sine. Atât schemele emoționale disfuncționale, cât și imaginea de sine au o relație semnificativă statistic cu depresia.

De asemenea, există un efect de mediere totală prin intermediul celor 2 mediatori *al relației dintre vină și anxietate*. Vina este un predictor semnificativ atât al schemelor emoționale disfuncționale, cât și al imaginii de sine. Atât schemele emoționale disfuncționale, cât și imaginea de sine au o relație semnificativă statistic cu anxietatea.

În concordanță cu studii anterioare, atât vina (Karaca & Unsal, 2015; Massarotti et al., 2019; Ranjbar et al., 2015) cât și imaginea de sine (Cizmeli et al., 2013; Facchin et al., 2017; Nicolero-SantaBarbara et al., 2017) și schemele emoționale disfuncționale (Tirch et al., 2012; Rezaei & Ghazanfari, 2016; Leahy, 2007; Leahy et al., 2019; Sirota et al., 2018) corelează cu depresia și anxietatea. Rezultatele ipotezelor 4 și 5 confirmă importanța deosebită care ar trebui acordată imaginii de sine și credințelor disfuncționale despre emoții, deoarece acestea pot influența nivelul de vinovăție resimțit de femeile infertile, dar și impactul acestei emoții în sfera sănătății mintale.

În final, am completat modelul de mediere cu un moderator, și anume experiența RUAM, *prezumând că aceasta este moderator al relației dintre vină și depresie, mediată de imaginea de sine și schemele emoționale disfuncționale*. Am procedat astfel, datorită faptului că, anterior, a reieșit faptul că femeile care nu trec printr-o procedură RUAM prezintă un nivel semnificativ mai ridicat de depresie în comparație cu cele care trec printr-o astfel de experiență. Rezultatul analizei de regresie efectuată cu ajutorul extensiei PROCESS arată că experiența RUAM nu are rol de moderator al relației, mediată de scheme emoționale disfuncționale și stimă de sine, dintre vină și depresie. Această concluzie ne confirmă faptul că grupurile de terapie pot fi eterogene din punct de vedere al experienței RUAM.

Studiul 3. Importanța intervenției psihoterapeutice și psihoeducaționale în profilaxia tulburărilor psiho-emoționale ale femeii infertile – studiu experimental.

Introducere. Model teoretic. Scop

Din cauza numeroaselor implicații psiho-sociale pe care infertilitatea le are, mulți cercetători au dorit să vină în sprijinul persoanelor care se luptă cu acest diagnostic, aplicând și dezvoltând diverse strategii de suport psihoterapeutic (Cheung, 2016), dintre care cele mai des întâlnite sunt terapia cognitiv-comportamentală (van Dongen et al., 2016; Mosalanejad et

al., 2012; Solati et al., 2016; Pasha et al., 2013) și terapia bazată pe mindfulness (Abedi Shargh et al., 2015; Nery et al., 2019; Patel et al., 2020; Li et al., 2019; Galhardo et al., 2019).

O metaanaliză recentă, care evaluează eficacitatea intervențiilor psihoterapeutice în sănătatea mintală a pacienților infertili și în ratele de succes în obținerea unei sarcini viabile, concluzionează faptul că acestea se asociază cu o ușoară scădere a nivelului de stres, având totodată un efect modest asupra obținerii unei sarcini (Dube et al., 2023). Același studiu sugerează nevoia de eficientizare a metodelor de intervenție, astfel încât rezultatele să fie unele cu un impact semnificativ.

Pornind de la propunerile avansate de Dube et al. (2023), dar și celor avansate de Edwards și Wupperman (2019) conform cărora viitoarele cercetări ar trebui să ia în considerare eșantionarea de la populații cu medii culturale diverse, cohorte diferite de vârstă, experiențe de viață și/sau niveluri de funcționare diferite, am luat în calcul pentru întocmirea planului de psihoeducație și contextul cultural în care ne aflăm, unde familia influențează comportamentul individului, iar starea de bine a acestuia este scăzută dacă nu își îndeplinește rolul de părinte (David, 2015). În acest sens ne-am orientat atenția către *teoria sistemelor familiale* a lui Bowen (1978) și *teoria schemelor emoționale* (Leahy, 2017).

Conform teoriei lui Bowen (1978), familia de origine are o influență semnificativă atât în conturarea personalității individului, cât și în determinarea gradului de vulnerabilitate de-a lungul vieții (Bowen, 1978). Bowen (1978) vorbește despre *masa de ego familial nediferențiat*, care împiedică diferențierea emoțională a individului în raport cu propria familie. Indivizii cu un grad scăzut de diferențiere de sine față de membrii familiei pot dezvolta simptome sau pot avea reacții emoționale de aceeași natură, în mai mare măsură decât cei cu un grad ridicat de diferențiere a sinelui.

Modelul schemelor emoționale propus de Leahy (2002) afirmă că, odată activate emoții de tristețe, singurătate, gol interior, vină, lipsă de speranță sau jenă, interpretările pe care oamenii le folosesc în legătură cu acestea pot determina strategiile de coping pe care aceștia le vor utiliza. Atunci când interpretările sunt negative, strategiile de adaptare cel mai probabil a fi utilizate vor fi: suprimarea, evitarea, negarea, ignorarea sau chiar comportamente de tip compulsiv, cum ar fi consumul excesiv de hrană. În modelul propus de Leahy (2017) schemele emoționale se fundamentează pe mesajele despre emoții primite din familie și pot avea un impact semnificativ asupra funcționării individului, cu răsunet pe toate planurile: emoțional, personal, relațional, profesional (Leahy, 2017, p.123).

Decizia folosirii tehnicilor specifice celor două terapii a avut la bază faptul că în ambele situații se lucrează cu credințe, mesaje, valori, preluate sistemic din relațiile de atașament

semnificative, cel mai adesea din familiile de origine și ambele s-au dovedit a fi eficiente în gestionarea emoțiilor și reducerea nivelurilor de anxietate și depresie (Rezaee et al., 2016; Naderi Rajeh et al., 2017; Emam Zamani et al., 2019; Mohammadi et al., 2019).

Scopul prezentului studiu a fost acela de a întocmi un plan de intervenție psiho-educatională și psihoterapeutică care ar putea ajuta, în primul rând, la scăderea nivelului de anxietate și depresie în rândul pacientelor infertile. Totodată, am urmărit creșterea nivelului de diferențiere de sine (inclusiv îmbunătățirea dimensiunilor specifice - capacitatea de a lua poziția eu, fuziunea cu ceilalți, reactivitatea emoțională, ruptura emoțională) și diminuarea nivelului schemelor emoționale disfuncționale.

Ipotezele cercetării

Intragrup

Ipoteza 1. Prezumăm că intervenția psihoeducatională va diminua nivelul de depresie, anxietate, convingeri disfuncționale legate de emoții, reactivitate emoțională, ruptură emoțională, fuziune cu ceilalți și va crește nivelul de diferențiere a sinelui și a capacității de a lua poziția EU în rândul femeilor din grupul experimental.

Intergrup

Ipoteza 2. Prezumăm că intervenția psihoeducatională va diminua nivelul de depresie în rândul participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Ipoteza 3. Prezumăm că intervenția psihoeducatională va diminua nivelul de anxietate în rândul participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Ipoteza 4. Prezumăm că intervenția psihoeducatională va scădea nivelul convingerilor disfuncționale legate de emoții participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Ipoteza 5. Prezumăm că intervenția psihoeducatională va crește nivelul de diferențiere a sinelui în rândul participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Ipoteza 6. Prezumăm că intervenția psihoeducatională va crește capacitatea de a lua poziția EU în rândul participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Ipoteza 7. Prezumăm că intervenția psihoeducatională va scădea nivelul de reactivitate emoțională în rândul participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Ipoteza 8. Prezumăm că intervenția psihoeducațională va scădea nivelul de ruptură emoțională în rândul participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Ipoteza 9. Prezumăm că intervenția psihoeducațională va scădea nivelul de fuziune cu ceilalți în rândul participantelor la grupul de terapie, comparativ cu cele din grupul de control.

Instrumente folosite și modalitatea de aplicare

Setul de scale administrat a constat în: Scala ScreenIVF (van Dongen et al., 2016), Scala schemelor emoționale disfuncționale LESS II (Leahy, 2017) și Chestionarul diferențierii de sine-revizuit (Skowron & Schmitt, 2003; Skowron & Friedlander, 2009).

Aplicarea chestionarelor s-a realizat în 2 etape. În primă fază, în baza unui anunț distribuit pe adresele de e-mail ale participantelor la studiul II, dar și pe grupurile de specialitate din mediul online, femeile au fost invitate să participe la grupul de terapie. Cele interesate au fost contactate în privat, fiindu-le solicitată completarea setului de chestionare. Au fost alocate participante în grupul experimental, care a fost divizat în 2 subgrupuri, în funcție de disponibilitatea acestora (grupul de luni, respectiv grupul de joi). Cel de-al treilea grup a fost întocmit după un nou anunț distribuit. Numărul propus pentru grupurile de terapie a fost de minimum 10 participante și maximum 20. Grupul de control s-a constituit din participantele aflate pe lista de așteptare pentru grupul 3 și din cele care au răspuns negativ la invitația de a participa la grup, însă și-au arătat disponibilitatea de a răspunde din nou la același set de chestionare. Testarea s-a realizat astfel:

- Grup experimental: pretest cu maximum o săptămână înaintea debutului terapiei: posttest la finalul celor 10 întâlniri săptămânale.
- Grup de control: posttest la aproximativ 10 săptămâni de la pretest.

Planul de intervenție

Planul de intervenție psiho-educațională s-a întins pe o durată de 10 săptămâni și a presupus zece ședințe de terapie care au durat, fiecare, în medie 120 de minute, având o frecvență săptămânală. Echipa de terapeuți a fost formată din 3 specialiști, femei, toate având formare în psihoterapie sistemică de cuplu și familie. Detaliem, în rândurile ce urmează obiectivele fiecărei ședințe, planul detaliat regăsindu-se în Capitolul 3, secțiunea 3.3.4. a tezei de doctorat.

Ședința 1. Obiectiv: intercunoaștere, prezentare succintă a rezultatelor precedentelor cercetări (importanța maternității în societate și familie, emoțiile resimțite, psihopatologie), crearea

oportunității ca participantele să își exprime propriile îngrijorări și nevoi, prezentarea planului de intervenție.

Ședința 2 Obiectiv: psihoeducație pentru conceptele de bază: schemele emoționale și diferențierea de sine; intervenție cu ajutorul întrebărilor circulare pe tema procesului de învățare socială a emoțiilor, convingerile despre emoții și exprimarea lor.

Ședința 3 Obiectiv: instruirea participantelor cu privire la emoții, schemele emoționale și relația gând-emoție-comportament atunci când se manifestă o emoție.

Ședința 4. Obiectiv: instruirea participantelor cu privire la emoții, schemele emoționale și relația gând-emoție-comportament/strategii de reglare emoțională.

Ședința 5. Obiectiv: Recapitulare - relația dintre schemele emoționale și reglarea emoțională. Începerea procesului de diferențiere de sine

Ședința 6. Obiectiv: Continuarea procesului de conștientizare a influenței figurilor de atașament în propriul proces de reglare emoțională și în formarea credințelor cu privire la emoții.

Ședința 7. Obiectiv: Continuarea procesului de diferențiere de sine

Ședința 8. Obiectiv: Continuarea procesului de diferențiere de sine

Ședința 9. Obiectiv: Continuarea procesului de diferențiere de sine

Ședința 10. Obiectiv: rezumatul întâlnirilor

Rezultatele cercetării

O primă ipoteză a fost aceea că intervenția psihoeducațională propusă va diminua nivelul de depresie, anxietate, convingeri disfuncționale legate de emoții, reactivitate emoțională, ruptură emoțională, fuziune cu ceilalți și va crește nivelul de diferențiere a sinelui și a capacității de a lua poziția EU în rândul femeilor care participă la grup. Rezultatele analizelor au venit să confirme eficacitatea combinării tehnicilor specifice terapiei schemelor emoționale și diferențierii de sine cu psihoeducația, ducând la o ameliorare a simptomatologiei depresiv-anxioase, creșterea nivelului de diferențiere de sine (inclusive o îmbunătățire în cazul dimensiunilor specifice) și diminuarea interpretărilor și strategiilor disfuncționale pe care femeile infertile le folosesc în timp ce experimentează o anumită emoție.

Cea de-a doua ipoteză a vizat nivelul de **depresie**, comparând cele două grupuri. Aceasta a plecat de la studiile precedente care au confirmat faptul că, atât diferențierea de sine cât și schemele emoționale disfuncționale sunt predictorii ai depresiei, iar tehnicile specifice terapiei schemelor emoționale au ajutat la reducerea simptomatologiei depresive, așa cum arată studiul realizat de Naderi Rajeh et al. (2017). Testarea acestei ipoteze nu a putut fi realizată,

deoarece nu au fost întrunite asumțiile legate de egalitatea varianței și evitarea cazurilor extreme. Însă, așa cum am menționat anterior, în concordanță cu studiile precedente (Hosseini et al., 2019; Rajeh et al., 2017), s-a observat că planul psihoeducațional întocmit a avut efectul scontat intragrup, iar femeile care au participat la cele 10 întâlniri săptămânale au prezentat semnificativ mai puține simptome depresive.

În contrast cu studiile anterioare (Khaleghi et al., 2017; Emam Zamani et al., 2019) ipoteza a treia, conform căreia planul de terapie va fi eficient în diminuarea **nivelului de anxietate** în rândul participantelor la grupul experimental semnificativ mai mult decât în grupul de control nu s-a confirmat. Diferența dintre cele două grupuri nu a fost semnificativă statistic, chiar dacă putem observa că în grupul experimental se obține o diminuare semnificativă statistic a simptomatologiei anxioase, pe când în grupul de control nu există modificări semnificative din acest punct de vedere.

În ceea ce privește **schemele emoționale**, strategia terapeutică a fost eficientă, așa cum o demonstrează analizele ce au vizat testarea ipotezei numărul patru. Convingerile disfuncționale legate de propriile emoții s-au redus semnificativ în grupul care a beneficiat de intervenție terapeutică comparativ cu grupul de control. Astfel, participantele au înțeles mai bine modelul impactului schemelor emoționale, și schimbând interpretările, evaluările și reacțiile avute atunci când experimentează o emoție, pot ameliora simptomele specifice anxietății și depresiei (Hosseini et al., 2019; Leahy, 2017). Pornind de la conștientizarea importanței pe care o au mesajele integrate în sânul familiei despre propriile emoții, continuând cu identificarea schemelor emoționale disfuncționale și a strategiilor de coping la care apelează, participantele au reușit să identifice impactul pe care toate acestea le au în viața de zi cu zi, *aici și acum*, ceea ce le-a determinat să aleagă să schimbe acele credințe negative despre emoții. Acest fapt, așa cum demonstrează studiul lui Leahy (2019) poate duce la diminuarea nivelului de depresie, iar acceptarea sentimentelor nu doar că diminuează depresia, ci are un efect negativ și asupra nivelului de anxietate, scăzând nivelul acesteia (Leahy, 2017).

În continuare, ne-am propus să evaluăm eficacitatea metodei de intervenție propusă, asupra nivelului de **diferențiere de sine**. Rezultatele arată că scorul total la scala DSI a crescut semnificativ în grupul experimental comparativ cu grupul de control, ceea ce arată că subiecții care au participat la cele 10 sesiuni prezintă un nivel mai bun de diferențiere de sine la finalul întâlnirilor față de debutul acestora, comparativ cu cei care nu au participat. Acest lucru îi face mai puțin vulnerabili psiho-emoțional (Sohrabi et al., 2013), sporindu-le totodată capacitatea de gestionare a emoțiilor (Mohammadi et al., 2019).

De asemenea, procesul terapeutic a sporit capacitatea participantelor de a păstra sentimentul clar de sine, așa cum s-a observat și în studiul condus de Messina et al. (2018), acestea putând să facă diferența, într-o mai mare măsură, între propriile nevoi, emoții, gânduri și trăirile celorlalți. **Capacitatea de a lua poziția Eu** s-a dovedit a fi îmbunătățită la femeile din grupul experimental, comparativ cu grupul de control unde nu s-a observat o creștere a acestei capacități, arată rezultatele testării ipotezei cu numărul șase.

În ceea ce privește nivelul de **reactivitate emoțională** și **ruptură emoțională** analizele inferențiale intergrup nu au putut fi realizate, fiind încălcată asumția legată de evitarea cazurilor extreme. Cu toate acestea, intragrup, se pare că atât nivelul de **reactivitate emoțională**, cât și **cel înregistrat la dimensiunea ruptură emoțională** s-au diminuat, rezultate ce sunt în concordanță cu alte studii în domeniu (Mahmodimehr & Bahari, 2013; Messina et al., 2018).

Tendința de a fuziona cu ceilalți s-a diminuat în grupul experimental semnificativ mai mult decât în grupul de control, așa cum arată rezultatele statistice. Tehnicile terapeutice folosite le-au ajutat pe femeile participante la terapie să reducă din tendința de a se implica excesiv în relații din nevoia exagerată de a obține acceptarea și aprobarea. Același rezultat a fost obținut și în rândul cuplurilor implicate în studiul lui Mahmodimehr și Bahari (2013).

Distribuirea materialelor psihoeducaționale a fost, de asemenea, de ajutor în reducerea simptomatologiei depresive, în înțelegerea relației dintre emoții, gânduri și strategii de coping, fiind totodată utile pentru a integra mai bine concepte precum schemele emoționale și diferențierea de sine, conform feedback-ului primit de la participante. Referitor la eficacitatea intervenției psihoeducaționale în depresie, un review sistematic arată că, indiferent de faptul că există un număr limitat de astfel de studii la momentul respectiv, intervenția de acest gen este eficientă în îmbunătățirea parcursului clinic, aderența la tratament și funcționarea psihosocială a pacienților depresivi (Tursi, 2013). Aceleași concluzii sunt susținute și de studii de tipul review sistematic/metaanaliză mai recente, care vorbesc nu doar de un efect semnificativ în diminuarea simptomatologiei depresive, ci și de eficacitate în prevenția dezvoltării unei astfel de tulburări (Rigabert et al., 2020; Jones et al., 2018).

Capitolul 4. DISCUȚII ȘI CONCLUZII GENERALE

Scopul prezentei lucrări a fost acela de a înțelege, într-o primă etapă, cât de importantă este maternitatea în societatea românească (prin mesajele percepute de femei ca venind din partea macro- și mezo-sistemului) și ce se întâmplă, la nivel de macro-mezo-micro, în cazul în care acest rol nu este îndeplinit. Pe scurt, rezultatele arată că maternitatea este încă extrem de importantă, fiind un deziderat social, o datorie și o sursă de împlinire. La polul opus, infertilitatea este văzută ca un defect, o condiție dizabilitantă, ce pune femeia infertilă pe o treaptă socială inferioară, conturându-se o pseudo-acceptare a infertilității în ultimii ani.

Ulterior, am dorit să investigăm, dintr-o perspectivă ecologică, impactul pe care atât caracteristicile individuale cât și cele situaționale îl pot avea asupra răspunsului emoțional al femeilor care se confruntă cu infertilitatea (în termeni de depresie și anxietate). Analizele au arătat că perioada tratamentelor RUAM scade nivelul de depresie, probabil din cauza faptului că o astfel de procedură induce speranța unei reușite. În schimb, nu există o diferență semnificativă statistic între cele două grupuri (femei care trec printr-o procedură RUAM și femei care nu trec) în ceea ce privește anxietatea. S-a dovedit, de asemenea, că rușinea internalizată explică cea mai mare proporție atât din varianța depresiei cât și a anxietății, în rândul pacientelor infertile. O altă concluzie conturată este aceea că schemele emoționale disfuncționale și imaginea de sine sunt mediatori ai relației dintre vină și depresie, respectiv vină și anxietate, rezultatele analizei arătând că există un efect de mediere totală. Cu alte cuvinte, simptomatologia anxios-depresivă în rândul femeilor infertile ar putea fi diminuată dacă suportul psihoterapeutic, ca parte a abordării pluridisciplinare, ar integra tehnici care să vizeze reducerea nivelului de rușine, scăderea credințelor negative legate de emoții și îmbunătățirea imaginii de sine.

În final am dorit să testăm eficacitatea intervenției psiho-educative care a îmbinat tehnici specifice terapiei schemelor emoționale și a celei transgeneraționale de diferențiere de sine, luând în analiză inclusiv cele 4 dimensiuni specifice ale diferențierii (reactivitatea emoțională, ruptura emoțională, poziția eu, fuziunea cu ceilalți). Analizând rezultatele intragrup, intervenția (care a avut o componentă psihoeducativă de informare și conștientizare și una de facilitare a schimbării psihoterapeutice) s-a dovedit eficientă, în sensul în care s-a observat o scădere a nivelurilor de depresie, anxietate, scheme emoționale disfuncționale, diminuarea tendința de a fuziona cu ceilalți, reactivitatea emoțională și ruptura emoțională, dar și o creștere a nivelului de diferențiere de sine și a capacității de a lua poziția eu. În schimb, comparând evoluția celor două grupuri (experimental și de control), am observat că nu există diferențe în ceea ce privește nivelul de anxietate. În plus, putem afirma că metoda

psihoeucațională propusă și-a atins obiectivul în ceea ce privește nivelul schemele emoționale disfuncționale și al fuziunii cu ceilalți, observându-se o diminuare a acestora în rândul femeilor care au participat la grupul de terapie. De asemenea, s-a observat o creștere semnificativă a nivelului general de diferențiere de sine și a capacității de a lua poziția EU în grupul experimental, comparativ cu grupul de control.

Limite, avantaje, și direcții viitoare de cercetare

Prezenta lucrare a avut atât avantaje, cât și limite. Principalul avantaj îl reprezintă, considerăm noi, abordarea etapizată. Am pornit de la conturarea percepției sociale a importanței maternității și infertilității în societatea românească, etapă ce a scos la iveală posibile caracteristici individuale (importanța maternității, rușinea, vina) și situaționale (ex. experiența RUAM, credințe cu privire la infertilitate) ce pot influența răspunsul emoțional la primirea diagnosticului de infertilitate. Astfel, în cea de-a doua etapă am urmărit să testăm, atât în baza acestor rezultate, cât și în baza literaturii de specialitate, influența unei serii de caracteristici individuale și situaționale pe care le-am considerat a fi factori vulnerabilizanți versus de protecție, asupra simptomatologiei anxios-depresive în rândul pacientelor infertile. Concluziile formulate, concomitent cu literatura de specialitate relevantă în domeniu, au fundamentat întocmirea planului de intervenție psiho-educățioanal, cu scopul ameliorării stării de sănătate psiho-emoționale a participantelor la grupurile de terapie.

Din cunoștințele noastre, există foarte puține articole publicare care să evalueze eficacitatea terapiei schemelor emoționale și a diferențierii de sine în ameliorarea somptomatologiei depresive și anxioase în rândul pacientelor infertile. În acest sens, prezentul studiu aduce ca noutăți atât planul de intervenție psiho-educățioanală care a integrat tehnici ale celor două abordări psihoterapeutice, cât și faptul că ședințele au fost desfășurate online. Înșă, tocmai din cauza numărului limitat de cercetări disponibile, încă nu ne permitem să concluzionăm că planul psiho-educățioanal ar avea același efect în populația infertilă, indiferent de gen sau mediu de rezidență.

Considerăm că reprezintă un avantaj faptul că planul de intervenție a avut la bază abordarea ecologică, care a ținut seama de fondul cultural, ambele abordări având la bază ideea că modul în care o persoană simte și gândește este influențat semnificativ de relațiile cu familia de origine.

Putem afirma că planul psihoeucațional întocmit poate fi un instrument extrem de important în profilaxia tulburărilor anxios-depresive în rândul femeilor infertile din România, însă rezultatele noastre ar trebui urmate de studii randomizate mai ample. Ar fi de preferat ca

acestea să evalueze eficacitatea intervenției în anxietate și depresie, ținând seama de anumite caracteristici individuale precum grupul entic (unde cutumele au o mai puternică importanță), sau caracteristici situaționale precum momentul tratamentului (ex. puncție, stimulare ovariană, transfer etc.). De asemenea, în viitor ar fi utilă testarea eficacității intervenției și în grupuri de psiho-educație adresate cuplurilor infertile.

Dintre limite, amintim și experiența mai puțin vastă a moderatorilor focus-grupurilor, ce ar fi putut pierde din vedere unele nuanțe de conținut mai greu observabile de *un ochi neexperimentat*. Incluziunea limitată ca număr a variabilelor, din considerente ce țin de îngreunarea cercetării, este o altă limită. De asemenea, apelarea la metode informatice de culegere a datelor reprezintă un risc, deoarece veridicitatea răspunsurilor este cu atât mai greu de evaluat. Date fiind cele anterior menționate, sugerăm ca viitoare cercetări ce își propun scopuri similare să utilizeze metode diferite de evaluare (ex. proceduri experimentale cu design randomizat), să includă un lot mai mare și mai divers de participanți (ex. includerea în cercetare și a partenerilor) și să ia în considerare și alte variabile care sunt elocvente (ex. stigmatul familial/social, satisfacția cu veniturile, calitatea relației), astfel încât erorile de tip I și II să poată fi evitate. De asemenea, sugerăm ca procedurile de tipul focus-grup să fie moderate de persoane experimentate.

Probleme /dificultăți care au apărut pe parcursul realizării cercetării

Atât în primul studiu, cât și în al treilea care au presupus întâlniri de grup, principala dificultate pe care am întâmpinat-o a fost legată de disponibilitatea participării la astfel de întâlniri. Dat fiind faptul că subiectele abordate au fost unele de mare interes, dar totodată intime și dureroase, deschiderea spre dezbateri și/sau schimbare psihologică mai de profunzime a fost una relativ ezitantă.

De asemenea, specificul populației studiate a făcut ca numărul participantelor să fie limitat. Acest fapt ne-a determinat, în cel din urmă studiu, să alegem constituirea unui grup natural, fără alocare randomizată, designul de cercetare transformându-se în unul de tip cvasiexperimental cu grup de control.

Renunțarea la grupul de terapie și prezența inconstantă au fost, de asemenea, probleme cu care specialiștii s-au confruntat de-a lungul intervenției psiho-educative. Deoarece procesul psihoterapeutic necesită disponibilitate și se realizează în conformitate cu ritmul și potențialul clientului, parte dintre participante adesea au fost prezente doar pentru a asculta și

a se conecta cu experiența altor femei din grup, evitând să se implice direct în exercițiile propuse.

Nu în ultimul rând, intervenția online depinde în foarte mare măsură de tehnologie. Lipsa semnalului, slaba conexiune la Internet, dificultățile tehnice au creat sincope în buna desfășurare a actului terapeutic.

Referințele prezentului rezumat

- Agustus, P., Munivenkatappa, M., & Prasad, P. (2017). Sexual Functioning, Beliefs About Sexual Functioning and Quality of Life of Women with Infertility Problems. *Journal of human reproductive sciences*, 10(3), 213–220. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_137_16
- Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A., & Karami, M. T. (2020). Failure in Identity Building as the Main Challenge of Infertility: A Qualitative Study. *Journal of reproduction & infertility*, 21(1), 49–58.
- Anokye, R., Acheampong, E., Mprah, W. K., Ope, J. O., & Barivure, T. N. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*, 10(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3008-8>
- Ashburn-Nardo, L. (2017). Parenthood as a moral imperative? Moral outrage and the stigmatization of voluntarily childfree women and men. *Sex roles*, 76(5), 393-401. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0606-1>
- Asociația pentru Reproducere Umană. (2018). Primului studiu de analiză a problemelor de infertilitate din România. Disponibil la <https://www.arur.ro/2018/06/18/855/>, consultat pe 30 noiembrie 2019.
- Bernstein, J., Potts, N., & Mattox, J. H. (1985). Assessment of psychological dysfunction associated with infertility. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 14(6 Suppl), 63s–66s. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1985.tb02803.x>
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In Damon, W., Lerner, R.M. *Handbook of child psychology*, 1. <https://doi.org/10.1002/9780470147658>

- Cheung, I. K. (2016). Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. *Journal of clinical nursing*, 25(15-16), 2101–2113. <https://doi.org/10.1111/jocn.13361>
- Cizmeli, C., Lobel, M., Franasiak, J., & Pastore, L. M. (2013). Levels and associations among self-esteem, fertility distress, coping, and reaction to potentially being a genetic carrier in women with diminished ovarian reserve. *Fertility and sterility*, 99(7), 2037–44.e3. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.02.033>
- Clifton, J., Parent, J., Seehuus, M., Worrall, G., Forehand, R., & Domar, A. (2020). An internet-based mind/body intervention to mitigate distress in women experiencing infertility: A randomized pilot trial. *PloS one*, 15(3), e0229379. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229379>
- Correll, S.J., Ridgeway, C.L. (2006). Expectation States Theory. In: Delamater, J. (eds) *Handbook of Social Psychology. Handbooks of Sociology and Social Research*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/0-387-36921-X_2
- Cui, C., Wang, L., & Wang, X. (2021). Effects of Self-Esteem on the Associations Between Infertility-Related Stress and Psychological Distress Among Infertile Chinese Cross-Sectional Study. *Psychology research and behavior management*, 14, 1245–1255. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S326994>
- David, D., (2015). *Psihologia poporului român. Profilul psihologic al românilor într-o monografie cognitiv-experimentală*. Editura Polirom.
- De, D., Mukhopadhyay, P., & Roy, P. K. (2020). Experiences of infertile couples of West Bengal with male factor, female factor, and unexplained infertility factor: A qualitative study. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2), 152-157. <https://doi.org/10.1177/2631831819898915>
- Del Rosario, P. M., & White, R. M. (2006). The Internalized Shame Scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis. *Personality and Individual differences*, 41(1), 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.026>
- Domar, A. D., Gross, J., Rooney, K., & Boivin, J. (2015). Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients. *Fertility and sterility*, 104(2), 440–451.e7. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.009>
- Dube, L., Bright, K., Hayden, K. A., & Gordon, J. L. (2023). Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility:

- a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 29(1), 71-94.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmac034>
- Edwards, E. R., & Wupperman, P. (2019). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*, 23(1), 3-14.
<https://doi.org/10.1111/cp.12171>
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 167(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>
- Emam Zamani, Z., Mashhadi, A., & Sepehri Shamloo, Z. (2019). The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(1), 5-24. <https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.69238>
- Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., & Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 15(1), 46–49. <https://doi.org/10.4274/tjod.04307>
- Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(9), 1855–1861. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex249>
- Facchin, F., Buggio, L., Dridi, D., & Vercellini, P. (2021). A woman's worth: The psychological impact of beliefs about motherhood, female identity, and infertility on childless women with endometriosis. *Journal of Health Psychology*, 26(7), 1026-1034. <https://doi.org/10.1177/1359105319863093>
- Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Heidary, S., & Afshar, Z. (2013). The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *International journal of fertility & sterility*, 7(3), 199
- Fard, T.R., Kalantarkousheh, M., Faramarzi, M. (2018). Effect of mindfulness-based cognitive infertility stress therapy on psychological well-being of women with infertility. *Middle East Fertility Society Journal* 23 (2018) 476–481. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.06.001>

- Foti, F. L., & Karner-Huțuleac, A. (2021). Maternity through the eyes of (in) fertility-advantages, disadvantages, conditions underlying the decision to have a child-a comparative study. *Annals of AII Cuza University. Psychology Series*, 30, 99-108.
- Galhardo, A., Alves, J., Moura-Ramos, M., & Cunha, M. (2020). Infertility-related stress and depressive symptoms - the role of experiential avoidance: a cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 139–150. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1612046>
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2019). A 7-year follow-up study of the Mindfulness-Based Program for Infertility: Are there long-term effects?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(4), 409-417. <https://doi.org/10.1002/cpp.2362>
- Gerrity, D. A. (2001). A Biopsychosocial Theory of Infertility. *The Family Journal*, 9(2), 151–158. <https://doi.org/10.1177/1066480701092009>
- Gorla, L., Rothenberg, W. A., Lansford, J. E., Yotanyamaneewong, S., Alampay, L. P., Al-Hassan, S. M., ... & Uribe Tirado, L. M. (2024). Individualism, collectivism and conformity in nine countries: Relations with parenting and child adjustment. *International Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/ijop.13130>
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*, 32(1), 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Hajela, S., Prasad, S., Kumaran, A., & Kumar, Y. (2016). Stress and infertility: A review. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(4), 940-943. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20160001>
- Hosseini, M., Ahadi, H., Jomehri, F., Kraskian-Mujembari, A., & Ahadi, M. (2019). The Effectiveness of Emotional Schemas Group Therapy on Pain and Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Psychological Methods and Models*, 10(35), 135-119. <https://doi.org/20.1001.1.22285516.1398.10.35.7.2>
- Husain, W., & Imran, M. (2021). Infertility as seen by the infertile couples from a collectivistic culture. *Journal of Community Psychology*, 49(2), 354-360. <https://doi.org/10.1002/jcop.22463>
- Iordăchescu, D. A., Paica, C. I., Boca, A. E., Gică, C., Panaitescu, A. M., Peltecu, G., Veduță, A., & Gică, N. (2021). Anxiety, Difficulties, and Coping of Infertile Women. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 466. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040466>

- Jain M & Singh M. (2023). Assisted Reproductive Technology (ART) Techniques. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). PMID: 35015434.
- Jaspal, R., Carriere, K. R., & Moghaddam, F. M. (2016). Bridging micro, meso, and macro processes in social psychology. In: Valsiner, J., Marsico, G., Chaudhary, N., Sato, T., Dazzani, V. (eds) *Psychology as the science of human being: The Yokohama Manifesto*, 265-276. *Annals of Theoretical Psychology*, vol 13. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21094-0_15
- Jones, R. B., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A., Jones, I., Smith, D., & Simpson, S. (2018). Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient education and counseling*, 101(5), 804-816. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015>
- Karaca, A., & Unsal, G. (2015). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian nursing research*, 9(3), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007>
- Karaca, A., Ünsal, G., Asik, E., Keser, I., Ankarali, H., & Merih, Y. D. (2018). Development and Assessment of a Coping Scale for Infertile Women in Turkey. *African journal of reproductive health*, 22(3), 13–23. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i3.2>
- Khaleghi, M., Leahy, R. L., Akbari, E., Mohammadkhani, S., Hasani, J., & Tayyebi, A. (2017). Emotional schema therapy for generalized anxiety disorder: a single-subject design. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(4), 269-282. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.4.269>
- Khalid, A., & Dawood, S. (2020). Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(2), 423-430 <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05614-2>
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., & Zayeri, F. (2021). The prevalence of depression symptoms among infertile women: a systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 7(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40738-021-00098-3>
- Kim, M., Nam, H., & Youn, M. (2016). Infertility stress, depression, and resilience in women with infertility treatments. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 30(1), 93-104. <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.1.93>
- Kousalya, K., Sanjeeva, R., & Uma Maheswara, R. (2013). Depression, anxiety and stress among infertile women and the impact of counseling on these levels. *Innov J Med Health Sci*, 3(3).

- Krueger, R., A., & Casey, M., A. (2005). *Metoda Focus Grup – Ghid practic pentru cercetarea aplicată*. Iași: Polirom.
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health*, 17, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>
- Lazare A. (1987). Shame and humiliation in the medical encounter. *Archives of internal medicine*, 147(9), 1653–1658. <https://doi.org/10.1001/archinte.1987.00370090129021>
- Leahy, R. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177–190. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral Practice*, 14(1), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001>
- Leahy, R. L. (2017). *Terapia centrată pe scheme emoționale*. Editura ASCR. Cluj-Napoca.
- Li, H., Lei, J., Xu, F., Yan, C., Guimerans, M., Xing, H., Sun, Y., & Zhang, D. (2017). A study of sociocultural factors on depression in Chinese infertile women from Hunan Province. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 38(1), 12–20. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1265500>
- Liamputtong, P. (2007). *Reproduction, childbearing and motherhood: A cross-cultural perspective*. Nova Publishers.
- Lu, H. J., Zhu, N., Chen, B. B., & Chang, L. (2023). Cultural values, parenting, and child adjustment in China. *International Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1002/ijop.13100>
- Lundin, U., & Elmerstig, E. (2015). “Desire? Who needs desire? Let's just do it!”—a qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(4), 433-447. <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1031100>
- Mahmodimehr, M., & Bahari, F. (2013). The Effectiveness of Bownian Group Couple Therapy on Couples’ Self-differentiation. *Research Journal of Recent Sciences*, ISSN, 2277, 2502.
- Margan, R., Margan, M. M., Fira-Mladinescu, C., Putnoky, S., Tuta-Sas, I., Bagiu, R., ... & Dobrescu, A. (2022). Impact of stress and financials on Romanian infertile women

- accessing assisted reproductive treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063256>
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485–489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>
- Mellergård, E., & Trulsson, L. (2013). Well-being and distress related to social support and emotions in infertile women: A cross-cultural comparison between Sweden and Iran (Dissertation). Retrieved from <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-29353>
- Menning, B. E. (1982). The psychosocial impact of infertility. *Nursing Clinics of North America*, 17(1), 155-163.
- Messina, K. C., Kolbert, J. B., Bundick, M. J., Crothers, L. M., & Strano, D. A. (2018). The impact of counseling on Bowen's differentiation of self. *The Family Journal*, 26(2), 150-155. <https://doi.org/10.1177/1066480718776197>
- Mohammadi, M., Alibakhshi, Z., & Sedighi, M. (2019). The effect of Self-differentiation Training Based on Bowen Theory on Women's Self-differentiation and Marital Satisfaction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(4), 1904-1911. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.36432.1398>
- Mosalanejad, L., Khodabakshi Koolae, A., & Jamali, S. (2012). Effect of group cognitive behavioral therapy on hardiness and coping strategies among infertile women receiving assisted reproductive therapy. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 6(2), 16–22.
- Naderi Rajeh, Y., Zarghami, M., & Bagheri, M. (2017). The Efficiency of Emotional Schema Therapy on level of anxiety and depression, symptom and signs of patients suffering from Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *International Journal of Behavioral Sciences*, 11(3), 114-120.
- Nasim, S., Bilal, S., & Qureshi, M. (2019). Psycho-social aspects of infertility-a review of current trends. *The Professional Medical Journal*, 26(09), 1537-1541. <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2019.26.09.4019>
- Negoiță, V., & Băban, A. (2020). Depression, anxiety and self-esteem among infertile women: a systematic review of literature. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Psychologia-Paedagogia*, 87-112.

- Nery, S. F., Paiva, S., Vieira, É. L., Barbosa, A. B., Sant'Anna, E. M., Casalechi, M., Dela Cruz, C., Teixeira, A. L., & Reis, F. M. (2019). Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: Randomized controlled trial. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 35(1), 49–58. <https://doi.org/10.1002/smi.2839>
- Ni, Y., Huang, L., Tong, C., Qian, W., & Fang, Q. (2021). Analysis of the levels of hope and influencing factors in infertile women with first-time and repeated IVF-ET cycles. *Reproductive Health*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01248-y>
- Nicoloro-SantaBarbara, J. M., Lobel, M., Bocca, S., Stelling, J. R., & Pastore, L. M. (2017). Psychological and emotional concomitants of infertility diagnosis in women with diminished ovarian reserve or anatomical cause of infertility. *Fertility and sterility*, 108(1), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.008>
- Ozturk, S., Sut, H. K., & Kucuk, L. (2019). Examination of sexual functions and depressive symptoms among infertile and fertile women. *Pakistan journal of medical sciences*, 35(5), 1355–1360. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.5.615>
- Pasha, H., Faramarzi, M., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., & Salmalian, H. (2013). Comparison of pharmacological and nonpharmacological treatment strategies in promotion of infertility self-efficacy scale in infertile women: A randomized controlled trial. *Iranian journal of reproductive medicine*, 11(6), 495–502.
- Patel, A., Sharma, P., & Kumar, P. (2020). Application of Mindfulness-Based Psychological Interventions in Infertility. *Journal of human reproductive sciences*, 13(1), 3–21. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_51_19
- Poddar, S., Sanyal, N., & Mukherjee, U. (2014). Psychological profile of women with infertility: A comparative study. *Industrial psychiatry journal*, 23(2), 117-126. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.151682>
- Porter, A. C., Zelkowitz, R. L., Gist, D. C., & Cole, D. A. (2019). Self-Evaluation and Depressive Symptoms: A Latent Variable Analysis of Self-esteem, Shame-proneness, and Self-criticism. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 41(2), 257–270. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09734-1>
- Purewal, S., Chapman, S., & van den Akker, O. (2017). A systematic review and meta-analysis of psychological predictors of successful assisted reproductive technologies. *BMC research notes*, 10(1), 711. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3049-z>
- Rajeh, Y. N., Zarghami, M., & Bagheri, M. (2017). The efficiency of emotional schema therapy with respect to anxiety and depression symptoms and signs in patients

suffering from post-traumatic stress disorders. *International Journal of Behavioral Science*, 11(3), 114-120.

- Ranjbar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Borimnejad, L., Ghaffari, S. R., & Akhondi, M. M. (2015). Experiences of Infertile Women Seeking Assisted Pregnancy in Iran: A Qualitative Study. *Journal of reproduction & infertility*, 16(4), 221–228.
- Rasoulzadeh Bidgoli, M., & Latifnejad Roudsari, R. (2018). The effect of the collaborative infertility counseling model on coping strategies in infertile women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(1), 47-54.
- Rautakallio-Hokkanen, S. 2018. Disponibil la: <http://www.fertilityeurope.eu/fertility-ed/>, consultat pe 30 noiembrie 2019.
- Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*, 246, 407-414. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
- Rezaei, M., Bagheri, M. M. S., & Ahmadi, M. (2021). Clinical and demographic predictors of response to anodal tDCS treatment in major depression disorder (MDD). *Journal of Psychiatric Research*, 138, 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.047>
- Rich, C. W., & Domar, A. D. (2016). Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertility and Sterility*, 105(5), 1124-1127. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.02.017>
- Rigabert, A., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Resurrección, D. M., Conejo-Cerón, S., Cuijpers, P., ... & Bellón, J. Á. (2020). Effectiveness of online psychological and psychoeducational interventions to prevent depression: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 82, 101931. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101931>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2022). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/krooney>
- Rose, S., Paul, C., Boyes, A., Kelly, B., & Roach, D. (2017). Stigma-related experiences in non-communicable respiratory diseases: a systematic review. *Chronic respiratory disease*, 14(3), 199-216. <https://doi.org/10.1177/1479972316680847>

- Rotariu, T. (2006). Romania and the second demographic transition: The traditional value system and low fertility rates. *International Journal of Sociology*, 36(1), 10-27. <https://doi.org/10.2753/IJS0020-7659360102>
- Scârnci, F. (2006). *Îndrumar de cercetare calitativă în științele socio-umane*. Editura Universității Transilvania Brașov.
- Shargh, N. A., Bakhshani, N. M., Mohebbi, M. D., Mahmudian, K., Ahovan, M., Mokhtari, M., & Gangali, A. (2016). The effectiveness of mindfulness-based cognitive group therapy on marital satisfaction and general health in woman with infertility. *Global journal of health science*, 8(3), 230. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p230>
- Sirota, N. A., Moskovchenko, D. V., Yaltonsky, V. M., & Yaltonskaya, A. V. (2018). The role of emotional schemas in anxiety and depression among russian medical students. *Psychology in Russia: state of the art*, 11(4), 130-143.
- Sohrabi, R., Asadi, M., Habibollahzade, H., & PanaAli, A. (2013). Relationship between self-differentiation in bowen's family therapy and psychological health. *Procedia-social and behavioral sciences*, 84, 1773-1775. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.030>
- Solati, K., Ja'Farzadeh, L., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). The Effect of Stress Management Based on Group Cognitive-Behavioural Therapy on Marital Satisfaction in Infertile Women. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(7), VC01–VC03. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/17836.8077>
- Taebi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *International journal of fertility & sterility*, 15(3), 189–196. <https://doi.org/10.22074/IJFS.2021.139093.1039>
- Then, K. L., Rankin, J. A., & Ali, E. (2014). Focus group research: what is it and how can it be used?. *Canadian journal of cardiovascular nursing = Journal canadien en soins infirmiers cardio-vasculaires*, 24(1), 16–22.
- Tirch, D. D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 380-391. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.380>
- Tursi, M. F. D. S., Baes, C. V. W., Camacho, F. R. D. B., Tofoli, S. M. D. C., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1019-1031. <https://doi.org/10.1177/0004867413491154>

- van Dongen, A. J., Nelen, W. L., IntHout, J., Kremer, J. A., & Verhaak, C. M.. (2016). e-Therapy to reduce emotional distress in women undergoing assisted reproductive technology (ART): a feasibility randomized controlled trial, *Human Reproduction*, Volume 31, Issue 5, Pages 1046–1057, <https://doi.org/10.1093/humrep/dew040>
- Wang, Y., Fu, Y., Ghazi, P., Gao, Q., Tian, T., Kong, F., ... & Qiao, J. (2022). Prevalence of intimate partner violence against infertile women in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 10(6), e820-e830. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00098-5)
- Wenzel, A. (2020). Infertility, Miscarriage, and Neonatal Loss. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 27-33. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch136>
- Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K., & Kntenich, H. (2014). Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74(8), 759–763. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1368461>
- Yokota, R., Okuhara, T., Okada, H., Goto, E., Sakakibara, K., & Kiuchi, T. (2022). Association between Stigma and Anxiety, Depression, and Psychological Distress among Japanese Women Undergoing Infertility Treatment. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(7), 1300. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071300>
- Yusuf L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(6), 1340–1343. <https://doi.org/10.12669/pjms.326.10828>
- Zarif Golbar Yazdi, H., Aghamohammadian Sharbaf, H., Kareshki, H., & Amirian, M. (2020). Psychosocial consequences of female infertility in Iran: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 518961. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.518961>
- Zurlo, M. C., Cattaneo Della Volta, M. F., & Vallone, F. (2020). Infertility-Related Stress and Psychological Health Outcomes in Infertile Couples Undergoing Medical Treatments: Testing a Multi-dimensional Model. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 27(4), 662–676. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09653-z>
- Zurlo, M.C., Cattaneo Della Volta, M. & Vallone, F. (2019). The association between stressful life events and perceived quality of life among women attending infertility treatments: the moderating role of coping strategies and perceived couple's dyadic adjustment. *BMC Public Health* 19, 1548. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7925-4>