

A Infertilidade: Desejo ou Maldição (*)

MARIA DA CONCEIÇÃO FARIA (**)

A questão da esterilidade liga-se directamente à do desejo de um bebé. Ao nível consciente conceber um filho significa representar-se pai e mãe. De acordo com o ideal social e familiar do sujeito é criar, depois de si, este «estranho familiar», no entanto bem real, que é o seu filho. É também tentar perpetuar-se para ultrapassar o seu próprio destino.

Esta dimensão da criança é talvez imaginária, no entanto o seu não cumprimento é sentido como uma maldição. A mulher (e também o homem) encontra-se então exposta a mitos sociais que a pressionam no sentido da reprodução. São estes mitos que fundamentam a visão de maldição para numa esterilidade e que provocam, face à mulher estéril, sentimentos de incompletude, e menor feminilidade.

Na mulher o desejo consciente de um filho liga-se ao da gravidez. Este pode prevalecer ao desejo de ter um filho; é um desejo traduzido por «quero estar grávida» e não «quero ter um filho», que são diferentes, se bem que ao nível consciente e verbal por vezes sejam expressos de modo semelhante.

A outro nível, o desejo de um filho tem as raízes no inconsciente de cada sujeito. A teoria psicanalítica aponta-nos duas linhas para este desejo: o desejo edipiano e o desejo partenogénico. Assim, a mulher deseja a criança

incestuosa do pai, mas deseja também o fruto da sua filiação maternal (ao ter um filho, a mulher reencontra a sua própria mãe e prolonga-a). No homem, o filho profundamente desejado é o do desejo edipiano, incestuoso pela sua própria mãe e, também o de seu pai, testemunho da dimensão feminina da paternidade (Bydlowski, 1978).

Por outro lado, a infertilidade é um campo fronteira da medicina. A não vinda de uma criança não é forçosamente uma doença em si. É-o, no entanto, na medida em que a sua existência é forte de sofrimento para cada um ou para os dois membros de um casal.

Sabemos desde há muito que os acontecimentos da vida emocional têm uma influência imediata sobre a função de reprodução, em particular ao nível da ovulação. Como nos aponta Moisés, as emoções «actuaem como impulsos nervosos no cérebro, assim, os centros corticais superiores, comunicando com o sistema límbico, influenciam o hipotálamo que, como se sabe, tem papel fundamental nesta função. A hipófise poderá não libertar hormonas, não havendo ovulação, transporte de ovo e fertilização.»

Cada vez mais os efeitos emocionais podem ser encontrados nos dois parceiros (por exemplo, a espermogénese é modificada pela fadiga e stress psicológico); tal leva-nos à questão da esterilidade conjugal, pelo que a dimensão dinâmica do casal não poderá ser negligenciada.

Uma série de trabalhos tentou estabelecer uma tipologia da personalidade, particularmente na mulher estéril, mas nenhum estudo

(*) Comunicação apresentada no I Colóquio de Psicologia Clínica, ISPA.

(**) Psicóloga do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

conseguiu estabelecer uma ligação directa entre a personalidade e o sintoma; isto é, não existe um perfil tipo da mulher infértil.

Outros autores, nomeadamente psicanalistas, apresentam nos seus estudos de casos isolados, os conflitos psíquicos subjacentes à infertilidade. Privilegiam tal ou tal aspecto não resolvido do desenvolvimento psíquico individual; pode tratar-se quer do conflito incestuoso com o pai, quer da criança reclamada à sua mãe, mas tratando-se sempre de casos isolados.

Estudos feitos de forma não directiva, com entrevistas livres, por técnicos de orientação dinâmica, revelaram a inexistência de qualquer perfil psicológico ou de qualquer acontecimento passado comum que possa ter o papel de traumatismo psíquico causador de infertilidade. Pelo contrário, a esterilidade como sintoma e causa de sofrimento vem inscrever-se num contexto biográfico singular, onde ela toma o seu lugar particular.

No entanto, Morse identifica alguns factores que têm sido apresentados como podendo explicar situações de infertilidade:

- A qualidade das experiências infantis, já que o desejo de maternidade se desenvolve a partir de uma identificação não agressiva com a imagem materna;
- A existência de condições stressantes que vão influenciar os processos reprodutivos, altamente sensíveis a estas condições;
- A vivência de conflitos psíquicos conscientes ou inconscientes entre o papel tradicional do sexo feminino (deveres de esposa e mãe) e as solicitações da vida moderna.

Neste quadro teórico situa-se uma investigação realizada por Astor (1985) na qual se identificaram 3 subgrupos de mulheres estéreis:

- As que não queriam engravidar mas desejavam um filho;
- As que rejeitaram a reprodução;
- As que queriam engravidar mas não queriam ter filhos.

Quanto ao homem, e até há relativamente pouco tempo, este era considerado «Não estéril», tanto o peso da esterilidade como as investigações médicas recaíam apenas sobre a

mulher. Daí que com o assumir relativamente recente da esterilidade masculina, muito haja a fazer neste campo.

O sofrimento psíquico ligado à esterilidade resulta frequentemente de um compromisso psíquico entre um desejo consciente, ter um filho, e desejos inconscientes contraditórios; isto faz entrar o sintoma estéril num campo mais largo de sintomas. Na sua maioria estes casos não se parecem com o que tem sido descrito nas personalidades psicossomáticas caracterizadas tradicionalmente pela pobreza da vida fantasmática; pelo contrário, apesar da manifestação ser orgânica, a maior parte dos sujeitos deixa emergir com facilidade uma «rêverie», um cenário imaginário, uma representação pré-consciente centrada na maternidade, no nascimento e na filiação.

Revela-se, pois, que mostrar-se infértil é uma forma de formular no real do corpo (apresentar ao médico) um sofrimento psíquico que não se pode dizer como tal, e, consequentemente, dirigir-se a uma psicoterapia.

Como já referimos, a infertilidade pode ser causa de grande sofrimento quer os parceiros tenham um problema físico ou um problema psíquico; eles sofrem um *handicap* social que afecta profundamente a sua situação emocional.

A confirmação de um quadro de infertilidade leva a uma profunda ferida narcísica. O corpo é vivenciado como «defeituoso e mal funcionante» quebrando a integridade corporal podendo ser sentido como a «morte de um sonho».

Daí à procura de uma solução estamos a menos de um passo. Começa a caminhada de médico para médico, de Centro para Centro, na esperança messiânica que lhe seja resolvido o problema. É curioso verificar a forma como este pedido é apresentado: alguns casais dirigem-se à consulta dizendo «Dr., queremos ter um filho consigo» como se, do ponto de vista emocional, esse filho, que não conseguiram «produzir», estivesse muito longe do seu inconsciente. Muitos casais raramente falaram da sua infertilidade e muito dificilmente conseguem imaginar a sua vida sem filhos, numa reacção que parece muito próxima de uma «fuga para a frente», negando a situação. De forma a lidar com esta situação o casal requer

suporte emocional, em paralelo aos outros tratamentos.

Segundo alguns autores de linha psicanalítica a forma de trabalhar situações deste tipo é colaborando com a equipa médica num binómio físico-psíquico que lhe permita não funcionar com respostas imediatistas aos pedidos que lhe são feitos, não jogando imediatamente o papel que a neurose dos consultantes lhes pede. Isto é sobretudo verdade nas infertilidades de reivindicação. Esta forma de trabalhar permite instaurar um espaço onde se poderá enunciar a história do sujeito, na qual se inscreve o sintoma estéril. Esta atitude tem a vantagem de, ao nível médico-biológico da esterilidade, implicar uma escuta da dinâmica inconsciente do sujeito. Estes níveis sobrepoem-se, completando-se e enriquecendo-se um ao outro, tendo a vantagem de respeitar o tempo psíquico do indivíduo, e não devendo dar-se a resposta antes de haver uma compreensão do caso, pois de contrário poderemos quebrar, eventualmente, sem dar alternativa de suporte, a defesa na qual a personalidade se estruturou.

Devemos deixar sair os motivos, desejos e medos mais secretos — o tempo só respeita aquilo que é feito com ele — pelo que não devemos tomar a atitude tradicional de fornecer uma resposta imediata antes que as coisas sejam questionadas, pensadas e, se possível, ditas. É importante falar com o casal acerca de si próprio, da sua vida, do seu projecto de ter um filho. É importante promover o teste da realidade levando o casal a falar sobre o diagnóstico, sobre o que é ser infértil, a trabalhar os seus medos e fantasias, proceder enfim a uma mudança do corpo para o psíquico (Astor, 1985).

Pensar sobre a infertilidade é recusar o clima de urgência de «querer um bebé já»; é reintroduzir uma certa temporalidade perdida, espaçando as consultas «sem procurar fazer ceder o sintoma a todo o preço» (Bydlowski *in* Silva, 1989); é procurar as soluções respeitando o tempo necessário a cada um.

Um dos aspectos que nos merece particular atenção é a adaptação e reacção a um processo de Fertilização in Vitro, pois a FIV, como é conhecida, é uma intensa experiência emocional para ambos os membros de um casal. Cada aspecto do processo precipita e introduz uma

variedade de reacções emocionais, reactivando a esperança, os medos e os sonhos. O desapontamento é também comum.

Apesar de esclarecidos sobre a relativamente pequena probabilidade de sucesso na FIV, os casais acreditam que serão sempre bafejados pela sorte. As mulheres ficam significativamente mais deprimidas, culpabilizadas, zangadas, vazias e tristes que os seus maridos.

Segundo alguns autores, a vivência emocional de uma experiência FIV pode ser sistematizada em 6 fases:

1 — *Fase de Optimismo Elevado*: relacionado com o início formal do programa, os casais sentem-se frequentemente mais optimistas e positivos. Acreditam que vão ter sucesso e ter uma criança biológica, havendo tendência para minimizar a possibilidade de fracasso. Chega a haver uma euforia quase maníaca.

2 — *Fase de Expectativa Positiva*: por vezes os casais relatam alguma preocupação mas os sentimentos positivos prevalecem.

3 — Seguindo-se a uma transferência com sucesso, a segunda fase FIV é caracterizada por intensa ansiedade e optimismo, agora já mais cauteloso. Surge agora a ideia «Estou a carregar um ovo fértil! Tenho finalmente a possibilidade de ser mãe/pai! Não posso correr qualquer risco agora.» Muitas mulheres relatam sintomas associados à gravidez como náusea, bem como sentimentos de ansiedade e alegria por trazerem um ovo fértil. Alguns maridos incrementam a sua solicitude e atenção o que faz com que a mulher se sinta especial e querida.

4 — *Fase de Desapontamento ou Alegria*: se a menstruação volta, esta fase é caracterizada por desapontamento e por sentimentos de desespero. A maioria das mulheres descreve dias de intensa angústia, choro, desejo de estar só, sentimentos de tristeza, de vazio, de raiva. Esta reacção parece seguir as fases de Lindeman para um processo de luto normal. Esta experiência, por vezes bastante disruptiva, é vivida como se a mulher estivesse perante um aborto espontâneo, pois havia já um investimento

do óvulo-feto. As técnicas FIV podem intensificar o incremento da ligação dos pais ao feto, e potenciar um grau exagerado de ligação ao criar expectativas irrealistas de gravidez.

Esta fase merece particular atenção por parte dos psicólogos já que a resolução ou não resolução desta situação de luto vai comprometer o futuro psíquico destes casais.

Os maridos relatam, normalmente, sentimentos semelhantes mas com menor intensidade. Acreditam que têm de consolar as mulheres suprimindo, muitas vezes, a sua depressão de tristeza. Parece-nos importante que estes casais, confrontados com tais sentimentos (nomeadamente de culpabilidade, que por vezes exibem), possam falar da sua vivência com um técnico.

Apesar destes sentimentos, há um ligeiro contentamento por se terem submetido aos tratamentos o que é muitas vezes verbalizado da seguinte forma: «pelo menos fizemos tudo».

Se é confirmada uma gravidez, os casais vêem-se confrontados com um sentimento de irrealidade e alegria expectante: «será que tudo vai correr bem?».

5 — *Repetição FIV*: frequentemente os casais optam por experimentar outro programa, adoptando então uma atitude mais cautelosa e com maior sentido da realidade.

6 — *Aceitação e Resolução do Problema*: a última fase é a aceitação (por vezes não total) que a gravidez biológica não é possível. Muitos casais sentem que apesar de não terem filhos resolveram a sua crise de infertilidade, considerando activamente novas opções; a adopção pode agora ser aceite, ou ser feito um novo investimento nas carreiras.

O acompanhamento psicológico aos casais que se submetem a esta experiência tão stressante parece extremamente importante; os casais que são acompanhados durante o tratamento sofrem comparativamente menos reacção de culpa, ansiedade e desampontamento, e parecem recompor-se emocionalmente mais depressa.

Mas se após este ou outro tratamento, enfim após um período mais ou menos longo

de infertilidade surge uma gravidez, a presença do psicólogo é tão ou mais necessária. É importante mostrar disponibilidade para acompanhar a mulher grávida a viver este período tão desejado e tão temido. Quanto maior fôr o tempo de esterilidade, ou infertilidade, maior a tendência para sobrevalorizar e fragilizar o feto (Maldonado). Esta é sem dúvida uma gravidez de risco também psicológico, merecendo-nos particular interesse a qualidade da relação mãe-filho que se irá processar desta diáde.

BIBLIOGRAFIA

- Cardoso, M. & Coelho, R.A. (sem data). *Contributo psicológico para a compreensão de algumas esterilidades femininas*.
- Charvet, F. & Chevret, M. (1983). Sterilité Psychogène. *Rev. Française Gynécol. Obstétr.*, 78(5).
- Cordeiro, J.C.D. (sem data). *Factores Psicodinâmicos na Esterilidade Conjugal*. Dissertação de Licenciatura, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.
- Demnerstein, L. & Morse, C. (1988). A review of psychological and social aspects of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9: 159-170.
- Deutsch, H. (1949). *La Psychologie des Femmes. Maternité*, 2.
- Greenfeld, D.A., Diamond, M. & Decherney, A. (1988). Grief reactions following in-vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 8: 169-174.
- Lalos, A. & Lalos, O. (1985). A Psychosocial Characterization of Infertile Couples Before Surgical Treatment of the Female. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leiblum, S. & Kemmann, E. (1987). The psychological concomitants of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6: 165-178.
- Micioni, G. et al (1985). Aspects psychologiques de la demand d'insémination artificielle avec donneur. *J. Gynecol. Obstet. Bid. Reprod.*, 14: 695-702.
- Morse, C. et al (1985). Infertile couples entering an in vitro fertilization programme: a preliminary survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4: 207-219.

- Parseval, G. & Janaud, A. (1983). *L'enfant a tout prix*. Paris: Ed. du Seuil.
- Peterson, P. & Teichmann, A.T. (1984). Our Attitude of Fertilization and Conception. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9: 171-180.
- Shaw, P., Johnstan, M. & Shaw, R. (1988). Conselling needs, emotional and relationship problems in couples waiting FIV. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9: 171-180.
- Sing, J. (1982). Psychogenic factors in some Genetic and non-Genetic forms of infertility. *Journal Gynaecology Obstetrics*, 20: 119-123.

RESUMO

A questão da esterilidade reporta-se à do desejo de um filho.

Na mulher o desejo consciente de um filho liga-se ao da gravidez, mas a nível inconsciente mas estes podem ser desejos diferentes e por vezes contraditórios.

Por outro lado, a infertilidade, muitas vezes vista como uma maldição, é um campo fronteira com a medicina. A não vinda de uma criança não é forçosamente uma doença em si. É-o, no entanto, na medida em que a sua existência traz sofrimento.

Neste estudo pretende-se fazer uma revisão de alguns aspectos ligados à Infertilidade, nomeadamente a existência ou não de um perfil psicológico típico.

Pretende-se também avaliar a reacção emocional de um casal a um processo da Fertilização In Vitro (FIV), tendo em conta os vários processos de adaptação da casal.

ABSTRACT

The issue of sterility is related to the desire of having a baby.

In woman, the conscious desire to have a baby is connected to the pregnancy, but in the unconscious level this can be different and sometimes contradictory.

On the other hand, infertility is often seen as a «curse» bordering on the edge of medicine.

The fact that a child is not concived, is not a disease in it self, this situation does however bring suffering and pain.

The objectives of this study is to make a revisions of several issues connected to infertility: first, the existence or not of typical psychological profile, second, evaluate the emotional reaction of a couple into the process of fertilization In Vitro. Considering the several steps of the couples' adjustment.