

Aspectes psicològics de la fecunditat després de 25 anys de reproducció assistida

Núria Camps i Bellonch
Fundació Puigvert

Resum

El treball és una reflexió clínica, des del punt de vista psicològic, sobre els canvis observats, en el decurs de vint-i-cinc anys, en la presentació de la demanda assistencial de les parelles que consulten per problemes de fecunditat en el marc d'una Unitat de Reproducció Assistida.

Describeix aspectes psicològics presents en la clínica de la fertilitat que intervenen com a elements rellevants en l'origen del 'desig de fill', en la possible inhibició de la funció reproductora, en els efectes del dol per la pèrdua de la fecunditat biològica i en les conseqüències dels tractaments mèdics indicats.

Es destaca la necessitat de realitzar un abordatge assistencial interdisciplinari, que consideri la concurrència dels factors psicològics, per tal d'oferir una atenció integral a les parelles que consulten i orientar el projecte parental més enllà de l'obtenció de l'embaràs.

Paraules clau: *infertilitat, 'desig de fill', procés de dol, esfondrament catastròfic, vincle denegatiu, vincle de parella simbiòtica, vincle de parella de parentesc.*

Autor/a de correspondència:
Núria Camps i Bellonch
Directora del Servei de Psicologia Clínica
Fundació Puigvert
ncamps@fundacio-puigvert.es

Els temps actuals permeten que els fills no arribin d'una manera tan anàrquica com en temps passats, sinó que avui poden esdevenir fruit de la planificació que les parelles del primer món realitzen des que en els darrers cinquanta anys les dones tenen control sobre la seva sexualitat.

Els sociòlegs destaquen la importància que tenen els fills en la societat actual i descriuen la decisió de tenir o no tenir fills com el fet més disruptiu que avui es presenta en el desenvolupament de la vida de les parelles (Bauman, 2003).

El valor de la filiació, per a la parella humana, ha estat descrit des de moltes perspectives per diferents autors. Alguns fan referència als aspectes instintius del subjecte; d'altres, en canvi, els exclouen per tal de destacar la construcció de la parentalitat a partir de la influència dels factors culturals (Ariès, 1973; Badinter, 1980).

Freud posà l'accent en la gratificació de fantasies d'immortalitat i manteniment de l'espècie, definint el subjecte com un fi en si mateix i un graó de la cadena. Des d'aquesta perspectiva, el fill esdevé un contenidor de les ansietats de mort dels pares en la mesura en què representa la continuïtat i permet mantenir la fantasia de transcendir en el temps.

Altres autors emfasitzen el caràcter reparador que el fill pot tenir del vincle ambivalent mantingut amb els objectes primaris i defineixen el 'desig de fill' des de la identificació introjectiva amb la parella de pares. En aquest sentit, els fills ens precedeixen i són convocats a néixer per l'assemblea dels objectes interns, que graviten entorn de la figura internalitzada de la parella parental creativa després del recorregut edípic.

Les fantasies conscients i inconscients que acompanyen la concepció, l'embaràs i el naixement del nadó són diverses i singulars per a cada parella i guarden relació amb el vincle més o menys ambivalent establert amb la parella de pares interns.

En qualsevol cas, sense negar una part a l'instint filogenètic, l'experiència subjectiva conscient i inconscient d'esdevenir pares comporta aspectes complexos i nombrosos que articulen el 'desig de fill' amb el desenvolupament de les funcions parentals.

‘Desig de fill’

E. Erikson (1936/2000) va proposar el terme *generativitat* per a descriure el desig de criar un nen dominat per un interès primari de guiar les generacions següents. Mostrà que només pot emergir si els subjectes presenten un estat de maduresa psicosocial suficient, perquè l'exercici de la seva responsabilitat caigui més enllà d'un mateix i permeti tenir cura de les criatures durant el període de la seva criança. L'autor assenyalà que és necessària la presència de dues persones que hagin assolit una identitat personal i sexual, que funcionin en un vincle d'interdependència i que desenvolupin una relació d'intimitat cooperativa en la qual fer créixer els fills.

En el moment que una parella fa conscient el seu ‘desig de fill’ i pren la decisió de concretar el projecte parental, la relació es reorganitza i emergeixen nous valors per a les funcions que fan referència a les diferències sexuals en el vincle. La sexualitat queda investida més enllà del plaer per a donar valor a la concepció; els ritmes i períodes mensuals redimensionen el temps, i el semen adquireix un valor generatiu no considerat fins aquell moment.

La presència de l'embaràs esdevé un nou estat mental, que la parella comparteix, definit per l'expressió «estem embarassats». Les dones poden tenir el sentiment de ser un continent receptiu i acollidor, però, a vegades, els moviments fetals poden generar fantasies que són elles les úniques gestores i marginar l'home. Els homes experimenten una activació de la virilitat associada a la capacitat d'engendrar i reasseguren el sentiment narcisista del *self*, però alguns experimenten una vivència d'exclusió de la intensa relació mare-nadó que està començant i tendeixen cap al sentiment paranoide de creure que només són un instrument usat per a fecundar. (Houzel, 1999).

El valor que la procreació té per als éssers humans es posa de manifest, de manera àmplia i colpidora, justament quan les parelles que volen tenir fills reben el diagnòstic d'infertilitat.

Efectes psíquics de la infertilitat

En la literatura es destaca la gran varietat d'actituds que es despleguen, des de l'esperança i la confiança fins a la reticència. Aquesta complexitat emocional tan contradictòria està relacionada amb la fragilitat psicològica que comporta la font d'estrès de la infertilitat, la qual, tot i no ser pròpiament una malaltia, promou sentiments de falta i provoca perturbacions de l'autoestima, de la vida social i del benestar.

Flis-Trèves (1998) fa referència a un estudi de l'Institut Nacional de Salut, realitzat a Bèlgica, als Països Baixos i a França, que informa que, tant per a les dones fèrtils com per a les infèrtils, la impossibilitat de procrear és el quart motiu de patiment, després de la pèrdua d'éssers significatius com la mare o el marit i dels divorcis.

La infertilitat significa un cop brutal al narcisisme i compromet l'equilibri psíquic de la totalitat de la persona. L'atenció a la parella infèril ens ha permès descriure els efectes psicològics del procés diagnòstic com a equivalents als de les crisis vitals i a un procés de dol molt complex i dolorós. Hem definit aquest procés com un Dol de dols, en el qual interaccionen, de manera simultània, tres nuclis de pèrdua: a) el sentiment de vida equiparat a la fertilitat, b) la fecunditat, pròpiament dita, com un objecte intern configurat, des del recorregut identificatori, després de la resolució edípica, c) l'asimetria en la parella si només un d'ells és portador de la causa de la infertilitat. (Camps, 1996).

El primer fa referència a la dimensió del sentiment narcisista de la personalitat; el segon a la dimensió historicointrapsíquica, en què es construeix la fecunditat com a objecte intern, i el tercer a la modalitat vinculada de la parella.

L'experiència de pèrdua que comporta la infertilitat desencadena molta angoixa i depressió, però la clínica biomèdica ofereix ràpidament un tractament pal·liatiu a partir dels bancs de donants.

En els casos en què l'etiologia de la infertilitat té un component biològic irreversible, els programes d'inseminació amb donació d'òvuls o esperma representen una alternativa que moltes parelles prefereixen triar en lloc d'adoptar nens.

En el nostre Servei de Psicologia Clínica¹ hem atès nombroses parelles amb entrevistes psicoterapèutiques abans de decidir fer les Teràpies de Reproducció Assistida (TRA) i hem pogut observar una marcada tendència a no reconèixer la pèrdua de la fecunditat biològica. La majoria de parelles posen l'accent en el resultat i diuen que no veuen la diferència entre concebre un fill de manera natural i fer-ho amb l'ajut de les TRA i que el temps els ho farà oblidar. Moltes es pregunten si serà necessari comunicar al fill –si és que el tenen– els seus orígens, i alguns no veuen la necessitat de fer-ho per a no marcar la criatura.

La pràctica clínica mostra l'organització de rígides defenses enfront del dolor davant la pèrdua de la fecunditat biològica, amb arguments que neguen la diferència entre la fecunditat biològica i la fecunditat genèticament assistida. La reacció defensiva de les parelles ve donada per la necessitat d'alleugerir el dolor causat per la infertilitat, però també està estimulada per l'actitud del sector mèdic. En alguns àmbits de la biomedicina es prioritza, sobretot, l'obtenció de l'embaràs i es minimitzen el component psíquic de la fertilitat, els efectes de la infertilitat i també els efectes de fer servir els bancs de donants per a la fecundació.

La informació que els mitjans de comunicació han donat a la ciutadania sobre les TRA, i els seus resultats, ha modificat encara més les expectatives des de les quals es presenta la demanda d'assistència mèdica. Actualment, les parelles consulten amb la creença que la medicina podrà resoldre tota mena d'obstacles per a donar fills a qui en vol i no en pot tenir. Aquesta esperança màgica dificulta, de manera extrema, la possibilitat de mantenir contacte psíquic amb el significat de la fecunditat i també de la infertilitat, així com el fet de poder tenir actituds realistes en el moment de prendre decisions sobre els tractaments proposats per la biomedicina.

Segons la nostra experiència, el moment en què la parella rep el diagnòstic d'infertilitat i una indicació de tractament amb TRA o un ventall d'alternatives possibles, esdevé un punt crític en el procés assistencial de la clínica de la fertilitat. En aquesta cruïlla es posa de manifest la unitat psicosomàtica constituïda pel subjecte i és necessari considerar la fecunditat des d'una perspectiva integral per a poder examinar les intencions i la voluntat, conscient i inconscient, que anima, i alhora inhibeix, el projecte parental buscat.

Si la fertilitat no està compromesa per raons biològiques, clarament irreversibles, que obstrueixen una funció bàsica, com ara la producció espermàtica o alguna malformació congènita, els programes de reproducció proposats, més que un tractament indicat per a un cas d'infertilitat, són una alternativa terapèutica per a resoldre un problema de fecunditat no reconegut (Faure-Pragier, 1997; Frydman, 1986; Tubert, 1996).

Els resultats de les TRA, pel que fa a l'èxit en l'obtenció d'embaràs a terme, no són tan optimistes com els mitjans d'informació acostumen a transmetre a la ciutadania. El nombre d'embarassos varia molt segons les tècniques que es facin servir i la font del registre que se citi, però els darrers resultats aportats per la Societat Espanyola de Fertilitat (SEF) valoren la taxa de gestació per cicle iniciat en el 29 %, la taxa de pèrdu-

es en el primer trimestre en el 19 % i una taxa d'embaràs per cicle del 19 %, sense desatendre alguns dels problemes neonatals que es poden originar, com ara les gestacions múltiples, els nadons prematurs o els de pes molt baix.

La majoria d'autors estan d'acord en el fet que el factor psicològic és un factor concurrent en el tractament de la infertilitat, però els estudis de revisió mostren alguns aspectes controvertits entre les discussions d'aquests autors. Molts estudis destaquen que l'estrès altera el sistema psicoimmunoendocrí i afecta la capacitat reproductiva femenina, però d'altres destaquen l'estrès causat pel mateix procés dels tractaments de reproducció, pels fracassos que ja s'han patit i per la incertesa dels resultats (Domar, Zuttermeister, Seibel i Benson, 1992; Domar, 2004; Downey, Yingling, McKinney, Husami, Jewelewicz i Maidman, 1989).

Les parelles amb nivells d'ansietat i depressió molt intensos mostren resultats més baixos en la taxa de fertilitat dels tractaments de reproducció (Downey, *et al.*, 1989; Edwards i Brody, 1995; Evers, 2002). Aquests resultats ens permeten formular que el patiment psíquic, presentat en termes d'ansietat i depressió, pot interferir en l'emergència d'un estat mental disponible per a esperar que flueixin els esdeveniments buscats.

Altres autors destaquen que la infertilitat idiopàtica, entesa com la inhibició de la funció reproductora, s'ha d'examinar com un símptoma que protegeix de l'emergència d'una ansietat profunda, la qual pot posar en perill l'equilibri psíquic personal i el de la parella, és a dir, un cos que no respon al desig comunica alguna ambivalència que ha de ser interrogada de manera singular en cada cas (Tubert, 1996; Bydlowski, 1997; Frydman, Flis-Trevès i Koeppel, 1998).

L'atenció psicològica de parelles realitzada en la cruïlla entre el procés diagnòstic i la proposta de tractament en el procés assistencial, ens ha permès focalitzar l'observació de diferents aspectes clínics pel que fa a dades biogràfiques repetides i també a la qualitat del vincle de la parella.

Moltes parelles presenten sentiments inconscients, o mai confessats, de vergonya per situacions traumàtiques primitives que afecten severament la seva autoestima o sentiments d'intensa rivalitat parental, sobretot les dones amb les seves mares, desitjos de venjança contra els objectes primaris i fantasies d'autofecundació. En general, destaca una gran dificultat per a acceptar la necessitat d'interdependència afectiva dels vincles, la condició monosexualada per a poder procrear i el respecte per l'alteritat.

En la nostra experiència no hem detectat que sobresurti cap perfil de personalitat en particular; en canvi, hem observat que moltes parelles amb problemes de fecunditat presenten dinàmiques de relació paradigmàtiques del vincle de pacte denegatiu. És a dir, la parella estableix el seu vincle sota un acord implícit, una aliança inconscient i no expressada de deixar fora de la relació els continguts mentals, que poden posar en risc l'equilibri psíquic personal o el del mateix vincle, vinguin de l'experiència traumàtica dels psiquismes individuals, vinguin de fantasies inconscients projectades en la parella (Kaës, Faimberg, Enriquez i Baranes, 1993).

També hem observat un altre grup molt nombrós, descrit com a vincle de parella simbiòtica i vincle de parella de parentiu, en què el fill esdevé impossible perquè no té mitjans d'inscripció simbòlica. En el primer cas, perquè els dos membres de la parella mantenen una estreta relació d'unitat simbiòtica idealitzada que no permet ser modificada de cap manera; en el segon cas, perquè cada membre de la parella funciona fent de fill de l'altre alternativament (Cahen, 1978).

Estudi d'un cas: CLÀUDIA i ROGER, 37 anys

La Clàudia diu que fa més d'un any que busquen fills i no es queda embarassada i el ginecòleg li ha proposat TRA, perquè, amb 37 anys, l'índex de fertilitat femenina és molt baix. La Clàudia presentava repetides crisis d'ansietat, des de feia 7 anys, tractades amb ansiolítics, que el psiquiatre de zona controlava, i va venir a la consulta perquè per a tenir fills hauria de deixar la medicació i no es veia amb cor de fer-ho per temor de recaure.

És la menor de quatre germans. El germà gran va néixer amb la síndrome de Down i sempre ha hagut de necessitar que tothom tingués molta cura d'ell; el segon tenia un caràcter molt difícil, que el va precipitar a les drogues, i fa tres anys va morir de sobredosi. «Va adoptar un fill amb la síndrome de Down i, a vegades, he pensat que potser un dia jo també ho podria fer». La tercera germana va marxar molt aviat de casa dels pares per casar-se i està bé. La pacient parla d'una mare afectuosa, però la narració biogràfica delata una experiència en què la precarietat afectiva anava creixent cada vegada que s'afegia un naixement a la família, fins que no va quedar disponibilitat materna per a ella. La Clàudia diu, gairebé sense adonar-se'n: «Els canvis de la vida els vaig haver de fer sempre molt sola; a casa tenien molts problemes i no em podien ajudar. L'adolescència em va costar molt, perquè estava molt sola».

La mare va patir un càncer de mama del qual va morir després d'anys de llarga malaltia. La Clàudia va marxar de casa dels pares per compartir pis amb amics, un dels quals és ara el seu marit. «Després tots van marxar del pis comunitari i ens vam quedar nosaltres dos sols; ell és el millor que m'ha passat a la vida.»

La pacient va quedar embarassada fortuïtament coincidint amb l'agonia del final de la vida de la mare, però va decidir fer un avortament perquè no es veia amb prou força per a tirar endavant una criatura.

En Roger es defineix com a fill únic d'una família que diu que el tracten com si encara fos petit, perquè als pares els sembla que no li poden dir res, ni confiar-li responsabilitat en el negoci familiar, on «només em fan fer de recader». Li va saber greu no tenir el fill, però va acceptar l'avortament que la Clàudia va proposar sense oposar-hi resistència. Està preocupat perquè no sap què fer amb les crisis d'ansietat de la seva dona. De fet, si ella es troba malament, no li truca per demanar-li ajuda, perquè «jo això no ho entenc».

La Clàudia estava molt unida al germà que va morir i, tot i que li causava molt patiment amb les addiccions i el comportament autodestructiu, ella se sentia molt compresa per ell, i, en particular, per la seva cunyada Àngels, que, com un vertader àngel de la guarda, sempre ha estat amb ella així que va presentar el primer signe d'ansietat. En el moment de la consulta, l'Àngels comença una nova relació de parella i la pacient tolera malament que no sempre estigui per ella i veure el lloc del seu germà ocupat per un altre home.

L'evolució del tractament psicoterapèutic ha posat de manifest que la parella es vincula a l'acord implícit de no tenir fills, de no promoure canvis de creixement per als quals encara cap dels dos no està preparat i són viscuts com a amenaces catastròfiques per a l'equilibri psíquic personal i per a la parella mateixa.

La Clàudia es va adherir a la seva mare per viure la fantasia idealitzada d'una mare incondicional, amb la qual mantenir una relació sense interrupció i no experimentar el sentiment de ser abandonada. En Roger va trobar la seva identitat identificant-se a partir del lloc de fill únic, de manera que només podia fer de recader per no deixar de ser l'únic fill que hi ha a la família i assegurar-se la identitat per sempre.

La dinàmica de la parella se segella en un vincle que no pressiona, no demana fills amb convenciment i cedeix el lloc de la funció reguladora

de malestar al vincle materno-homosexual amb la cunyada perquè guardi les ansietats de la parella. Afirmen que aquesta experiència «és el millor que ens ha passat a tots dos». La Clàudia i en Roger necessiten aquesta aliança en el seu vincle per a protegir el seu psiquisme i la parella de les fantasies d'esfondrament que l'experiència de filiació desencadena en l'organització de la seva personalitat.

Els lapsus, oblit i fallades a l'hora de seguir les indicacions per a fer TRA que es van produir durant els inicis de la teràpia, mostraven l'esforç inconscient de la parella per fer fracassar qualsevol possibilitat de fecundació, tant de les seves relacions sexuals com del tractament de FIV que havien programat.

Les parelles que presenten un *self* diferenciat i un vincle establert a partir del reconeixement de l'alteritat i la interdependència desenvolupen actituds orientades cap a camins que permetin acollir i fer créixer fills, siguin biològics assistits per la medicina, siguin adoptats o siguin el resultat d'altres vies creatives de sortida de la sexualitat.

La pràctica clínica mostra que no totes les parelles que busquen fills presenten un vincle d'interdependència i cooperació. Algunes parelles, com en el cas descrit, presenten demandes de fertilitat des d'una gran ambivalència, inconscient pel temor que els canvis de rol que implica el naixement del fill amenacin una identitat precàriament constituïda.

Efectes de les tra en les demandes contemporànies de fecunditat

La reflexió que ens ocupa és que moltes expectatives de filiació, més o menys inconscients, que havien viscut ocultes en el món imaginari, perquè la realitat les feia inviables, avui la reproducció assistida les pot fer realitat.

Els canvis del procés de globalització mundial han promogut grans transformacions en el teixit social, però són les aplicacions de les tècniques de reproducció les que han transformat l'organització del nucli familiar tradicional, a partir de les múltiples combinatòries que possibilita la seva implementació, en separar la procreació de les relacions sexuals (Camps, 2007).

En el nostre medi, tan sols vint-i-cinc anys després de l'inici de la medicina de la reproducció, ja es poden detectar els seus efectes en les demandes que arriben a les unitats de reproducció.

El perfil actual de les parelles que consulten per problemes de fertilitat és el de persones ben informades, que, moltes vegades, arriben als dispositius assistencials demanant el tractament que volen, no pas buscant una valoració diagnòstica que permeti indicar una terapèutica.

De totes maneres, el canvi més important són els efectes sobre la sexualitat humana que permet l'aplicació de les TRA en separar la procreació de les relacions sexuals. Les aplicacions de les TRA han fet possible noves formes de fecundació que fa poc ni podien ser pensades; fantasies de 'desig de fill', històricament adormides en l'inconscient, avui configuren les noves demandes de la clínica de la fertilitat.

Ens referim a les demandes de famílies homoparentals, monoparentals, dones menopàusiques, dones subfèrtils per edat, inseminacions de bancs de donants, casos en què es fa servir una cèl·lula amb la funció de donar algun òrgan, fills nats de genitors morts. La consulta de les unitats de reproducció, avui, afronta problemàtiques de fecunditat vinculades més aviat al desig de tenir fills que a problemes d'infertilitat pròpiament dits (Balasch, 2000; Beck-Gernsheim, 2002; Lipovetsky, 1997).

Les aplicacions de la biomedicina en el camp de la procreació han sembrat el mosaic social amb la configuració de noves constel·lacions familiars, com ara famílies monoparentals, homoparentals, mares d'edat avançada, famílies amb una parella i donació d'òvuls, esperma o embrions als bancs especialitzats en això.

Des del naixement de Louise Brown, les parelles amb dificultats per a procrear han trobat en les TRA una gran esperança per a fer possible el projecte de filiació, però el desenvolupament i l'aplicació de la tecnologia reproductiva destinada a obtenir la fecundació sense necessitat de relacions sexuals han obert nous camins per a l'accés a la parentalitat, que també comporten nous interrogants i problemes a considerar.

Els resultats i els efectes dels avenços en matèria de reproducció es presenten a una velocitat que no permet que el registre psíquic individual ni col·lectiu els pugui assimilar ni elaborar. Després d'un quart de segle d'aplicació de TRA, l'ètica biomèdica té moltes situacions per a reflexionar que fa molt poc ni podien ser pensades (Testart, 2003).

La reproducció assistida ha pogut aconseguir la fecundació fora de les relacions sexuals i el problema de l'ús dels embrions congelats ha estat servit. Ha estat difícil trobar les formes jurídiques per a definir la seva

utilització, tant pel que fa al nombre que se'n poden transferir, com a les decisions de les parelles quant a la manera de fer-los servir, sigui en el seu propi tractament, sigui per a fer donació a altres parelles o a la ciència per a investigar.

En els casos en què l'objectiu mèdic prioritari és aconseguir embarassos, es poden transferir més embrions que els aconsellats i, si tots evolucionen, a vegades es fa necessari dur a terme una reducció embrionària preventiva per a la salut de la mare i dels nadons. En el cas dels embrions congelats sobrants, les decisions que les parelles han de prendre també són molt difícils, tant si han aconseguit fills com si no.

Les situacions descrites formen part dels procediments més corrents de les TRA. Molts estudis destaquen els importants nivells d'estrès generats durant els tractaments mèdics, que poden comprometre l'equilibri psicològic de cada membre de la parella i també del vincle.

Les estimulacions ovàriques i el nombre excessiu d'embrions transferits provoquen embarassos múltiples, els quals fan que cada dia augmenti més el naixement de nadons prematurs, que les unitats de neonatologia afronten amb un alt cost tècnic, econòmic, humà i emocional dels pares i dels equips assistencials (Oliva i Estrada, 2002; Schieve, Peterson, Meikle, Jeng, Danel i Burnett, 1999; Templeton i Morris, 1998).

Les possibilitats que les TRA ofereixen per a poder tenir fills comporten importants ansietats, afegides a les decisions que les parelles es veuen confrontades a prendre durant tot el procés dels tractaments.

Els procediments dels tractaments reproductius promouen una important reduplicació de dols, que, en qualsevol cas, generen un risc psicològic afegit, el qual dificulta el fet de desenvolupar les millors condicions mentals per a exercir les funcions parentals. Els naixements són un dels motius més grans d'alegria i també un dels que major trasbals i inquietud emocional provoquen a tots els pares. La vinguda dels nadons al món confronta la parella parental amb les ansietats de mort que mobilitza la indefensió del nounat, però, en aquestes casos, l'ansietat es veu exponencialment incrementada i és fàcil d'imaginar que pugui sobrepassar i fragmentar el necessari continent matern i familiar.

Els professionals implicats en la clínica de la fertilitat expressen la seva preocupació per les conseqüències que aquestes noves formacions familiars poden tenir en el desenvolupament dels infants.

Les noves vies que les TRA ofereixen per a accedir a la maternitat i a la paternitat obren camins desconeguts, incerts i inquietants, que, en darrer terme, posen sobre la taula el valor dels vincles afectius en l'experiència del desenvolupament dels humans i, en especial, en la cura i criança dels nens.

Estudis de seguiment de nens posen de manifest que no s'observen trets psicopatològics significatius en relació a la població general, però també cal destacar que les investigacions són molt heterogènies i que els estudis encara són insuficients i no tots estan prou ben dissenyats (Golombok, Jadea, Lycett, Murray i MacCallum, 2004; Hahn, 2001; Lansac i Royere, 2001; Sokoloff, 1987).

Les recerques orientades al seguiment de nens nascuts en nuclis familiars homoparentals tampoc no destaquen la presència d'una psicopatologia rellevant; fins i tot alguns mostren trets d'una millor qualitat d'aferrament al vincle parental.

Per altra banda, bona part dels seguiments de la població infantil són estudis de desenvolupament psicoevolutiu de poca profunditat psicològica, això sense mencionar els estudis fomentats per la indústria farmacèutica, que tenen interès a destacar les bondats d'unes tècniques que donen beneficis milionaris.

La salut mental infantil no es reflecteix només per seguir els mínims de les normatives evolutives i l'aprenentatge de les habilitats educatives, sinó per la possibilitat de comptar amb una estructura psíquica amb prou recursos per a afrontar, de manera satisfactòria, l'esdevenir vital, amb capacitats imaginatives des de les quals desenvolupar la creativitat i, sobretot, la qualitat emocional dels vincles psicosocioafectius. Molts especialistes de la petita i la mitjana infància, davant de les noves patologies que arriben a les consultes, interroguen, amb rigor i sense prejudicis, les situacions creades a partir de la fecunditat assistida per tal de valorar les característiques i les qualitats dels vincles de les noves xarxes familiars.

Des de la perspectiva psicoanalítica, alguns autors consideren que les famílies homoparentals exposen els nens al perill de la no-diferenciació sexual dels pares i entenen que això és un obstacle important de cara al fel que la criatura pugui establir les funcions bàsiques de subjectivació. En aquesta línia es desplega la idea que l'adopció de nens per part de parelles homosexuals és una normalització de l'homoparentalitat i això atorga un valor d'objecte fetitxe als infants (Rotenberg, Agrest i Wainer, 2007).

Altres autors consideren que els canvis promoguts, en els darrers anys, en el nucli familiar, si bé suposen una crisi de referències simbòliques –sobretot la del pare–, lluny de provocar desestructuracions socials, confirmen, una vegada més, la força i la importància de l'organització simbòlica i metafòrica de la cultura.

Estableixen que la diferència en la cria dels nens, entre els de les noves famílies i els altres, serà la mateixa per a tots: el trajecte identificatori i les eleccions d'objecte. Aquesta línia de pensament defineix la família a partir de la relació afectiva establerta entre els seus membres, sense distincions de sexe ni de consanguinitat. Assenyalen la importància de la qualitat dels vincles, en referència als corrents d'amor, odi i coneixement, que enllacen les relacions d'objecte, presents entre els membres de totes les famílies. Des d'aquesta perspectiva, destaquen que no hi ha evidències que permetin dir *a priori* que un model familiar és més o menys patogènic, ressaltant que el model de família tradicional també mostra els seus nivells de confusió i ambigüitat en les actuals consultes infantils (Ceccarelli, 2004).

Els equips assistencials, investigadors i ciutadans ens veiem confrontats, una vegada més, amb la dualitat inherent a la condició humana. Els avenços, el progrés i la suposada millora de la vida van vinculats a la mort, al patiment i als límits, que, encara que cada vegada arribin una mica més enllà, sempre acompanyen l'existència dels humans.

En resum, la fecunditat i el tractament de la fertilitat assistida mostren, d'una manera privilegiada, la misteriosa complexitat psicosomàtica de l'ésser humà. Des d'aquesta perspectiva es destaca la necessitat que totes les unitats interdisciplinàries de reproducció assistida considerin els factors psíquics i la vida emocional de les parelles en la valoració del diagnòstic i tractament de la demanda assistencial de fertilitat.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Ariès, P. (1973). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. París: Seuil. [Traducció espanyola: *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus, 1987.]

Badinter, E. (1980). *L'amour en plus: histoire de l'amour maternel* (xviii-xxe siècle). Paris : Flammarion. [Traducció espanyola: *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal* (s. xiii-xx). Barcelona: Paidós Ibérica, 1992.]

Balash, J., (2000). Investigation of the infertile couple: investigation of the infertile couple in the era of assisted reproductive technology: a time for reappraisal. *Human Reproduction*, 15, 2251-2257.

Bauman, Z. (2003). *Liquid love: on the frailty of human bonds*. Londres: Polity Press and Blackwell Publishers. [Traducción española: *Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2005.]

Beck-Gernsheim, E. (2002). *Reinventing the family: In search of new lifestyles*, Londres: Polity Books. [Traducción española: *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*, Barcelona, Paidós, 2003.]

Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. París : PUF.

Cahen, F., (1978). L'enfant impossible. *Perspectives psychiatriques*, iv, 68, 358-364.

Camps, N. (1996). Funciones parentales y nuevas técnicas de reproducción asistida. Consideraciones sobre sus efectos psicosociales. *Actualidad Andrológica*, 4, 4-8.

Camps, N. (2007). Técnicas de reproducción y nuevo milenio. En A. Talarn, *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder.

Ceccarelli, P. R. (2004). Configuraciones edípicas contemporáneas: reflexiones sobre las nuevas formas de paternidad. *Revista Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, 7, 91-105.

Domar, A. L. (2004). *Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients*. *Fertility and Sterility*, 81(2), 271-273.

Domar, A. D., Zuttermeister, PC., Seibel, M., i Benson, H. (1992). Psychological improvement in infertile women after behavioural treatment: a replication. *Fertility and Sterility*, 58(1), 144-147.

Downey, J., Yingling, S., McKinney, M., Husami, N., Jewelewicz, R. i Maidman, J. (1989). Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertility and Sterility*, 52 (3), 425-432.

Edwards, R.G. i Brody, S.A. (1995). *Principles and practice of assisted human reproduction*. Philadelphia: W B Saunders Co.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completo*. Barcelona: Paidós.

Evers, J.L. (2002). Female subfertility. *Lancet*, 360 (9327), 52 (3), 151-159.

Faure-Pragier, S., (1997) *Les bébés de l'inconscient*. París: Presses Universitaires de France.

Flis-Trèves, M. (1998). *Elles veulent un enfant*. París: Albin Michel.

Frydman, R. (1986). *L'irrésistible désir de naissance*. Paris: PUF.

Frydman, R., Flis-Trevès, M. i Koepfel, B. (1998). *Les procréations médicalement assistées: vingt ans après*. Colloque Gypsy II. Paris : Odile Jacob Editions

Golombok, S., Jada, J., Lycett, E., Murray, C. i MacCallum, F. (2004). Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Human Reproduction*, 20(1), 286-293.

Hahn, C. S. (2001). Review: psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (8), 525-538.

Houzel, D. (2006). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville Saint- Agne, France : érès.

Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. i Baranes, J. (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*. París: Dunod. [Traducción española: *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrotu, 1996.]

Lansac, J. i Royere, D. (2001). *Follow-up of children born after frozen sperm donation*. *Human Reproduction Update*, 7 (1), 33-37.

Lipovetsky, G. (1997): *La troisième femme*. París: Gallimard. [Traducción española: *La tercera mujer*, Barcelona, Anagrama, 1999.]

Oliva, G. i Estrada, M. D. (2002). *Tractaments d'hiperestimulació ovàrica controlada en les tècniques de reproducció assistida*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.

Rotenberg, E., Agrest, ; Wainer, B. (2007) (comps). *Homoparentalidades. Nuevas Familias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Schieve, L. A., Peterson, H. B., Meikle, S. F., Jeng, G., Danel, I. i Burnett, N.M. (1999). Live-birth rates and multiplebirth risk using in vitro fertilization. *Journal of American Academy of Medicine*, 282, 1832-1838.

Sokoloff, B. Z. (1987). Alternative methods of reproduction. Effects on the child. *Clinical Pediatrics*, 26 (1), 11-17.

Templeton, A. i Morris, J. K (1998). Reducing risk of multiple births by transfer of two embryos after in vitro fertilization. *New England Journal of Medicine*, 339, 573-577.

Testart, J. (2003). *Le vivant manipulé*. París: Éditions Sand.

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI.

Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Valencia: Càtedra.

Resumen

El trabajo es una reflexión clínica, desde el punto de vista psicológico, sobre los cambios observados, a lo largo de veinticinco años, en la presentación de la demanda asistencial de parejas que consultan por problemas de fecundidad, en el marco de una Unidad de Reproducción Asistida.

Describe aspectos psicológicos presentes en la clínica de la fertilidad que intervienen como elementos relevantes en el origen del 'deseo de hijo', en la posible inhibición de la función reproductora, en los efectos del duelo por la pérdida de la fecundidad biológica y en las consecuencias de los tratamientos médicos indicados.

Se destaca la necesidad de realizar un abordaje asistencial interdisciplinario que considere los factores psicológicos concurrentes y permita ofrecer una atención integral a las parejas que consultan para orientar

su proyecto parental más allá de considerar sólo la obtención de un embarazo.

Palabras clave: infertilidad, 'deseo de hijo', proceso de duelo, derrumbamiento catastrófico, vínculo denegativo, vínculo de pareja simbiótica, vínculo de pareja de parentesco.

Abstract

This work is a clinical reflection, from a psychological perspective, about the changes observed in help requested by couples due to fertility problems within the framework of the Assisted Reproduction Unit in a twenty-five-year period.

This article describes those psychological aspects present in the fertility clinic that interact as relevant elements in the origin of the "desire for a child," in the possible inhibition of the reproductive process, in the effects of grief after the loss of biological fertility, and in the consequences of the prescribed medical treatments.

The article also points at the need to undertake an interdisciplinary health care approach that considers the underlying psychological factors and allows us to offer integral care to couples seeking for help to guide their parental project beyond pregnancy.

Key words: infertility, desire for a child, grief process, catastrophic collapse, negative bond, symbiotic couple bond, couple kinship bond

