

Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 12, No 1 (2005)



Suffering from infertility

Genevieve Delaisi De Parseval

doi: [10.12681/psy_hps.23932](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23932)

Copyright © 2020, Genevieve Delaisi De Parseval



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

De Parseval, G. D. (2020). Suffering from infertility. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 12(1), 1-4. https://doi.org/10.12681/psy_hps.23932

Πάσχοντας από υπογονιμότητα

GENEVIEVE DELAISI DE PARSEVAL

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το να μην κατορθώνει κανείς να φέρει σε πέρας ένα γονεϊκό σχέδιο ή να μην μπορεί να εκπληρώσει την επιθυμία του για την απόκτηση παιδιού είναι ένα σύνθετο σύμπτωμα, που παίζεται με δύο ανθρώπους. Η αντιμετώπιση της οδύνης αυτών των ζευγαριών απαιτεί από το θεραπευτή ευέλικτη στρατηγική, η οποία να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο το ερώτημα «γιατί» είναι υπογόνιμο το συγκεκριμένο ζευγάρι αλλά και «πώς» λειτουργεί το σύμπτωμα αυτό τόσο στην οικονομία του ζεύγους όσο και σε εκείνη της οικογένειας από την οποία καθένας από τους συζύγους κατάγεται. Τότε κατανοούμε καλύτερα την υπογονιμότητα «ως κρίση», ως στιγμή οδύνης αλλά και ταυτοχρόνως στιγμή ψυχικής ωρίμανσης. Σε αυτού του είδους τις ιστορίες η ψυχοδυναμική προσέγγιση συγκλίνει με μια θεώρηση συστημική.

Λέξεις-κλειδιά: Υπογονιμότητα, Θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Μετά από μια διαδρομή υπογονιμότητας, η οποία έχει τύχει φαρμακευτικής ή κοινωνικής περιθάλψης, πολλές οικογένειες φέρνουν στον κόσμο ή ανατρέφουν παιδιά σε ένα άτυπο πλαίσιο. Δίπλα στις ανασυγκροτημένες οικογένειες και στις θετές οικογένειες συναντούμε πλέον οικογένειες που έχουν συσταθεί κατόπιν τεκνοποιίας με ιατρική βοήθεια και με δότες γαμετών (IAD, FIV-D ή ICSI¹ με παροχή σπέρματος, παροχή ωοκυττάρων) και πιο πρόσφατα με τη συμμετοχή φερουσών μητέρων. Οι κάπως ιδιαίτερες ιστορίες των συλλήψεων αυτών με συν-γεννήτορες και των δύο φύλων (πολυσύνθετες οικογένειες) θέτουν ριζικά νέα ερωτήματα, που απευθύνουν ορισμένες προκλήσεις τόσο στην ανθρωπολογία όσο και στην ψυχανάλυση.

Η κλινική της υπογονιμότητας του ζεύγους είναι τόσο «πλούσια», που μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα από διαφορετικές και καμιά φορά συμπληρωματικές θεραπευτικές κατευθύνσεις και προσεγγίσεις. Έτσι, δίπλα στην ψυχαναλυτι-

κή προοπτική, που συνίσταται στη μελέτη της ασυνειδητής δυναμικής του ή των στείρων συμβίων, μπορούμε να προχωρήσουμε σε μια ανάγνωση του συμπτώματος αυτού αντιμετωπίζοντας το υπογόνιμο ζευγάρι σαν να έχει συγκροτηθεί όχι κατά τύχη αλλά, αντιθέτως, ξεκινώντας από ένα ασυνειδητό διάβημα ώστε να μην αποκτήσει παιδιά (ενώ το συνειδητό σχέδιο είναι προφανώς να αποκτήσει).

Η υπόθεση, λοιπόν, έχει ως ακολούθως: η στειρότητα του ζεύγους είναι πιθανώς ένα προσαρμοστικό σύμπτωμα, αναγκαίο για τη διατήρηση των οικογενειακών κανόνων. Η «νοσηλεία» των ζευγαριών αυτών καταλήγει στο να θεωρηθούν ως «διαγενετικώς δυσλειτουργικά». Ο θεραπευτικός στόχος τότε συνίσταται στο να οδηγηθούν τα μέλη της πυρηνικής οικογένειας να κατανοήσουν και να αλλάξουν τους κανόνες που διέπουν τα συμβατικά περί στειρότητας σενάρια. Εκείνο που τίθεται εδώ είναι το ερώτημα όχι του «γιατί» αλλά του «πώς».

Διεύθυνση: Geneviève Delaisi de Parseval, Ψυχαναλύτρια. 122 Vaugirard street, 750 06 Paris, France. E-mail: genevieve.dailaisi.free.fr

1. IAD: τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα δότη. FIV-D: γονιμοποίηση in vitro με σπέρμα δότη. ICSI: μικρο-έγχυση ενός σπερματοζωαρίου.

Γνωρίζουμε ότι κάθε οικογενειακή ομάδα, προκειμένου να ευνοήσει την προοδευτική διαφοροποίηση των μελών της (και συνεπώς για να αλλάξει), οφείλει να υπομείνει φάσεις αποδιοργάνωσης, απαραίτητες για τη μετάβαση σε μια άλλη ισορροπία καλύτερα προσαρμοσμένη στο επόμενο στάδιο. Στις οικογένειες στις οποίες οι απαραίτητες για τη διαδικασία της ανάπτυξης αλλαγές των σχέσεων βιώνονται ως απειλητικές τα διαδραστικά σχήματα και οι λειτουργίες καθενός από τα μέλη έχουν την τάση να γίνονται άκαμπτα, για να καταλήξουν σε μια ατομική παθολογία (της οποίας προνομιακό παράδειγμα είναι ίσως η στειρότητα ενός εκ των συμβίων), κατάσταση ακόμα λιγότερο αναστρέψιμη όσο διατηρείται αναπόφευκτη η ανάγκη σταθερότητας του συνόλου. Στην περίπτωση αυτή ένα σύμπτωμα, όπως η στειρότητα, αντιπροσωπεύει ένα είδος μεταφοράς του διλήμματος μιας οικογένειας που θα ήθελε να προχωρήσει (να τεκνοποιήσει), παραμένοντας, όμως, επιτόπου (χωρίς παιδιά). Αλλά τα σημαντικά στάδια στη ζωή μιας οικογένειας είναι ακριβώς, το ξέρουμε, οι στιγμές κατά τις οποίες κάποιος «εισέρχεται», «θα ήθελε να εισέλθει» στο οικογενειακό σύστημα ή «εξέρχεται» από αυτό (γεννήσεις, επιγαμίες, θάνατοι).

Ο ασθενής που έχει «ορισθεί» –υπογόνιμος– εκείνος που πάσχει είναι, έτσι, εκείνος ο οποίος μέσα στο οικογενειακό σύστημα έχει λάβει ή δεχθεί το ρόλο να παραγάγει μια συμπτωματολογία που επιτρέπει στο σύνολο του συστήματος να εξισορροπεί αρκετά. Υπό το πρίσμα αυτό, το στείρο άτομο δε θεωρείται πλέον ως ασθενής αλλά, το αντίθετο, ως «επιτήδειος», ως κάποιος ο οποίος παίζει αρκούντως καλά το ρόλο του ώστε να λειτουργεί το σύστημα ζεύγος – οικογένεια. Το σύμπτωμα «στεριότητα» δεν είναι μια διαταραχή αλλά μια αναγκαία δυσλειτουργία. Κατά συνέπεια, όσο υπάρχει μια λειτουργία εντός του συστήματος πρέπει το σύστημα να διατηρηθεί, και είναι ενδιαφέρον να μπορεί ο θεραπευτής να το συναγάγει θετικά, προσπαθώντας συγχρόνως να θέσει το σύστημα σε τέτοια κατάσταση, ώστε να μεταβάλει την εξισορροποίησή του με τρόπο που ο ασθενής να μη χρειάζεται

πια να καταφεύγει σε αυτή τη διαδικασία για να εξασφαλίσει την επιβίωσή του. Αν ο θεραπευτής κατορθώσει να οδηγήσει το ζεύγος σε αλλαγή των κανόνων που διέπουν τους συμβιβασμούς, μπορούμε να δούμε μεταβολές των διαδράσεων ή χωρισμό των γενεών, συνοδευόμενο, παραδείγματος χάριν, από ρήξη των συνδέσμων (η τάδε ασθενής θα κατορθώσει, για παράδειγμα, να χαλαρώσει το σύνδεσμό της με τη μητέρα της, ένα σύνδεσμο που στόχευε στο να προστατευθεί η μητέρα από το να γίνει «γιαγιά», με όλα όσα μπορεί αυτό να συνεπάγεται), δηλαδή την εξαφάνιση του συμπτώματος. Οι εργασίες του Boszormenyi-Nagy (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) εμφανίζονται εδώ ιδιαίτερα χρήσιμες προκειμένου να αντιληφθούμε σε ποιο σημείο οι προσκολλήσεις στην εξ αίματος οικογένεια παραμένουν έντονες, είτε αναγνωρίζονται είτε όχι, είτε γίνονται σεβαστές είτε φαινομενικώς περιφρονούνται, είτε είναι συνειδητές είτε ασυνειδητές. Ένα υποκείμενο που αρνείται το ενδιαφέρον του για το συγγενικό δεσμό με ένα σημαντικό πρόσωπο της οικογένειάς του κινδυνεύει να το καταδείξει με έναν άλλο τρόπο, μέσω αντίστοιχων εκδηλώσεων νομιμοφροσύνης (τις οποίες συναντούμε σαφώς στις ψυχοσωματικές διαταραχές που συνδέονται με τη στειρότητα).

Αναρωτιέται κανείς γιατί ορισμένα ζευγάρια προσβάλλονται περισσότερο από άλλα. Υπάρχουν οικογένειες με ιδιαίτερους συμβιβασμούς, στο εσωτερικό των οποίων τα άτομα είναι κακώς διαφοροποιημένα: ελέγχουν κακώς τη συγκινησιακή σχέση, μπερδεμένα, ανεσταλμένα από συναισθηματικές υπερεντάσεις που τα κατακλύζουν. Ένας ενήλικος, για παράδειγμα, που ασυνείδητα καθιστά τον εαυτό του στείρο δεν πράττει αυτό που θα ήθελε να πράξει, αλλά ενεργοποιεί το σχέδιο ενός άλλου προσώπου (του πατέρα του, της μητέρας του, της γιαγιάς του) ωσάν να ήταν υπό τον έλεγχό του. Ξαναβρίσκουμε, άλλωστε, την ίδια αυτή λειτουργία στην επιλογή του συμβίου: αυτά τα κακώς διαφοροποιημένα άτομα συχνά αλληλοεπιλέγονται. Άρα, όπως είχε παρατηρήσει ο Bowen (1978), όσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο της διαφοροποίησης

τόσο πιο σοβαρά είναι τα εν δυνάμει προβλήματα για το μέλλον. Σε περίπτωση ισχυρής μη διαφοροποίησης των συμβίων η σχέση του ζεύγους καθίσταται σύντομα δυσλειτουργική υπό την επίδραση της συγκινησιακής σύντηξης, που γίνεται η ίδια πηγή άγχους. Άγχος το οποίο συχνά εκδηλώνεται με την εμφάνιση ψυχοσωματικών διαταραχών στον έναν ή και στους δύο συντρόφους (στον τομέα της στειρότητας συναντάμε κλασικά την έλλειψη ωορρηξίας στη γυναίκα, διαταραχές στη σπερματογένεση στον άνδρα και συχνά διαταραχές στη σεξουαλική συμπεριφορά και των δύο συντρόφων, διαταραχές οι οποίες, με τη σειρά τους, καθίστανται παράγοντες στειρότητας). Προς την κατεύθυνση αυτή, είναι ενδιαφέρον να γνωρίζουμε ότι οι κοινωνιολογικές μελέτες που αναφέρονται σε άτεκνα ζεύγη δείχνουν ότι αυτά τα ζεύγη είναι πιο σταθερά από άλλα (υπάρχουν λιγότερα διαζύγια) και πιο πιστά επίσης (λιγότερες μοιχείες).

Ο ρόλος του θεραπευτή συνίσταται στο να κάνει μαζί με τους ασθενείς έναν ισολογισμό όχι αυτού που έχει γίνει για τη θεραπεία της στειρότητας του ζεύγους αλλά των πιστωτικών και των χρεωστικών λογαριασμών των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν στο εσωτερικό της οικογένειας, έτσι όπως τις έχουν δει οι διαφορετικοί πρωταγωνιστές. Καθώς η λογιστική αυτή είναι κατά ένα μεγάλο μέρος ασυνείδητη, πρέπει να προσπαθήσουμε να την καταστήσουμε ρητή, φέρνοντας στο φως τα χρέη και τα κέρδη των διαφόρων μελών της οικογένειας. Δεν κάνουμε εδώ ερμηνευτική εργασία, όπως στην ψυχοδυναμική προσέγγιση. Πρόκειται περισσότερο για μια έρευνα επανασύνδεσης (σύμφωνα με την έκφραση του Framo), ανασύστασης των δεσμών μεταξύ υποκειμένων τα οποία, μην μπορώντας

πλέον να εκδηλώσουν ανοιχτά το ενδιαφέρον τους για τις σχέσεις εαυτών και αλλήλων, οφείλουν να τις δείξουν στον εαυτό τους με κρυφό αλλά και επιβλαβή για τα ίδια τρόπο. Η κατανόηση της υπογονιμότητας ως κρίσης της ανάπτυξης της λίμπιντο μπορεί να επιτρέψει τόσο στο ζεύγος όσο και στο θεραπευτή μια καλύτερη ανάλυση της στιγμής αυτής, ως χρόνου ψυχικής ανάπτυξης και ωριμότητας.

Θα ήταν επίσης ωφέλιμο στον ειδικό τομέα των πολυσύνθετων οικογενειών με συν-γεννήτορες (άντρες ή γυναίκες) να μπορέσουν να εργασθούν πάνω σε μια εικόνα «δικτύου» (των οικογενειακών δικτύων των άμεσων γονέων, αλλά επίσης του οικογενειακού δικτύου κάθε δότη και κάθε δότριας γαμετών ή χρόνου κυοφορίας), με τρόπο ώστε τούτες οι πρόσθετες συγγένειες, συμπεριλαμβανομένης εκείνης των συν-γεννητόρων, να μπορούν να αναληφθούν πλήρως από αυτές τις οικογένειες. Μία επιπλέον λογική επιτρέπει να αντιμετωπίσουμε μια συσσώρευση γονεϊκότητων (ο ένας και ο άλλος, αντί ο ένας ή ο άλλος) (Delaisi, 1994).

Μετάφραση από τα γαλλικά:
Κατερίνα Δασκαλάκη

Βιβλιογραφία

- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties: reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper and Row.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Delaisi, G. (1994). *Enfant de personne*. Paris: Ed Odile Jacob.

Suffering from infertility

GENEVIEVE DELAISI DE PARSEVAL

ABSTRACT

When one cannot accomplish a parental project or cannot fulfil a desire to have a child this is a complex symptom involving two people. In treating the suffering of these couples the therapist must have a strategy that takes into consideration not only «why» this particular couple is infertile, but also «how» this symptom functions both in the couple's economy and in their families of origin. Then we can better understand the infertility as a «crisis», as a moment of suffering as well as a moment of psychological maturation. In these types of stories the psychodynamic approach converges with a systemic point of view.

Key words: Infertility, Therapeutical approaches.

Address: Geneviève Delaisi de Parseval, Psychoanalyst. 122 Vaugirard street, 750 06 Paris, France. E-mail: genevieve.dailaisi.free.fr