

«Ψυχολογικά προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών»

Ζαΐρας Παπαληγούρα

Δρ. Ψυχολογίας

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού είναι περίπλοκη, καθώς εμπλέκει μια σειρά συνειδητών όσο και ασυνείδητων κινήτρων που ωθούν τους ανθρώπους να αναπαράγονται, και κάτω από τις πλέον αντίξοες συνθήκες όπως για παράδειγμα στη διάρκεια πολέμων, ή λοιμών.

Ένας υποψήφιος δότης σπέρματος έλεγε: " Να έχει κανείς παιδιά είναι παρηγοριά, είναι χαρά είναι τρυφερότητα. Πεθαίνουμε αργότερα όταν έχουμε γίνει γονείς, δεν πεθαίνουμε μόνοι. Η εργασία μας αποκτά νόημα γιατί τα οφέλη που αποκομίζουμε προορίζονται για κάποιον, το παιδί είναι η προέκταση του εαυτού μας. Μπορεί και να υποδηλώνει ότι θα έχει κανείς μια υποστήριξη όταν γεράσει. Εγώ έχασα τον πατέρα μου πολύ νέος και επιθυμώ διακαώς να γίνω πατέρας." (Delaisi de Parseval, 1983).

Στη μαρτυρία αυτή συμπεριλαμβάνονται σχεδόν όλα τα κίνητρα που ωθούν τους άνδρες και τις γυναίκες να επιθυμούν να γίνουν γονείς. Διαπιστώνουμε ότι στην περιγραφή δεν επιζητείται ένα πραγματικό αλλά ένα φανταστικό μωρό το οποίο καλείται να εκπληρώσει και να επανορθώσει τα πάντα, να καλύψει όλα τα κενά, τη μοναξιά, την απώλεια, τα πένθη. Στην πραγματικότητα, συνεπώς, αυτό που επιθυμείται δεν είναι ένα συγκεκριμένο παιδί αλλά η πραγματοποίηση όλων των παιδικών επιθυμιών.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού πρωτοεμφανίζεται στο κορίτσι γύρω στους δεκαοκτώ πρώτους μήνες της ζωής. Αφετηρία είναι η ταύτιση με την τρυφερή μητέρα της βρεφικής ηλικίας που την ωθεί να επιθυμεί να γίνει και η ίδια μητέρα. Για τους άνδρες επίσης η επιθυμία αυτή προέρχεται από μια ταύτιση με τον δικό τους πατέρα (Bydlowski, 1997).

Σημαντικό στοιχείο στην επιθυμία απόκτησης παιδιού αποτελεί, επίσης, η προσαρμογή στις κοινωνικές και οικογενειακές επιταγές. Η απόκτηση παιδιού σήμερα θεωρείται επιβεβλημένη. Συμβολίζει τη σεξουαλική ταυτότητα του ζευγαριού, τη σωματική του υγεία καθώς και την κοινωνική του ένταξη. Παράλληλα, η χρήση αντισύλληψης ενίσχυσε την παντοδυναμία των ατόμων οι οποίοι θεωρούν έκτοτε ότι ελέγχουν απολύτως την επιθυμία απόκτησης παιδιού. Χρησιμοποιούν αντισύλληψη όσο χρόνο δεν επιθυμούν παιδί και την διακόπτουν αναμένοντας ένα παιδί αμέσως. Όταν λοιπόν το παιδί αυτό δεν έρχεται βιώνουν, αφ' ενός, την έλλειψη του παιδιού και, αφ' ετέρου, την αδυναμία του σώματός τους να ανταποκριθεί σε αυτό που θεωρούσαν βέβαιο ότι θα συνέβαινε με τη διακοπή της αντισύλληψης.

Μια αναδρομή στη μυθολογία καταδεικνύει ότι η στειρότητα συσχετιζόταν με την τιμωρία. Ο Λάιος, βασιλιάς της Θήβας, έλαβε χρησμό από το μαντείο των Δελφών να μείνει άτεκνος. Εκείνος παράκουσε τον χρησμό με αποτέλεσμα να τον φονεύσει ο γιος του Οιδίποδας. Αλλά και στην Παλαιά Διαθήκη η στειρότητα θεωρείται μειονεξία και ταυτίζεται με την τιμωρία. Τα ζευγάρια που αποκτούν πολλά παιδιά θεωρούνται ευλογημένα σε αντίθεση με εκείνα που παραμένουν άτεκνα (γεν. 30, 1-13, Α. Βασ. 1, 1).

Και σήμερα παρατηρείται συχνά ότι οι γυναίκες που δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά αναζητούν στοιχεία της προσωπικής τους ζωής που θα εξηγούσαν γιατί δεν μπορούν να αποκτήσουν αυτό που τόσο επιθυμούν και που για τους περισσότερους ανθρώπους είναι τόσο απλό. Επιχειρούν να εντοπίσουν το ή τα γεγονότα της προσωπικής τους ιστορίας για τα οποία τώρα "τιμωρούνται" μη μπορώντας να αποκτήσουν παιδί. Στις περιπτώσεις όπου οι γυναίκες αυτές έχουν υποστεί έκτρωση ή είχαν μια εξωσυζυγική σχέση οι ενοχές εντοπίζονται στην πράξη αυτή.

Η έλλειψη παιδιού έχει όμως και μια σημαντική κοινωνική διάσταση καθώς τα ακουσίως άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για τις γυναίκες γιατί η μητρότητα, παρά την κατάκτηση νέων ρόλων, εξακολουθεί να θεωρείται ως ο κύριος ρόλος της γυναίκας.

Παράλληλα, ανθρωπολογικές μελέτες καταδεικνύουν την οικουμενική σημασία που αποδίδεται στη γονιμότητα τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Οι στείρες γυναίκες, ειδικότερα, στην Αφρική θεωρούνται "επικίνδυνες" τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τον περίγυρό τους, σε σημείο που να περιθωριοποιούνται απολύτως. Ακόμα, οι κοπέλες που είναι στείρες δεν θεωρείται ότι ολοκληρώνονται ως γυναίκες γιατί πιστεύεται ότι η εγκυμοσύνη τις καθιστά γυναίκες και μάλιστα ασχέτως της έκβασής της. Συνεπώς, μια γυναίκα που δεν μένει ποτέ έγκυος δεν θεωρείται αυτόνομο ενήλικο άτομο.

Η αδυναμία απόκτησης παιδιού βιώνεται ως ένα βαθύ ναρκισσιστικό τραύμα. Η εικόνα του σώματος τραυματίζεται. Σε αυτό συμβάλλει και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με τη γλώσσα που χρησιμοποιεί στη διάγνωση της στειρότητας. Τα σπερματοζωάρια θεωρούνται "φτωχά", η βλέννη στον κόλπο της γυναίκας απύουσα. Σε κάθε μια από τις παραπάνω προτάσεις τα υπογόνιμα άτομα καταγράφουν μια "έλλειψη". Παράλληλα, η επιστημονικά λαθεμένη εξίσωση μεταξύ γονιμότητας και σεξουαλικής ικανότητας για τους άνδρες και θηλυκότητας και γονιμότητας για τις γυναίκες οδηγεί τα υπογόνιμα άτομα να βιώνουν μια ψυχοσεξουαλική κρίση.

Όταν η στειρότητα δεν μπορεί να αποδοθεί σε οργανική αιτία, εκεί δηλαδή όπου η επίτευξη εγκυμοσύνης δεν αποκλείεται από κάποιο συγκεκριμένο οργανικό πρόβλημα, αλλά δεν επιτυγχάνεται για άγνωστους λόγους, υπάρχει ενίοτε μια ψυχολογική σύγκρουση η οποία παρεμποδίζει τη φυσιολογική πορεία. Η στειρότητα

αυτή ονομάζεται "ψυχογενής" και αναφέρεται σε μια βαθύτερη ψυχική επιθυμία παρεμπόδισης της εγκυμοσύνης. Η ασυνείδητη παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης έρχεται σε ευθεία αντίθεση με την συνειδητή πρόθεση της απόκτησης μωρού. Η ψυχογενής στειρότητα μπορεί να έχει πολλές αιτίες. Ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα μιας ασυνείδητης άμυνας στους κινδύνους που ενυπάρχουν στην αναπαραγωγική διαδικασία. Μπορεί ακόμη να οφείλεται σε μια εξιδανίκευση του πατέρα με τον οποίο κανένας σύντροφος ή σύζυγος δεν μπορεί να είναι εφάμιλλος. Οι ψυχολογικές συγκρούσεις που οδηγούν στη στειρότητα είναι συχνά τόσο βαθιά απωθημένες, ώστε οι γυναίκες αυτές όταν αντιληφθούν την αδυναμία τους να κάνουν παιδιά, με φοβερή επιμονή επιθυμούν ένα παιδί. Η ψυχανάλυση ανακαλύπτει αυτές τις συγκρούσεις και τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ που προστατεύουν τις γυναίκες αυτές από μια εγκυμοσύνη και ένα τοκετό που θα μπορούσαν να κλονίσουν επικίνδυνα την προσωπικότητά τους.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, όμως, δεν περιορίζονται στη διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά επεκτείνονται και στη διάρκεια της θεραπείας της. Όλες οι θεραπείες προϋποθέτουν προγραμματισμένες σεξουαλικές επαφές με μοναδικό στόχο την επίτευξη της εγκυμοσύνης. Συνεπώς, η σεξουαλική σχέση γίνεται μηχανιστική και καταναγκαστική ενώ περιορίζεται στις γόνιμες μέρες καθώς παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και συσχέτισή της μόνο με την αναπαραγωγή.

Παράλληλα, τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας βιώνουν διαδοχικούς κύκλους ελπίδας και πένθους. Ελπίδας στην πρώτη φάση του κύκλου όπου ακολουθείται η θεραπεία και πένθος στη δεύτερη φάση όταν αποτυγχάνει η θεραπεία και επανέρχεται η περίοδος. Η αποτυχία επίτευξης της εγκυμοσύνης που επανέρχεται κάθε μήνα έχει ονομασθεί μηνιαίο πένθος γιατί βιώνεται σαν τον θάνατο ενός βρέφους. Τα ζευγάρια που ακολουθούν τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι εκείνα που έχουν το ισχυρότερο κίνητρο να αποκτήσουν παιδιά. Είναι εκείνα που έχουν υποβληθεί σε πολλές θυσίες για να πραγματοποιήσουν το όνειρό τους να αποκτήσουν ένα μωρό. Γι αυτό το λόγο ίσως είναι και τα ζευγάρια εκείνα που είναι περισσότερο ψυχολογικά ευάλωτα στην αποτυχία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Newton & Hearn, 1990). Τι απογίνονται όμως τα ζευγάρια εκείνα που παρά τις αλλεπάλληλες προσπάθειες παραμένουν άτεκνα; Είναι βέβαιο ότι ένας αριθμός εξ αυτών θα στραφεί προς την υιοθεσία. Η έρευνα δείχνει μάλιστα ότι περίπου το 40% των ανθρώπων που είναι σε λίστα αναμονής για εξωσωματική γονιμοποίηση έχουν ήδη κάνει αίτηση υιοθεσίας. (Hazeltine & Mazure, 1985). Ο κίνδυνος εδώ είναι ο τρόπος με τον οποίο θα υποδεχθούν το υιοθετημένο παιδί τα ζευγάρια που είναι ακόμα βυθισμένα μέσα στο άγχος της εξωσωματικής. Και παρ' ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση και η υιοθεσία δεν αποκλείουν αναγκαστικά η μια την άλλη, είναι απαραίτητη η παρέλευση μιας περιόδου "χάρητος" μετά τις προσπάθειες εξωσωματικής καθώς επίσης είναι

αναγκαία η επεξεργασία του πένθους για τη μη απόκτηση του βιολογικού παιδιού, τη μη πραγματοποίηση της εγκυμοσύνης και του τοκετού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποδοχή του υιοθετημένου παιδιού.

Τέλος πρόκληση για τους ειδικούς αποτελεί το λεγόμενο σύνδρομο "παιδί με οποιοδήποτε κόστος". Τα περισσότερα ζευγάρια μετά από σειρά προσπαθειών απόκτησης παιδιού επεξεργάζονται την απώλεια και βρίσκουν λύσεις που τα βοηθούν να συνεχίσουν τη ζωή τους. Είτε υιοθετούν ένα παιδί, είτε αποφασίζουν να μείνουν χωρίς παιδιά. Άλλα όμως ζευγάρια αδυνατούν να επεξεργασθούν την απώλεια και με μεγάλη επιμονή και ψυχαναγκασμό οδηγούνται σε κάθε προτεινόμενη θεραπεία, μη υπολογίζοντας το σωματικό, το ψυχικό, αλλά ακόμη και το οικονομικό κόστος που αυτές οι ατέρμονες προσπάθειες συνεπάγονται. Τα ζευγάρια που βιώνουν αυτό το σύνδρομο επείγονται να αποκτήσουν παιδί εμφανίζουν ιδεοληψίες και κάνουν τελετουργικές πράξεις, αλλά, κυρίως, μετά από κάθε αποτυχία, με μεγάλη γενναιότητα είναι πανέτοιμοι για την επόμενη προσπάθεια. Ένας Γάλλος Ψυχαναλυτής θεωρεί ότι τα άτομα που εκδηλώνουν τον παροξυσμό αυτό έχουν βιώσει κάτι ιδιαίτερα τραυματικό στην παιδική τους ηλικία, την εγκατάλειψη ή τον θάνατο γονέα και προσπαθούν, συχνά με ένα τρόπο απελπισμένο, "να επιδιορθώσουν" τις εμπειρίες αυτές επιδιώκοντας να ζήσουν τα παιδικά τους χρόνια μέσα από εκείνα των παιδιών τους (Roegiers,1994).

Η Εξωσωματική Γονιμοποίηση

Κάθε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης απαιτεί από τις γυναίκες συχνές εξετάσεις αίματος και καθημερινές ενέσεις με αποτέλεσμα το καθημερινό πρόγραμμα όσων συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή να ανατρέπεται σημαντικά. Απόρροια αυτού είναι η να αντιμετωπίζουν επανειλημμένως προβλήματα στην εργασία τους αλλά και μια κοινωνική απομόνωση.

Οι γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην πλειοψηφία τους αναφέρουν ως πιο δύσκολη φάση του προγράμματος εκείνη που εκτείνεται από την ολοκλήρωση της διαδικασίας μετά τη εμβρυομεταφορά μέχρι την ημέρα της διαπίστωσης της επίτευξης ή μη εγκυμοσύνης. Σε αυτό το διάστημα πολλές δεν κατορθώνουν να ελέγξουν τη φαντασίωσή τους και αισθάνονται έγκυες. Οι επιπτώσεις αυτής της φαντασίωσης γίνονται κατανοητές όταν αναλογισθεί κανείς ότι τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ακόμη χαμηλά. Πολλές γυναίκες μετά από ένα αρνητικό αποτέλεσμα βιώνουν μια έντονη θλίψη. Η θλίψη αυτή δεν διαρκεί το ίδιο για κάθε γυναίκα. Εξαρτάται από τον ψυχικό εξοπλισμό του κάθε ατόμου, από την υποστήριξη που έχει καθώς και από τον αριθμό των προσπαθειών που έχει επιχειρήσει. Ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η μη συμμετοχή του συζύγου στην όλη διαδικασία. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται μόνο στη φάση της λήψης

των ωαρίων όπου καλείται να δώσει το σπέρμα του για την γονιμοποίηση. Πολλοί άνδρες διατυπώνουν δυσαρέσκεια για τον παραγκωνισμό τους αυτό.

Μεταξύ των προβλημάτων της μεθόδου αποτελούν τα αυξημένα ποσοστά των πολύδυμων κυήσεων που οδηγούν σε σημαντική αύξηση των πρόωρων βρεφών. Η προωρότητα έχει σημαντικές ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Το σοβαρότερο πρόβλημα όμως της μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η ψυχολογική κατάσταση των ζευγαριών όταν δεν επιτυγχάνεται η εγκυμοσύνη.

Εξωσωματική Γονιμοποίηση με Δότες

Στις περιπτώσεις όπου είναι απαραίτητη η συμμετοχή δότη ή δότριας για την απόκτηση παιδιού τα ζητήματα που προκύπτουν είναι πιο πολύπλοκα και η συμμετοχή ειδικού από το χώρο της ψυχικής υγείας στις περιπτώσεις αυτές είναι επιβεβλημένη.

Το άτομο που δέχεται τη συμμετοχή δότη προκειμένου το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί εξακολουθεί να είναι στείρο και μετά την απόκτηση παιδιού. Όταν χρησιμοποιείται δότρια ή δότης ουσιαστικά το στείρο μέλος του ζευγαριού υιοθετεί το παιδί του ή της συντρόφου του. Αυτό σημαίνει, ότι προκειμένου να ακολουθήσει το ζευγάρι τη λύση αυτή, πρέπει να έχει επεξεργαστεί το πρόβλημα της δικής του στειρότητας και να έχει αποδεχθεί την υιοθεσία. Στην πράξη όμως παρατηρείται ότι τα ζευγάρια δεν έχουν κατανοήσει ότι ο δότης ή η δότρια δεν θεραπεύει το πρόβλημα υπογονιμότητάς τους. Τα ζευγάρια δηλαδή δεν ακολουθούν τη διαδικασία αυτή έχοντας συνειδητοποιήσει ακριβώς τι συνεπάγεται. Χαρακτηριστικά ένας σύζυγος που είχε αποκτήσει παιδί με δότη σπέρματος έλεγε

" Υπάρχει πιθανότητα να είναι και δικό μου το παιδί και ελπίζω ποτέ να μη χρειαστεί να το ψάξουμε. Δεν έχουμε λόγο να το ψάξουμε έτσι και αλλιώς, αλλά υπάρχει περίπτωση να είναι δικό μου."

Η άρνηση αποδοχής όμως ενός γεγονότος δεν εξασφαλίζει την επεξεργασία των πολύπλοκων θεμάτων που προκύπτουν από το ζήτημα αυτό. Μέσα στα ζητήματα που καλούνται να επεξεργασθούν τα ζευγάρια που αποκτούν παιδί με τη συμμετοχή δότη ή δότριας είναι εκείνο της απώλειας της γενετικής συνέχειας, αυτό του μυστικού και τέλος της ανωνυμίας των δοτών. Για τις γυναίκες που χρησιμοποιούν ωάριο δότριας η απώλεια της γενετικής συνέχειας μπορεί να μην είναι τόσο ουσιαστική όσο για έναν άνδρα που αποκτά παιδί με δότη σπέρματος, γιατί οι γυναίκες, ακόμα και στις περιπτώσεις δότριας, βιώνουν την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό. Βιώνουν, δηλαδή μια βιολογική σχέση με το παιδί τους σε αντίθεση με τους άνδρες.

Ένα σημαντικό θέμα που ανακύπτει με τη συμμετοχή δοτριών ωαρίων είναι η απόκτηση παιδιών αρκετά μετά την εμμηνόπαυση. Πολλοί κλινικοί διατυπώνουν

επιφυλάξεις για τα παιδιά που αποκτώνται μετά την εμμηνόπαυση σε μια ηλικία, δηλαδή, όπου οι γονείς μοιάζουν περισσότερο με παππούδες και γιαγιάδες τόσο οπτικά όσο και σε προοπτική ζωής παρά μητέρες και πατέρες. Θεωρούν ότι είναι άδικο για τα παιδιά να γεννιούνται από γονείς που δεν έχουν πλέον την ενέργεια να ξυπνούν στη μέση της νύχτας, ή να ανησυχούν για την επιστροφή των εφήβων. Όταν το 1997 μια γυναίκα 63 ετών απόκτησε παιδί τέθηκε με σαφήνεια το ηθικό δίλημμα : έχει το υποκείμενο και το ζευγάρι απόλυτο δικαίωμα να αποκτήσει παιδί; Οφείλει να εφαρμόζεται ότι η τεχνολογία επιτρέπει; Ποιος και με ποιο τρόπο θα υπερασπισθεί τα δικαιώματα των υποψηφίων γονιών που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά αλλά και των παιδιών εκείνων που δεν έχουν ακόμη γεννηθεί; Οι νέες τεχνολογίες της αναπαραγωγής πρόσφεραν τη δυνατότητα σε πολλά υπογόνιμα ζευγάρια να αποκτήσουν τους βιολογικούς τους απογόνους. Ορισμένες φορές όμως η επιδίωξη απόκτησης ενός παιδιού μπορεί να συνεπάγεται ένα υπερβολικό τίμημα για το ίδιο το παιδί.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itineraire psychanalytique de la maternite.* Presses Universitaires de France, Paris
2. Delaisi de Parseval G., & Janaud A., (1983) *L'Enfant a tout prix, essai sur la medicalisation du lien de filiation,* Paris, Ed. du Seuil. Coll, "Points actuels"
3. Hazeltine, E.P. & Mazure, C. De L'aune, W; Greenfeld, D; Laufer, N; Tarlatzis, ; Polan, M; Jones, E; Graebe, R; Nero, F; D'Lugi, A; Fazio, D; Masters, J; DeCherney, A. (1985) *Psychological Interviews in screening couples undergoing in vitro fertilization* Annals New York Academy of Sciences, 422 pp.504-522
4. Newton, C.R. & Hearn, M. T. Yuzpe, A.A. (1990) *Psychological assessment and follow-up after in-vitro-fertilization: assessing the impact of failure,* *Fertility & Sterility,* vol.54,5, pp.879-886
5. Papaligoura, Z & Papagounos, G. (1996) *Assisted reproductive technology : psychological and ethical issues.* In : *The Child in the World of Tomorrow* Sh. Nakou & St. Pantelakis, (Eds.) Elsevier Science, Ltd. U.K.
6. Roegiers, L. (1994). *Les cigognes en crise.* De Boeck-Wesmael, Bruxelles