



PUC

LÚCIA MARIA NOGUEIRA DE FARIAS

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ESTERILIDADE CONJUGAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

FEVEREIRO, 1991

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA. MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453

RIO DE JANEIRO – BRASIL

N.Chamada: 150 / F224a / TESIS UC

Título: Aspectos psicológicos da paternidade em



0 0 5 2 1 3 5

Ex: 1-CENTRAL

2006

LUCIA MARIA NOGUEIRA DE FARIAS

"ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ESTERILIDADE CONJUGAL"

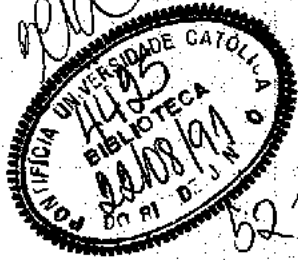
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica do Rio de Janeiro, como
parte dos requisitos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora : TEREZINHA FÉRES CARNEIRO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

JANEIRO 1991



UC 33676-5

62135

150

F224a
TESE UC

Ao Virgílio

amante e companheiro.

Aos nossos filhos concebidos
durante este trabalho :

Luana, Mateus e aquele que
esta por vir.

Meus agradecimentos a todos aqueles que me ajudaram a
conceber e levar a t ermo este trabalho:

Newton Tolentino

Terezinha Féres Carneiro

Andrea Barbosa de Albuquerque

João dos Santos Moura

Maria Her minia Farias

Lúcia Melo

Especiais agradecimentos aos clientes do IG/UFRJ - motiva o
viva deste estudo.

Este trabalho foi possibilitado por bolsa concedida pelo
CNPq, e pelo Departamento de Psicologia da PUC/RJ.

RESUMO

Este estudo propõe uma articulação teórico-clínica com dois propósitos: o de organizar, através do levantamento da literatura, um suporte teórico no campo da esterilidade e o de demonstrar, através de casos clínicos, a concepção de esterilidade conjugal.

O levantamento da literatura demarca os diferentes níveis de análise psicológica da questão da esterilidade, assim como, aponta os inúmeros fatores relevantes envolvidos na situação de impedimento procriativo.

A abordagem de esterilidade conjugal é demonstrada através da análise de entrevistas clínicas previamente estruturadas com casais que sofrem a impossibilidade de procriar. O estudo desses casos centra-se nos aspectos interpsíquicos do casal, investigando a inscrição da esterilidade no sistema conjugal, assim como a organização psicológica do mesmo frente a essa situação.

A finalização deste trabalho demonstrou que a compreensão dos aspectos psicológicos da esterilidade conjugal envolve considerações que se referem tanto ao impacto da infertilidade no relacionamento conjugal, quanto no que diz respeito aos

determinantes interpsíquicos da esterilidade. Pode-se concluir ainda que, a abordagem de esterilidade conjugal requer a investigação do vínculo conjugal estabelecido e suas implicações no impedimento procriativo, tendo em vista que é de acordo com sua estruturação vincular que o casal lida com sua esterilidade ou mesmo a constitui.

ABSTRACT

This study aims at a clinical-theoretical articulation for two purposes: first, to organize, by means of a survey of the literature, a theoretical support of the field of infertility and secondly, to demonstrate, by means of clinical cases, how marital infertility is conceived.

The literature survey defines the different levels of psychological analysis of the infertility matter as well as it points to the many outstanding factors involved in the situation of procreation blockage.

The approach to marital infertility is demonstrated on analysis of clinical inquiries with couples suffering of impossibility of conceiving. The study of these cases focussed on the couples interpsychic aspects investigating, more specifically, the installment of infertility in the marital system as well as in the couples psychological organization while facing this situation.

The conclusion of this study demonstrated that on understanging of the psychological aspects of marital infertility implies considerations referring both to infertility on the marital relationship as well as on the interpsychic causes of infertility. It's possible, therefore, to conclude that on approach of marital

infertility calls for an investigation of the established marital bond and its implications in the procreative blockage. This in turn leads to considerations of to the way the couple will deal with or even constitute infertility as related to the couple's bonding structure.

SUMARIO

	PAG.
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 - CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA ESTERILIDADE	12
CAPÍTULO 2 - ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ESTERILIDADE	25
CAPÍTULO 3 - DINÂMICA CONJUGAL E ESTERILIDADE	72
CAPÍTULO 4 - ESTERILIDADE CONJUGAL: CASOS CLÍNICOS	98
CONCLUSÕES	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164

INTRODUÇÃO

Este estudo é elaborado a partir de um trabalho em assistência psicológica realizado durante sete anos no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro IG-UFRJ - Hospital Moncorvo Filho, onde a demanda de pacientes para tratamento de esterilidade (1) representa aproximadamente um terço da população que procura o hospital.

A fim de melhor esclarecer a escolha do tema esterilidade conjugal, se faz necessário apresentar um breve relato caracterizando o contexto da experiência desencadeadora do estudo.

O hospital em questão atende, basicamente, pessoas de baixa renda provindas de vários bairros da cidade. É uma instituição, que, além do atendimento à comunidade, realiza ensino e pesquisa. Tem, portanto, as características e implicações habituais de um hospital-escola, entre elas, a preocupação científica com as novas descobertas terapêuticas, dispensando especial atenção aos entraves surgidos no desenrolar dos tratamentos oferecidos. O trabalho psicológico aí desenvolvido se

(1)O termo esterilidade é aqui utilizado como sinônimo de infertilidade tal como é considerado etimologicamente.

fundamenta nas perspectivas de intervenções de caráter institucional (Bleger, 1974; Ferrari e Luchina, 1971) reunindo, portanto, três níveis de atuação - o cliente, a equipe de saúde e a instituição - e envolvendo uma escuta situacional do problema.

A partir do diagnóstico situacional feito no ambulatório de esterilidade, foi desencadeada a atividade de grupo de pré-atendimento com casais "estéreis", sobre a qual elaboramos um artigo (Farias e Reis, 1985), e a atividade de consulta psicológica preliminar do casal, (1) a qual funciona como fonte direta de nossa pesquisa atual. Anteriormente à implantação de tais atividades, era solicitado por parte da equipe médica acompanhamento psicológico para as mulheres que estavam em atendimento médico, tendo em vista a interferência dos fatores emocionais no processo de tratamento, onde ocorriam inexplicáveis acontecimentos clínicos. Dentre estes acontecimentos clínicos destacam-se: esterilidade sem causa aparente; resistência à terapêutica aplicada; abandono súbito do tratamento; medo dos resultados dos exames; dificuldade em seguir as instruções do tratamento, sobretudo em fazer determinados exames (espermograma e

(1) Definimos consulta psicológica preliminar como uma entrevista clínica focal do casal em situação de esterilidade que antecede à primeira consulta médica e visa o conhecimento geral da psicodinâmica do casal que procura tratamento de esterilidade, através do enfoque de aspectos psicológicos pessoais e interpessoais.

teste-pós-coito); ausência de vida sexual ativa (dado comumente omitido); e até, uso de métodos contraceptivos.

Os resultados obtidos à partir do atendimento de grupo e do atendimento individual do casal foram de extrema importância principalmente por ter provocado no casal o desenvolvimento de uma atitude de auto-observação frente a sua dinâmica relacional, alargando a sua consciência quanto ao que está buscando no tratamento e quanto à importância de co-participação no trabalho de fertilidade, diminuindo com isso o esteriótipo da esterilidade unilateral. Outra modificação observada diz respeito a maior integração do cliente no tratamento influenciando alterações na postura do próprio médico e por conseguinte alterando produtivamente o rumo do tratamento. Essa importância, no entanto, torna-se limitada uma vez que o material emocional emergido nos grupos, assim como os conflitos interpsíquicos indetificados, não foram aprofundados devido não só ao caráter institucional do trabalho e suas prevalências e objetivos próprios como, também, devido à carência de conhecimento teórico devidamente sistematizado sobre o assunto.

Muitas discussões poderiam ser geradas através do material acumulado e resgatado durante anos de experimentação desses atendimentos, e não seria impossível transformar os registros desse material em dados de pesquisa. Esses registros, devido aos seus limites metodológicos, nos permitiriam apenas refletir sobre

o levantamento de fatos ou de assuntos mais abordados pelo casal que sofre a impossibilidade de ter filho como, por exemplo, a discriminação social sofrida pelo casal sem filho, o não ter filho associado ao ser doente e incapaz, a ligação da paternidade e maternidade à potência sexual entre outros.

Visto que nosso interesse se caracteriza pelo aprofundamento da dinâmica conjugal em esterilidade, optamos por rever nossos pacientes à partir de um estudo teórico mais apurado e uma escuta clínica previamente estruturada, onde pudessemos elaborar mais consistentemente os aspectos psicológicos da pessoa e/ou casal que vive a situação de esterilidade.

A nossa motivação pessoal em perseguir maior conhecimento no campo da esterilidade foi se acentuando ao longo dos anos atendendo casais "estéreis", onde muitas dificuldades surgiam no sentido de melhor compreensão da dinâmica intrapsíquica e interpssíquica dessas pessoas que traziam na riqueza de seus sentimentos o material vivo de todas as implicações do processo de reprodução humana. A importância dada a esse "ter filho", o sofrimento vivido diante da "falta" ou da considerada "falha" afetando na maioria dos casos as suas vidas cotidianas em todos os sentidos, sexual, profissional, social e a quantidade de pessoas portadoras dessa problemática (cerca de 40 casais por mês), deflagravam cada vez mais a necessidade de um estudo profundo

sobre o assunto que possibilitasse melhor entendimento e um eficaz atendimento à demanda.

Quando utilizamos os termos intrapsíquico e interpsíquico é com o objetivo de situarmos duas posições as quais se referem ao psicodinamismo individual e ao psicodinamismo interpessoal conjugal, respectivamente, podendo a segunda incluir a primeira, sem entretanto atribuir-lhe privilégio.

A nossa prática nos leva a supor que a análise "intersubjetiva" (conjugal) é requisito essencial para a compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos na situação, assim como para possibilitar ajuda (médica e/ou psicológica) adequada e produtiva ao casal que sofre a impossibilidade de procriar. As alianças do casal "estéril" se revelam clinicamente nas histórias que apresentam, e o significado do filho para o casal é o ponto chave de uma análise mais profunda.

Este estudo, portanto, centra-se nos aspectos interpsíquicos de casais em situação de infertilidade, cabendo, pois, investigar a inscrição da esterilidade no sistema conjugal, assim como a organização psicológica destes casais frente a impossibilidade de procriar.

O tratamento que vem sendo dado à esterilidade denota maneiras diferentes de ver o problema:

a) A investigação dos fatores envolvidos no estabelecimento da esterilidade feita de forma isolada e individualizadora, ou seja, a responsabilidade da infertilidade é atribuída à mulher ou ao homem. Dentro deste enfoque, encontra-se o nível intrapsíquico de análise psicológica da questão, que se preocupa com os determinantes psíquicos individuais provocadores da situação de esterilidade.

b) A compreensão da esterilidade através de uma visão integrada do processo reprodutivo, entendendo que este processo envolve inexoravelmente as duas forças, masculina e feminina, aí atuantes. Está aí inserido o nível interpsíquico de análise que privilegia o significado do vínculo conjugal estabelecido e suas implicações no impedimento procriativo.

No que diz respeito ao nível intrapsíquico, nos remeteremos aos trabalhos de Deutsch (1945) e Langer (1978), autores que em seus estudos sobre a mulher e a maternidade, dedicaram especial atenção aos problemas da concepção. Quanto ao nível interpsíquico, dentro do qual incluímos o nosso objeto de estudo, desenvolveremos as concepções teóricas de Videla (1984) e Parseval (1981-1988), responsáveis por estudos específicos sobre esterilidade de casal.

Videla (1984) investiga a esterilidade levando em conta o vínculo inconsciente mantido pelo casal de acordo com a significação que o filho tenha para eles dois como entidade. Parseval (1988) aborda o casal "estéril" dentro de uma visão sistêmica que leva em conta os fenômenos transgeracionais. Além de seus trabalhos mais recentes sobre esterilidade de casal, levaremos em conta também as suas primeiras considerações sobre a esterilidade feitas em seus aportes psicanalíticos sobre a paternidade as quais contribuem para a compreensão do significado do filho para o casal (Parseval, 1981).

Além dos aportes mencionados acima, utilizaremos ainda como orientadores e auxiliares deste estudo, os conteúdos significativos de alguns estudos específicos referentes a fatores "emocionais" em esterilidade. Destacam-se aí os trabalhos de Edelman (1986), Olshansky (1987), Menning (1980,1982), Seibel e Taymor (1982), Rosenfeld e Mitchell (1979) e Burns (1987).

A opção por uma abordagem que privilegia o nível interpsíquico ultrapassa uma mera opção metodológica, afirmando implicitamente o pressuposto básico que orienta esta pesquisa, a saber: a esterilidade é sempre conjugal. Nesse sentido voltamos a nos remeter a Videla (1984) que afirma que toda esterilidade, esteja ela localizada no corpo do homem e/ou no corpo da mulher, é uma esterilidade conjugal. Com isso, enfatiza que embora o problema somático possa estar situado em um ou em outro membro do

casal, a vivência da esterilidade é sempre dos dois. Inexoravelmente, a concepção é um processo que envolve a conjunção de duas pessoas e seu impedimento, portanto, repercute na vida emocional de ambos.

A construção do nosso objeto de estudo no que diz respeito à "relação intersíquica" não elimina a consideração "intrapíquica", na medida em que a abordagem "intersíquica" remete à história pessoal do indivíduo, e que os conflitos conjugais podem ser compreendidos também como a atualização, na relação, de conflitos intrapíquicos. Entendemos ser possível que a esterilidade atue como campo para revivência de conflitos pessoais projetados no vínculo conjugal. Assim sendo, o estabelecimento de aliança intersíquica no grupo casal ocorre a partir da confluência de conflitos emocionais complementares. No tocante a esta consideração, nos remeteremos com freqüência aos trabalhos de Lemaire (1971), Eiguier (1983) e Willi (1978) que, embora não abordem diretamente a questão da infertilidade, nos fornecem subsídios teóricos consistentes no que se refere à dinâmica conjugal.

Tendo especificado o nosso objeto de estudo - psicodinâmica do casal estéril e as articulações teóricas aí implicadas - cabe-nos tecer alguns esclarecimentos quanto à intitulação do nosso estudo. Quando nos referimos aos aspectos psicológicos da esterilidade conjugal, estamos considerando que,

independente da natureza das determinações causais da esterilidade, a impossibilidade de procriar é uma situação onde os componentes psicológicos ocupam lugar de destaque. De imediato, temos que, a própria queixa "não conseguimos engravidar" traz uma dor que não é física, nem mesmo organicamente debilitadora, no entanto, é intensa e almeja resolução imediata. Entre outros elementos, a ansiedade e o desgaste emocional vividos no tratamento são alguns dos aspectos psicológicos aí envolvidos. Nesse sentido, não nos limitamos à busca de causas psíquicas para explicar o estabelecimento da esterilidade. Preocupamo-nos, também, com a influência dos fatores psicológicos aí pertinentes, sejam eles prevalentemente causais (estresse psicológico) e/ou consequenciais (estresse provocado pela esterilidade). Reafirmando: nossa atenção se dirige para casais que estão buscando tratamento médico por estarem vivendo a impossibilidade de ter filho juntos. Dentro desta perspectiva, buscamos alcançar uma compreensão da psicodinâmica dessas pessoas que alteram profundamente suas vidas, em particular, no sentido do sofrimento "emocional", ao experimentarem a situação de esterilidade.

O procedimento utilizado neste estudo consiste na realização de entrevistas clínicas previamente estruturadas, com casais que buscam tratamento para ter filhos. A construção, a aplicação e a análise destas entrevistas estão imbuídas de conteúdos substanciais inerentes à uma determinada prática, acrescido dos conhecimentos teóricos adquiridos sobre o

assunto. A articulação desses dois pontos é o nosso desafio neste trabalho, uma vez que não nos propomos a confirmar hipóteses, ou mesmo fazer um jogo de encaixe indiscriminado entre dados e categorias teoricamente padronizadas. Operamos no sentido de integrar o processo clínico investigativo aos pressupostos teóricos que condizem com o referencial psicodinâmico, incluindo aí conceitos que se prestem como instrumentos facilitadores para a análise em questão.

Esta dissertação, portanto, apresenta uma tentativa de sistematização de articulação teórico-clínica compreendendo dois propósitos:

- a) organizar, através do levantamento da literatura, um suporte teórico no campo da esterilidade;
- b) demonstrar, através da análise de casos clínicos, a operacionalização da concepção de esterilidade conjugal.

O Capítulo 1 trata da questão conceitual e classificatória da esterilidade, detendo-se nos tipos de esterilidade mais relevantes ao nosso campo de discussão: esterilidade sem causa aparente, esterilidade psicogênica, esterilidade conjugal.

Os substratos teóricos de cunho psicológico já existentes no campo da esterilidade nos colocam diante de duas vertentes de abordagem do tema em seu sentido mais amplo. A primeira, diz

respeito às posições teóricas clássicas e se preocupa basicamente com os componentes psíquicos da esterilidade. Ai estão incluídos os dois níveis, intrapsíquico e interpssíquico, de análise da questão da esterilidade. A segunda vertente, embora não exclua as considerações tecidas na primeira, tampouco se detém nelas e compreende diferentes questões ligadas aos transtornos "emocionais" recorrentes na situação de impedimento procriativo. A conjunção dessas duas vertentes compõe a estruturação dos aspectos psicológicos da esterilidade, conforme configura o Capítulo 2.

O arcabouço teórico sobre o qual embasamos nossa investigação específica (esterilidade conjugal), além de envolver o conteúdo intrínseco ao Capítulo 2, engloba concepções teóricas peculiares à dinâmica conjugal. O 3o. Capítulo - Dinâmica Conjugal e Esterilidade - representa, portanto, a nossa própria elaboração de articulação para a construção de um novo estudo na área da reprodução humana: aspectos psicológicos da esterilidade conjugal.

O Capítulo 4 se propõe a ilustrar, através de quatro (4) casos clínicos, a nossa proposta de análise da esterilidade conjugal, "dando a luz" à primeira tentativa de estudo psicológico brasileiro no campo da esterilidade.

CAPÍTULO 1

CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA ESTERILIDADE

A organização conceitual e classificatória de esterilidade aqui mencionada está referendada no manual teórico-técnico elaborado pela equipe médica do IG:UFRJ ("Rotinas do Instituto de Ginecologia da UFRJ/1986").

A reprodução humana requer três componentes essenciais: a fertilidade masculina, a feminina e um coito eficaz.

A fertilidade masculina se baseia na produção dos espermatozóides em quantidade suficiente, com boa motilidade e morfologia, sem problemas no seu percurso.

A parte feminina dependerá de uma ovulação normal (e portanto um eixo hipotálamo-hipófise-ovariano íntegro), passagens acessíveis e favoráveis à migração, nidação e desenvolvimento do ovo.

O coito, o terceiro componente, deve ser eficaz em relação à época mais adequada (no período fértil da mulher), à frequência e à adequação no relacionamento sexual.

Estéril é o homem ou a mulher ou o casal que não pode procriar. O indivíduo estéril ou não possui gametas ou perdeu a capacidade de conjugá-los com os gametas do seu oposto.

Fertilidade é a capacidade de procriação. Pode ser de um indivíduo, de um casal, ou de uma espécie.

Infertilidade é a incapacidade de conceber, estando preservada a capacidade de fecundação. Estão aí incluídos os casos de abortamento habitual.

Etimologicamente, infertilidade é o mesmo que esterilidade. Apoiado nesta consideração, os termos esterilidade e infertilidade estão sendo usados como sinônimos no decorrer deste trabalho.

O uso do termo estéril não se encerra na definição do "ser estéril", outrossim, diz respeito à alterações do processo funcional do indivíduo que podem ou não levá-lo a ser estéril.

A partir da conceituação dada acima, a esterilidade é classificada da seguinte forma:

a) Esterilidade absoluta - é a incapacidade definitiva de procriar.

b) Esterilidade relativa - é a incapacidade de procriar com potencial reversível por tratamento específico.

c) Esterilidade primária - é a do indivíduo que nunca procriou.

d) Esterilidade secundária - é a do indivíduo que passou a ter problemas, após período comprovado em que teve fertilidade normal.

e) Esterilidade circunstancial - é a incapacidade de procriar por período de tempo determinado, relacionada ao uso de anticoncepcionais, doença reversível ou período em que a fertilidade é impossível (infância, gestação, puerpério, pós-menopausa).

f) Esterilidade sem causa aparente - é a esterilidade de um casal em que a pesquisa nada revelou de anormal.

g) Esterilidade Conjugal - é a incapacidade temporária ou definitiva que o casal tem de procriar.

Quanto à classificação dos tipos de esterilidade podemos aí acrescentar a definição de esterilidade psicogênica utilizada por Langer (1978) em seus estudos clínicos com mulheres "estéreis". Esterilidade psicogênica diz respeito à esterilidade passageira e crônica por causas hormonais ou espasmos tubários.

Nesses casos, a fecundação pode ser impedida por espasmos das trompas (entupimento tubário), o que impede a união do óvulo com o espermatozóide. Este espasmo é produzido a partir de uma tensão "psicológica" constante. As perturbações hormonais são também avaliadas levando-se em conta a influência dos transtornos emocionais.

A função dos hormônios como mensageiros químicos passíveis de influência dos fatores psíquicos vem sendo apontada desde a década de 40 através, principalmente, dos estudos elaborados por Deutsch (1945), que já nessa época utilizava o termo esterilidade psicogênica e a caracterizava como um transtorno funcional. A autora, ao contrário de Langer, engloba em sua conceituação todos os transtornos ginecológicos funcionais.

A esterilidade sem causa aparente e a esterilidade psicogênica são os dois tipos classicamente considerados de esterilidade psicológica. Certamente iremos retornar a esses dois tópicos em outro momento desta dissertação, no entanto, é indispensável que se faça desde já uma caracterização mais detalhada sobre esses tipos de esterilidade que de imediato nos dizem mais respeito.

Quanto à esterilidade conjugal - pedra angular de nosso estudo - preferimos abordá-la diferentemente do que sugere o esquema dado pelo manual do IG/UFRJ. Tratá-la-emos como uma forma

de abordagem da infertilidade, e não, como mais um tipo de infertilidade existente. Discorreremos também sobre este tópico em particular.

ESTERILIDADE SEM CAUSA APARENTE

Existem indivíduos cuja esterilidade permanece inexplicada após todos os testes diagnósticos terem sido realizados, não tendo sido encontrado nenhuma causa anatômica, fisiológica ou patológica. É sabido também que, após todas essas pesquisas diagnósticas que podem se estender por anos, muitos desses casais conseguem engravidar sem nenhuma intervenção médica.

A esterilidade sem causa aparente é, em relação à esterilidade psicogênica, bem mais facilmente reconhecida como psicológica devido à completa ausência de manifestação orgânica que justifique a impossibilidade de procriação. Nesse sentido, podemos considerá-la como uma manifestação psiconeurótica, onde a impossibilidade de procriar estaria atuando como mecanismo de defesa de conflitos psíquicos existentes.

Pesquisas americanas citadas por Edelman (1986), demonstraram que há apenas vinte anos 40 a 50% de todas as esterilidades não tinham explicação física conhecida e, por conseguinte, eram atribuídas a fatores emocionais. Hoje, em apenas 5 a 10% dos casos não há anormalidade ou patologia encontrada. Tal

fato leva estes pesquisadores a concluírem que o que era considerado esterilidade psicológica, na verdade, tinha causas físicas para as quais a ciência médica não tinha explicação na época. Consideram, ainda, que distúrbios emocionais ou psicológicos muitas vezes encontrados em indivíduos estéreis, são antes a reação do casal à esterilidade do que a causa da mesma.

A esterilidade como causa e não como resultante de problemas psicológicos traz, a nosso ver, conteúdo indispensável ao estudo da impossibilidade de procriar. O impacto do diagnóstico, o processo e a duração do tratamento provocam, muitas vezes, crises existenciais e matrimoniais intensas, conforme sugerem os trabalhos de Edelman (1986), Menning (1975) e outros.

A constatação acima vem, mais uma vez, chamar a atenção para o cuidado que se deve ter para não cair indiscriminadamente no círculo vicioso do determinismo causal linear. Isso não implica na denegação do quadro de esterilidade sem causa aparente, outrossim, protege-o de atribuições errôneas que lhe possam atribuir.

ESTERILIDADE PSICOGÊNICA

A palavra psicogênico significa o estudo da origem e da evolução das funções psíquicas.

O problema da psicogenicidade e o da etiologia a ele relacionado ainda permanece pouco esclarecido.

Em nosso campo de estudo, embora o termo psicogênico seja bastante utilizado, nenhum autor o define a priori. Observamos, no entanto, que todas as referências feitas a psicogenicidade apontam para a constituição de alterações reais no sistema orgânico.

A partir das considerações feitas por Deutsch (1945) e Langer (1978) podemos dizer que: esterilidade psicogênica diz respeito a alterações orgânicas e/ou funcionais oriundas de fatores psicológicos, ou seja, pressupõe uma estreita relação entre causas psíquicas e manifestações orgânico-funcionais.

Reafirmando, a esterilidade psicogênica, seja ela manifestada por alterações hormonais ou tubárias (Langer, 1978) ou mesmo por qualquer um dos transtornos ginecológicos funcionais (Deutsch, 1945), tem como característica marcante o fato de uma ação psíquica provocar uma alteração "física" constatável.

Deutsch (1945), descreve cinco tipos de esterilidade psicogênica:

1o.) O primeiro tipo se encontra nas mulheres físicas e psicologicamente infantis, as quais, apesar de organicamente perfeitas para reproduzir, excluem a idéia de maternidade de suas vidas. Essas mulheres são frágeis e sempre necessitam de apoio. No princípio, apoiavam-se na mãe ou no pai e, em seguida, no seu marido. Esse tipo de mulheres tem um desenvolvimento psicosssexual imaturo. Embora desde a puberdade tenham fantasias de gravidez, quando se vêem diante da possibilidade de realizá-la se mostram incapazes de conceber. Muitas vezes, seu principal interesse na vida é o tratamento de sua esterilidade. As vezes, ficam grávidas após acontecimentos em suas vidas que as tornam mais maduras.

2o.) O segundo tipo diz respeito às mulheres que mesmo dotadas de todas as qualidades maternas, permanecem estéreis por razões psíquicas. Esse tipo de mulher vive sua tendência maternal em seu amor por seu marido. O marido, por sua vez, a necessita para si, para suas atividades e prosperidade. Na verdade, a mulher se encontra madura para a maternidade, porém o marido não está pronto para a paternidade. A gravidez é vivida, por esse tipo de mulher, como uma ameaça à harmonia erótica do matrimônio e assim ela renuncia ao filho por amor ao marido. O homem, apesar de

escolher uma mulher maternal, põe um limite em sua tendência maternal(1) e atravessar esse limite significa perigo para ele.

3o.) O terceiro tipo trata da mulher que é desviada da maternidade por outros interesses, embora possua acentuada tendência maternal. A mulher erótico-feminina teme a rivalidade da maternidade com sua vida erótica rica e cálida. A mulher profissional, que embora não antipatize com a maternidade, inconscientemente evita o conflito que poderia se produzir pelo desdobramento de seus interesses afetivos e, portanto, permanece estéril.

4o.) A mulher agressivo-masculina caracteriza o quarto tipo de esterilidade psicogênica. Diz respeito à mulher que se nega completamente a aceitar a sua feminilidade.

5o.) O quinto tipo se encontra nas mulheres que temem novas cargas emocionais. Emocionalmente perturbadas, permanecem estéreis não porque tenham deslocado seus sentimentos para outra atividade e sim porque percebem a pobreza de sua própria vida emotiva.

(1) Tendência Maternal - a tendência da mulher alimentar todo objeto de sua solicitude e não só a seu filho. O impulso de cuidar se manifesta independente da influência direta das funções reprodutoras. (Deutsch, 1945).

A maioria dos autores subsequentes a Deutsch que se detém no evento da esterilidade psicogênica apresenta suas contribuições sempre muito baseadas no conteúdo já exposto por esta autora. Os dois tipos de esterilidade psicossomática descritos por Cohen (1961) correspondem e sintetizam os tipos expostos por Deutsch. Um, diz respeito à mulher fraca, imatura, super-protegida e super-protetora. O outro tipo refere-se à mulher ambiciosa, masculina, agressiva e dominadora mulher de negócios. Além de Cohen, podemos citar Langer (1978) e Mirta Videla (1984).

Langer afirma que as causas da esterilidade se devem a explicações diversas, porém, no fundo, trata-se de uma imaturidade psicosexual de grau variável com uma fixação exagerada na mãe. Videla, apesar de ir além com a sua visão de esterilidade conjugal, também, assim como Langer e Deutsch, define as razões psíquicas da esterilidade psicogênica com base no desenvolvimento psicosexual.

ESTERILIDADE CONJUGAL

Definimos esterilidade conjugal como qualquer tipo de esterilidade, seja ela orgânica ou psicológica (psicogênica ou sem causa aparente), onde estão envolvidas duas pessoas do sexo oposto em situação de impossibilidade de procriar, independente da existência de comprometimentos sintomáticos (orgânicos ou psicológicos) unilaterais.

Nesse sentido, a denominação esterilidade conjugal pode ser aplicada a qualquer um dos tipos classificados até então. A etiologia, aqui, tem sua importância somente se considerada dentro do contexto diádico (conjugal) onde se instala e desenrola a situação de impedimento procriativo.

Podemos dizer que o segundo tipo de esterilidade descrito por Deutsch (1945), embora não focalize o casal, expõe um modelo conjugal do tipo mãe-filho, onde a mulher se presta voluntariamente a ser mãe e o homem, que escolheu uma mulher maternal, não admite esta maternagem para outro que não seja ele, uma vez que precisa deste afeto que lhe dá segurança. A mulher, por sua vez, sela esse compromisso com o parceiro e a manutenção desse acordo é a segurança da satisfação erótica de seu matrimônio. Desta forma, a esterilidade serve a este casal como um ajuste secundário à manutenção do jogo conjugal, à manutenção do casamento.

Conforme dissemos anteriormente, a nossa conceituação sobre esterilidade conjugal não se constitui como mais um tipo de esterilidade existente e, sim, como uma estratégia de abordagem que considera o processo procriativo em seu campo integral de ação, incluindo o homem, a mulher e seu entrecruzamento dinâmico.

Os assinalamentos de Cahen (1985) quando estuda a esterilidade vêm corroborar esta posição, na medida em que afirma que, pelo menos, 40% da clientela apresenta problema de esterilidade conjugal. A estes casos, Cahen atribui a categorização de esterilidade funcional, ou seja, a esterilidade tendo uma função para o casal.

Indubitavelmente, são os estudos de Videla (1984) os que mais se aproximam do nosso posicionamento, especialmente, quando a autora afirma que toda esterilidade é uma esterilidade conjugal. Embora em seus postulados teóricos não categorize a esterilidade conjugal como uma forma de abordagem, podemos observar que é desta forma que operacionaliza a sua prática.

Na nossa conceituação, além de considerarmos a esterilidade conjugal como uma forma de abordagem, ou seja, a princípio toda esterilidade é uma esterilidade conjugal, distinguimos também aquilo que chamamos de esterilidade conjugal típica.

A esterilidade conjugal típica se refere aos casos em que fica evidenciado que motivações inconscientes estão determinando a manutenção da situação de esterilidade, onde, mais especificamente, o jogo conjugal inconsciente é o principal sintoma constitutivo do quadro de impossibilidade de procriar. Esta forma de esterilidade se distingue das situações conjugais

onde os aspectos psicológicos estão mais realçados à partir dos efeitos provocados pela descoberta do diagnóstico, e não como constitutivos do mesmo. Assim sendo, a tensão que se instala no casamento (onde são comuns os transtornos sexuais), a intensa ansiedade na busca de ajuda, enfim, a experimentação de sentimentos de inferioridade, fracasso, baixa auto-estima, são componentes psicológicos importantes porém, não necessariamente delineadores de esterilidades ditas psicológicas.

Com esta demarcação, pretendemos assinalar que os aspectos psicológicos da esterilidade conjugal não estão delimitados pelas considerações pertinentes à esterilidade tipicamente psicológica.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA ESTERILIDADE

O estudo da esterilidade no Brasil tem se restringido ao campo médico. A maioria das pesquisas realizadas fazem um recorte acentuadamente específico da área a ser estudada, ou seja, aborda detalhes isolados pertinentes a um determinado fator reprodutivo. Por outro lado, nos centros de atendimento público e/ou privados já é reconhecida a necessidade de atenção integralizada, tanto do ponto de vista de interação entre os diversos fatores fisiológicos e endocrinológicos, quanto ao que diz respeito a inclusão dos aspectos pessoais do indivíduo em questão.

Apesar de ser crescente o número de ginecologistas que reconhecem a importância dos fatores emocionais no processo procriativo, esta preocupação ainda não foi traduzida em pesquisa. Não encontramos, portanto, nenhum estudo sistematizado sobre o tema que aborde os aspectos psicológicos aí envolvidos, embora esta questão venha sendo discutida desde reuniões clínicas a Congressos e Simpósios de âmbito nacional. Os poucos artigos brasileiros que tratam das implicações psicológicas em esterilidade (Farias e Canella, 1985; Canella, 1989) se restringem a informações sobre formas alternativas de atendimento a casais em tratamento de infertilidade. Estas publicações demonstram uma preocupação quanto à abordagem conjugal para a compreensão do

quadro de esterilidade. O grupo de pré-atendimento para casais "estéreis", uma das propostas de atendimento divulgadas, direciona seus objetivos relevando a inscrição dos fatores psicológicos na psicodinâmica conjugal (confluência de conflitos psicológicos complementares no grupo casal). Estes trabalhos, no entanto, apesar de tangenciarem questões importantes, não se detêm em maiores considerações sobre os aspectos psicológicos da esterilidade.

Diante da escassa literatura existente, nossa pesquisa bibliográfica envolve autores e estudos estrangeiros aos quais pudemos ter acesso e que nos auxiliaram no estudo da esterilidade conjugal.

Tomando por base a revisão da literatura realizada, podemos delinear dois pontos distintos de análise psicológica da questão da esterilidade. O primeiro, diz respeito ao nível intrapsíquico onde há uma determinação mais clara de relacionamento causal, ou seja, conflitos psíquicos individuais podendo determinar a esterilidade. Ai, a esterilidade é comumente vista como uma manifestação psicossomática conforme os casos diagnosticados como esterilidade psicogênica. Os principais autores representantes desta posição são Helene Deutsch (1945) e Marie Langer (1978). Seus postulados são freudianos no tocante ao desenvolvimento psicosssexual do indivíduo e, nesse sentido, a

esterilidade é passível de ser considerada também um sintoma psiconeurótico (casos de esterilidade sem causa aparente).

O segundo nível de análise é o interpsíquico onde há uma tendência em quebrar o sistema de causalidade linear isto é, conflitos inconscientes individuais produzindo sintoma de compromisso. Nesta perspectiva, as atribuições causais individuais ocupam um lugar secundário e a importância maior se centra no significado do vínculo conjugal estabelecido e sua relação com a esterilidade.

Este é um campo de análise ainda muito polêmico, tanto no que concerne ao próprio enfoque "interacional", quanto ao que se refere à concepção do termo "interpsíquico" propriamente dito. Entendemos ser mais acertado nos referirmos ao nível interpsíquico no sentido amplo do termo. Isto envolve tanto o que diz respeito ao resultado da confluência psíquica entre duas pessoas (onde o casal é visto como um sistema, um grupo que possui sua homeostase própria), quanto ao que diz respeito ao casal funcionando como sub-sistema no grupo familiar restringido e ampliado. Nesse sentido, podemos considerar Videla (1984) e Parseval (1988) como representantes característicos desta posição.

Embora utilizemos como referencial de análise apenas o nível interpsíquico, consideramos importante apresentar, separadamente, as idéias de cada um dos autores mencionados, uma

vez que todos contribuíram para a evolução e amadurecimento do nosso estudo.

Deutsch (1945) se refere às dificuldades psicológicas da concepção afirmando que a incapacidade de determinadas mulheres para ser mãe tem causas psíquicas, as quais perturbam o processo fisiológico. Esclarece que a intervenção de fatores psicológicos só deve ser aceita quando se tratar de transtornos ginecológicos funcionais e, mais especificamente, no que se refere a fatores hormonais. Ressalta que a fecundação pressupõe fertilidade e se associa a processos somáticos que estão determinados fisiológica e anatomicamente. Todo processo fisiológico de secreção interna que prepara para a fecundação provavelmente é uma unidade psicossomática em todas as suas fases, sendo constantemente influenciado tanto pela vida psíquica, como pela orgânica. Daí, a função dos hormônios como mensageiros químicos está influenciada por fatores psíquicos.

A autora assinala o fato de que a esterilidade psicogênica, considerada como transtorno funcional, não é facilmente identificada. Quando o sintoma de esterilidade persiste, apesar do tratamento favorável a alteração hormonal, supõe-se que está sendo sustentado por energias psíquicas. Nesse sentido, acrescenta que dificuldades da concepção devidas a fatores psíquicos podem aparecer diretamente nos processos mecânicos do coito, além do complicado rodeio dos transtornos

hormonais. Assim sendo, é possível ocorrer, por parte da mulher a expulsão inconsciente do esperma no ato sexual, onde, através de movimentos musculares precisos, consegue impedir, mecanicamente que o esperma entre em seu corpo. "Sabemos que en el inconsciente están ocultos profundamente puentes de asociación entre el coito y el acto del parto." (Deutsch, 1945, p. 109)

Deutsch destaca como principal causa da esterilidade psicogênica o temor inconsciente que tem como principal elemento o sentimento de culpa. Esse sentimento de culpa pode estar ligado tanto à masturbação e seu respectivo evento da castração (fase fálica), como a fatores especialmente concernentes às primeiras relações mãe-filha (fase pré-genital).

Quanto à "masturbação", é colocado que a expressão mais imediata do sentimento de culpa se associa ao trauma genital, o temor da menina de que tenha destruído seus genitais. Mais tarde, quando ocorre a transferência do interesse para seu interior (passividade), a reação de culpa "não tenho genitais" se transforma na ameaça "não terei filhos", atuando desta forma como um dos determinantes poderosos dos temores à gravidez. Assim, o sentimento de culpa relacionado à masturbação pode inibir a função reprodutora. Não havendo mais razão para temer a castração, uma vez que esta já está consumada, os temores se dirigem ao parto e ao próprio filho.

No que diz respeito aos sentimentos de culpa relacionados à mãe, tem-se que as tendências destrutivas ocupam aí o primeiro plano, de forma que as inclinações ao mito-castigo encontram uma saída dentro da trama de um masoquismo mais ou menos neurótico. Nas mulheres que sofrem este processo, a idéia otimista "terei um filho" é substituída pela negação pessimista "não terei um filho, não tenho esse direito, o perderei ao preço de minha vida". A intensificação do conflito leva a mulher a renunciar ao filho pela esterilidade ou pelo aborto. Conclui-se que a intensidade do sentimento de culpa pode impedir a realização do desejo consciente de ter filho. O sentimento de culpa está inserido no desenvolvimento do indivíduo, e a sua sobressalência pode trazer transtornos ao desenvolvimento e conseqüências à função reprodutora, como é o caso da esterilidade.

A autora ressalta que esse "temor inconsciente" pode se referir não só à função reprodutora, mais também a toda a sexualidade, eliminando assim toda a possibilidade de maternidade física pela exclusão da experiência sexual. Destacam-se aí os casos de pessoas que deslocam suas tendências maternas para outras atividades: enfermagem, ensino, etc., sem nunca conseguir atingir a maternidade biológica. Por outro lado, o mesmo tipo de temor, em vez de funcionar como sinal de alarme, pode ser uma condição para a experiência prazerosa do coito, conduzindo assim a um resultado oposto, ou seja, a concepções compulsivas.

Com esta ressalva, Deutsch define tipos de esterilidade psicogênica, conforme descrição feita no capítulo anterior, os quais estão enfocados segundo os requisitos necessários ao amadurecimento feminino para a maternidade.

Para a mulher atingir a maternidade deve ultrapassar situações de grande importância como é a identificação da mãe ativa, a vivência da troca de objeto amoroso da mãe para o pai - como também a vivência do trauma genital e conseqüentemente, a opção por um dos três caminhos - a fuga à sexualidade, a masculinidade e a própria feminilidade.

Langer (1978), à partir de seus atendimentos a mulheres "estéreis", destaca que a dificuldade preeminente da mulher com problema de esterilidade reside em sua fixação na mãe e em seus sentimentos de culpa. Explica que a visão da infertilidade como um castigo de Deus, fato comum nessas pacientes, está ligada a alguma culpa que tenham contraído em vivências e situações primevas onde o sentimento de ódio ou hostilidade por algo, tenha deixado como conseqüência essa culpa. E essa culpa primária gera conflitos e bloqueios provocadores de quadros do tipo esterilidade psicológica. O inconsciente da mulher estéril seria um inconsciente culposo, onde o ódio é a sua primeira culpa.

A exposição sucinta da análise de um dos casos descritos por Langer pode aqui nos ajudar a entender, segundo a visão da

autora, que temores podem impedir uma determinada mulher de realizar seu grande desejo consciente de ter um filho: à partir da compreensão de suas vivências primárias dentro da família de origem onde ficou destacado um sentimento de rejeição forte por parte da mãe, pode-se chegar ao que significa conceber para esta cliente que, quando solteira, era portadora de grande fecundidade e agora nada! De acordo com sua história clínica, conceber significava para ela, satisfazer seus desejos inconscientes de desafiar sua mãe e deixar sair o que tem dentro. Teme conceber e dar à luz ou desenvolver sua verdadeira personalidade porque, submissa a sua mãe, considera-a perigosa e hostil. Para se defender contra a tentação de levantar suas repressões, produz uma prolongação de sua hemorragia menstrual, postergando assim a possibilidade de uma gravidez. Atrás de seu ódio pela mãe, tem um desejo nostálgico de voltar ao seio materno e esse desejo impede-lhe a concepção, pois transformar-se em mãe significa ter que deixar de ser filha e uma vez tendo sido tão frustrada quando criança, reivindica ainda seus direitos infantis e para ser mãe tem que renunciar a eles.

Ainda em relação ao caso exposto acima, a esterilidade pode estar significando também uma defesa contra a angústia de que sua mãe vingativa a destruiria se ela se atrevesse a abandoná-la "deixar de ser filha e passar a ser mãe".

Langer reafirma que, embora possa haver diversas causas para a esterilidade, no fundo se trata de uma imaturidade psicosssexual de grau variável com uma fixação exagerada na mãe. A autora inclui em seus estudos apenas os casos de esterilidade produzida por causas hormonais ou espasmo tubário.

A influência dos fatores psicológicos nos transtornos dos pacientes estéreis é abordada, pela autora, não só do ponto de vista dos problemas da fecundação (espasmo tubário, anovulação) mas também no que se refere às intervenções de cura (inseminação artificial).

Langer, baseada nos estudos de Therese Benedek (1953) chama a atenção para o fato de que em animais uma só inseminação dá resultado exitoso em 99%, enquanto que na mulher o êxito da inseminação varia entre 4 a 30%. Assinala que mulheres de ovulação perfeitamente normal começaram a apresentar ciclos anovulatórios, uma vez iniciada a inseminação artificial. Aponta, ainda, que o procedimento da inseminação artificial exerce uma influência desfavorável sobre a potência e fertilidade do marido e sobre a vida sexual do casal em geral. Ressalta a influência da ansiedade sobre a inseminação artificial. Ai, retoma os estudos de Stieve (1942) que conseguiu demonstrar por métodos objetivos que a intensa angústia provocada pelas torturas nazistas causava danos nos órgãos procriadores. Através de autópsia, verificou que o útero de uma mulher fuzilada de 20 (vinte) anos (estando 68 dias

presa) apresentava-se nas condições de uma matrona de 60(sessenta) anos.

Marie Langer, assim como Deutsch, assinala que o mesmo conflito leva uma mulher à esterilidade, outra a uma compulsão à concepção, uma terceira à pseudociese e uma quarta à gravidez extrauterina. Apesar dessa constatação, diz ainda não obter resposta precisa quanto a natureza da somatização escolhida pelo conflito.

A pseudociese ou falsa gravidez, quadro não pouco frequente entre as pacientes estéreis, é vista como a expressão somática da fantasia frustrada de maternidade. Através desta forma de manifestação, a mulher faz uma transação imaginária entre seu desejo de ter um filho e sua capacidade de alcançar a maternidade (seja por causas orgânicas ou psicológicas). Na negação de sua incapacidade está aparentemente certa de esperar um filho, conseguindo transformar seu corpo a tal ponto que convence também os demais, e amiúde até seu médico.

Na gravidez extra-uterina, que expõe a mulher grávida a um perigo mortal, supõe-se a existência de conflito entre o desejo de maternidade e uma proibição incestuosa estrita desta, mantida por sentimentos de culpa e necessidade de castigo. Langer observou que em vários casos o fruto da gravidez extra-uterina significava, para o inconsciente da mulher, o filho de uma relação incestuosa e

sumamente proibida, ainda que em realidade provenha do próprio marido.

O discurso teórico sobre esterilidade apresentado por esta autora é todo explicitado através da exposição de casos clínicos. A articulação psicodinâmica, própria ao manejo clínico de ação terapêutica, nos permitiu a compreensão do cliente estéril: o significado do filho para o indivíduo e o significado da esterilidade na vida da pessoa. Os postulados propostos pela autora trouxeram uma contribuição especial em relação ao que está significando a esterilidade para o casal, apontando-nos assim, o primeiro olhar clínico que devemos dirigir ao casal estéril.

Videla (1984) apesar de ser continuadora de Langer e adotar também um referencial psicanalítico, aborda a questão num sentido mais amplo, associando a este referencial um enfoque situacional que envolve dinamicamente todos os acontecimentos da vida do paciente, a estrutura vincular e dinâmica do casal e o entrecruzamento com os elementos sociais e culturais que lhe competem.

Baseia-se na concepção integralizadora do homem, onde este é considerado como unidade bio-psico-social e suas estruturas mentais, somáticas e sociais representam três níveis complementares de organização entre os quais se estabelecem mútuas interações dinâmicas complexas.

A maioria de suas conceitualizações sobre o tema da esterilidade humana e suas respectivas práticas terapêuticas interdisciplinares estão respaldadas na teoria da enfermidade única e na teoria do vínculo de Fichón-Riviere (1940).

Entende ser a esterilidade uma entidade única na medida em que se constitui como uma impossibilidade cujo obstáculo tem três maneiras de se apresentar, isto é, três formas de se manifestar (bio-psico-social). O corpo de um homem ou de uma mulher é um lugar onde podem estar colocados seus objetos internos. A enfermidade única, portanto, rompe com a divisão mente-corpo.

Num sentido amplo, podemos entender uma determinada manifestação somática, como uma alteração do sistema visual do indivíduo que, por esta ou aquela razão, escolheu o corpo para se expressar.

Segundo Videla, independente do depositário do sintoma ser o homem ou a mulher, o casal deve ser visto como uma estrutura que como tal implica a imbrincação harmoniosa dos dois elementos do casal sem que seja possível se ocupar de um sem a inclusão do outro. Este é o significado de esterilidade vincular.

Mesmo que cada paciente seja responsável por sua própria enfermidade, o fato da concepção ser um processo de duas pessoas

justifica a afirmativa de que o casal produz sua própria infertilidade. O vínculo estabelecido entre o casal é como uma estrutura dinâmica em contínuo movimento que envolve a ambos os personagens e todos os seus objetos internos e vivências pessoais. Cada pessoa se vincula com outra conforme se vincularia com seus próprios personagens parentais, por isso, existem padrões vinculares em cada sujeito que se manifestam também na relação médico-paciente.

A esterilidade vincular é facilmente observada nos casos em que os integrantes do grupo conjugal apresentam sintomas na área corporal que se manifestam paralelamente, ou que vão alternando-se. Assim, por exemplo, uma vez solucionada uma oligospermia, surge a anovulação. Quando as trompas se tornam permeáveis, o homem faz uma impotência. A alternância ou a simultaneidade de sintomas entre o casal demonstra a possibilidade de uma aliança inconsciente que assegura a permanência da esterilidade.

Videla, apesar de privilegiar um enfoque situacional, não descarta os aportes psicanalíticos tais como os assinalados por Deutsch (1945) e Langer (1978), anteriormente já vistos. Concorde com Langer sobre o fato de que a relação da mulher com a mãe pode estruturar uma situação de esterilidade. Observa que no homem, assim como na mulher estéril, são frequentes os sentimentos de culpa por algo supostamente cometido. Destaca as fantasias

inconscientes do homem com respeito à figura materna, onde imagina haver roubado filhos da mãe, desde uma posição de rivalidade com ela, desde uma posição homossexual passiva (baseado na busca dos aspectos femininos da mãe pelo desejo de recuperar a bissexualidade perdida). O trauma inconsciente do homem que padece de esterilidade é o temor de que o filho o destrua, assim como ele supõe ter feito para ficar com a mãe. Ser estéril é o castigo dos deuses (pais) pelo significado dos desejos "homossexuais" de desposar a mãe, com quem rivaliza. Ameaçado permanentemente de castração, fixa-se numa posição feminina homossexual através da esterilidade.

Outra contribuição importante de Videla se refere à relevância atribuída a configuração geral da situação familiar no contexto da esterilidade.

A inclusão da estrutura familiar na compreensão da infertilidade implica na transcendência da relação mãe-filha, ou seja, busca atingir o significado da representação da função materna dentro de uma determinada família.

Há estruturas familiares onde o nascimento da criança representa um acontecimento traumático. Esses acontecimentos familiares são comumente relacionados com os irmãos e com a saúde genital da mãe: morte de irmãos (estão aí incluídos os natimortos) ou enfermidades graves congênitas destes, abortos e partos

mutiladores da mãe. Pais que lidam conflituadamente com cada nascimento, seja por dificuldades internas ou externas (sócio-econômicas) marcam também negativamente a representação da parentalidade no seio familiar. Todas essas situações e muitas outras de desequilíbrio vincular dentro das famílias incrementam os sentimentos infantis de ódio e rivalidade entre os irmãos (irmãos como parte dos pais), aumentando os impulsos agressivos para com a mãe. Isto reverte no exacerbamento do sentimento de culpa, onde a esterilidade pode ser o preço a pagar pelo "pecado cometido".

Retomando as considerações acerca da esterilidade vincular, especialmente no que diz respeito a esta significar a negação do terceiro (filho) no vínculo conjugal, podemos entender que o conteúdo psíquico aí implicado aponta para o estabelecimento de sequelas edípicas desencadeadas pelas experiências pré-genitais. Desta forma, a não diferenciação sexual e as dificuldades na identificação feminina e masculina "impossibilitam" a criação de outro ser (o filho).

Podemos dizer que, quanto à análise do conteúdo psíquico, as contribuições de Videla, assim como as de Langer, reiteram os postulados de Deutsch que têm como cadeia principal amadurecimento sexual - feminilidade -maternidade.

Videla, ao se determinar dentro do nível inter-psíquico de análise trazendo à tona o marco da esterilidade vincular (esterilidade conjugal), traz a sua maior contribuição para o campo do estudo da esterilidade.

Parseval (1981, 1988) tece as suas primeiras considerações acerca da esterilidade em seus estudos psicanalíticos sobre a paternidade. Afirma, com maior ênfase que Videla, a extraordinária similaridade dos fantasmas nos homens e nas mulheres face à procriação. Homens e mulheres assumem psicologicamente (ou não) seu filho de modo semelhante, a única diferença reside no fato de que o tornar-se mãe remete a mulher a seu relacionamento real e fantasmático com a própria mãe e o tornar-se pai é mais representativo entre o homem e seu pai.

A iminência de tornar-se pai reativa no homem a rivalidade infantil com relação ao próprio pai, referente ao desejo inconsciente de morte do pai, de usurpação de seu lugar junto a mãe. A imagem da mulher grávida é particularmente propícia à superposição "a mulher por essência, a mãe, portanto, a minha mãe" (Parseval, 1986 p. 76). Haveria, assim, no homem, um duplo receio com relação ao se tornar pai. O primeiro se refere ao temor de ser punido pelo pai em resposta a realização parcial e fantasiada de seus desejos infantis proibidos. E o segundo, refere-se aos impulsos agressivos dirigidos contra o pai, agora projetados no

filho que, potencialmente, alimentaria desejos de destruição contra seu pai.

A dinâmica edípica reativada com a vinda do filho é abordada, ainda, por uma outra vertente: o filho enquanto terceiro termo. Parseval sugere que os impulsos agressivos dirigidos contra o filho tanto podem se referir ao ódio com relação ao próprio pai como também ser a manifestação do ciúme que nutre do filho, esse intruso que vem triangular a relação com sua esposa e ocupar o seu lugar de destaque em relação a esta.

Nessa primeira etapa de suas investigações, portanto, Parseval aborda a questão da "esterilidade masculina" sob o ponto de vista do desenvolvimento psicosexual do homem e dos fatores que atravessam o tornar-se pai. Posteriormente, retoma o tema da reprodução humana dentro de uma linha sistêmica e, neste momento de seu trabalho, concentra-se especificamente no estudo da esterilidade de casal.

Parseval (1988) expõe uma visão do casal estéril que concerne numa representação macroscópica do sintoma "esterilidade de casal" e da maneira pela qual ele funciona no grupo familiar restringido e ampliado. Apoia-se nos trabalhos que levam em conta os fenômenos transgeracionais (Nagy, 1973; Bowen, 1976).

A sua hipótese básica é de que a esterilidade de casal é um sintoma adaptativo necessário à manutenção das regras familiares. Assim, um casal pode se manter sem filho para cumprir dívidas de lealdade com sua família de origem. "Não pode ter filho porque tem o compromisso de cuidar dos pais".

As lealdades invisíveis se estabelecem desde muito cedo na vida da pessoa. A delegação de papéis designa os laços de lealdade intensa e "personalidades forjadas" durante a fase precoce da existência de uma criança (ocorre entre a criança e seus pais ou representantes destes). A criança incorpora um papel missionário na medida em que responde aos sinais de expectativas, temores, desejos, fantasmas dessas pessoas que cuidam dela (pais). A execução da missão "não ter filho" pode ser ou pelo fato de não casar, ou se casando com um par estéril, ou ainda, se tornando ele próprio estéril.

Uma pessoa pode se tornar inconscientemente estéril para satisfazer o projeto de uma outra pessoa (seu pai, sua mãe, sua avó). Existem dúvidas de lealdade que se transmitem de geração em geração através de atribuição inconsciente de funções a ocupar no sistema familiar. Os pais envelhecidos, que precisam dos cuidados do filho, designam a este a missão de cumprir um compromisso de dedicação exclusiva quanto a estes cuidados. Tornar-se pai para este filho que aceita a designação desta missão, significa quebrar

regras familiares mantenedoras do equilíbrio familiar estabelecido (significa ser desleal).

A parentificação (tornar-se pai de seu pai) é uma manifestação de lealdade muito encontrada nos casais estéreis. A relação conjugal é então vivida de uma forma conflitual (ser pai de seu pai rouba-lhe espaço para que seja esposo e futuro pai de seu filho). Poderíamos dizer ainda que o indivíduo emaranhado em sua família de origem estabelece uma relação indiferenciada e confusa com a sua vida marital. Nagy (1973), citado por Parseval, assinala que lealdade implica em que o compromisso com o cônjuge passe a ser secundário a uma dívida implícita para com a posteridade.

Quanto mais baixo o nível de diferenciação mais disfuncional a relação do casal que age sob o efeito da fusão emocional que se torna, ela mesma, fonte intensa de ansiedade. Essa ansiedade se traduz muitas vezes pela aparição de problemas psicossomáticos (anovulação, espermatogênese alterada, disfunção sexual). A esterilidade que vem perturbar a relação conjugal pode ser entendida como a expressão da lealdade nociva inconsciente que testemunha um membro do casal a seus pais.

Um dos membros do par estéril aceitou o papel de produzir uma sintomatologia a qual permite um equilíbrio suficiente para o sistema familiar. Assim, o casal mantém-se estéril para que o

sistema casal-família funcione. E, enquanto o sintoma tiver uma função no sistema é preciso preservá-lo. Segundo Parseval, a solução para a esterilidade seria modificar o equilíbrio desse sistema familiar de tal forma que não fosse mais necessário o procedimento da esterilidade para assegurar a sobrevivência do sistema.

Parseval, ao considerar a esterilidade um "sintoma adaptativo familiar", dirige seu processo investigativo, principalmente em torno das seguintes questões :

a) A quem a situação de esterilidade dá vantagem, em última análise ?

b) A serviço de que interesses familiares "trabalha" o casal, ou um dos parceiros ?

Poderíamos concluir que, para Videla (1984), o "nó da questão" se encontra no significado da esterilidade para o casal enquanto sistema interatuante, enquanto que para Parseval(1988), prevalece o significado da esterilidade para o casal enquanto sub-sistema do sistema familiar ampliado.

Embora Parseval não tome o foco intersíquico conjugal como ponto direto de análise, suas considerações acerca da inscrição do sintoma-esterilidade na estrutura familiar aumentada, remete à homeostase conjugal estabelecida a partir deste. O vínculo conjugal, portanto, estrutura-se através dos

comprometimentos inconscientes estabelecidos com o sistema familiar amplo.

A aplicação que faz Parseval dos conceitos sistêmicos nos permite uma leitura dialética das implicações que atravessam a "interação" sub-sistema conjugal e sistema familiar. É nesse sentido que é possível encaixar a análise desta autora no nível interpsíquico.

Estamos cientes que a inclusão de uma abordagem sistêmica dentro de um circuito psicanalítico de análise nos expõe a questionamentos infundáveis. Ainda assim, conforme assinala a própria Parseval, entendemos que a abordagem sistêmica não nos parece contraditória com a compreensão psicanalítica.

Aproveitamos esta ressalva para assinalarmos a apropriação que fazemos de alguns conceitos sistêmicos em nossa vertente psicodinâmica de análise. A elucidação das dívidas de lealdade e sua configuração no interjogo do casal estéril nos auxiliam significativamente na compreensão da esterilidade conjugal.

Vimos até então posições teóricas clássicas delineadoras de dois principais campos de visão da psicodinâmica da esterilidade: o intrapsíquico e o interpssíquico. Passemos agora ao segundo momento de nossa revisão bibliográfica que se caracteriza pela demonstração de como vêm sendo encaminhados os estudos psicológicos mais recentes sobre a esterilidade e quais os temas mais recorrentes nestes estudos.

O grande número de pesquisas realizadas sobre as implicações psicológicas em esterilidade nos aponta para o interesse que este tema tem despertado nos meios científicos internacionais.

Panorama Geral Das Pesquisas

Algumas das investigações (Paulson, 1988; Salerno, 1988; Noys e Chapnick, 1964; Allison, 1979; Holtz, 1983; Mai et al, 1972; Templeton e Penney, 1982) se detiveram em pesquisar a relação entre "desajuste emocional" e infertilidade medindo, através de testes, questionários ou entrevistas padronizadas, fatores como ansiedade; depressão; auto-conceito, assim, como, alterações de humor; comportamentos obsessivos e outras reações emocionais, entre elas, tristeza, desespero, humilhação. Os resultados obtidos não apresentaram diferenças significativas apontadoras de características peculiares às pessoas "estéreis". A conclusão generalizada é de que a esterilidade atua como

catalisador para problemas pré-existentes, ou seja, "alterações emocionais" já existentes passam a ser justificadas pela esterilidade (insatisfações no casamento, depressões generalizadas). Essas pesquisas vêm contrapor estudos mais antigos onde as mulheres estéreis eram tidas como mais neuróticas e desajustadas sexualmente, o mesmo era dito para os homens quanto aos aspectos sexuais (Seibel e Taymor, 1982).

Outras pesquisas (Feuer, 1983; Elloworth, 1985; Rosenfeld, 1979), menos compromissadas com comprovações estatísticas, observam características marcantes relativas às pessoas que se encontram em situação de esterilidade: baixa auto-estima, isolamento social, relacionamento conjugal pobre (incluindo o sexual).

Disfunção Sexual

No que se refere a função sexual, alguns estudos, em especial o de Elstein (1975), enfatizam a importância de uma atenção cuidadosa com a história sexual do casal estéril. Elstein descreve que os casais estéreis têm potencialmente anormalidades com a função sexual que podem se apresentar de maneiras diferentes, seja pela esterilidade causando problema "psicossexual", seja por problemas sexuais mascarados como casos de esterilidade (vaginismo, impotência), ou ainda por anormalidades sexuais acidentais como anorgasmia e ejaculação

prematura. Palti (1969), citado por Seibel e Taymor (1982), dedica-se aos distúrbios sexuais masculinos, descreve quatro tipos de distúrbios influenciados por fatores psicológicos na esterilidade: impotência, ejaculação precoce, ejaculação retrógrada e oligospermia.

No âmbito geral, podemos dizer que as considerações desenvolvidas acerca dos transtornos sexuais em esterilidade nos indicam que a disfunção aparece dentro da situação na qual a atividade sexual para a reprodução está dissociada do sexo pelo prazer. As manifestações mais comuns são: anorgasmia, diminuição da "libido" e frequência do coito, fracasso na potência ou na ejaculação (comum no período fértil).

Crise de Esterilidade

Os transtornos ocorridos no relacionamento conjugal à partir da elucidação da infertilidade têm sido discutidos pela grande maioria de estudiosos na área. Kaufman (1969) demarca que a infertilidade impõe uma tensão em qualquer casamento. Menning (1975) argumenta persuasivamente que a infertilidade é uma complexa crise de vida psicologicamente ameaçadora e emocionalmente estressante. Além destas, muitas outras referências têm sido feitas à crise que pode se instalar na vida do casal como resultado de sua experiência de esterilidade (Kraft, 1980; Seibel

e Taymor, 1982; Rosenfeld e Mitchell, 1979; Burns, 1987; Edelman e Connolly, 1986).

Podemos destacar três estudos marcantes no que se refere à crise de esterilidade desenvolvidos por Seibel e Taymor (1982), Rosenfeld e Mitchell (1979), e Menning (1980) respectivamente.

O estudo de Seibel e Taymor (1982), além de mostrar a acentuada interação do fator psicológico e o fisiológico, tem a preocupação em levar a conscientização do estresse que a esterilidade provoca. Encontramos nesse estudo a crise de esterilidade sendo definida como um estado emocional que se desenvolve a partir da percepção, pelo casal, da impossibilidade de ter filho. A crise se expressa através de ansiedade, depressão, frustração, culpa, isolamento e obsessão. Esses autores acentuam sobre os transtornos ocorridos na área sexual onde as atitudes invasoras do processo de tratamento têm suas influências. O desempenho sexual ao ser avaliado medicamente (frequência do coito em período fértil, teste pós-coito) leva o casal a viver o ato sexual como um teste. 'Nessas circunstâncias o casal pára de fazer amor e em vez disso tenta fazer um bebê'. Assinalaram ainda que independente da localização da responsabilidade do problema, ambos, homem e mulher se sentem danificados e defeituosos. As pesquisas aí realizadas mostram que as mulheres descrevem a si mesmas como se sentindo "ocas" ou "vazias" e os homens acham que

estão "fazendo errado" ou que existe algo sobre sexo que eles não sabem.

O estudo de Rosenfeld e Mitchell (1979) também enfatiza o casal estéril como estando em uma situação de crise que provoca estresse tanto individualmente quanto conjugalmente. Aborda também as conseqüências sociais da esterilidade através de seis temas centrais:

a) moralidade - nos grupos religiosos a procriação é tida como a realização necessária do casamento (doutrina bíblica de crescer e multiplicar);

b) responsabilidade civil - no reino cívico, a função vital da família é a substituição;

c) casamento - a sociedade considera a parentalidade a principal função do casamento;

d) comportamento natural - a sociedade "exige" cumprimento do instinto paternal e maternal para estar de acordo com a natureza;

e) sexo - a falta de filho é vista como disfunção sexual (associação de maternidade e paternidade com potência sexual);

f) saúde mental - a ausência de filho é um desvio da expectativa social e como tal pode ter conseqüências para a saúde mental.

A sociedade sublinha, através das atribuições expostas acima, as diferenças entre casais férteis e casais sem filhos e as consequências sociais da esterilidade são resultantes da crença em que essas diferenças são reais.

Rosenfeld e Mitchell (1979) discorrem sobre o padrão de resposta emocional à esterilidade. Segundo o estudo destes autores, a reação inicial ao diagnóstico é de surpresa, seguido por um período de sofrimento e dor (ai estão presentes a culpa e a vergonha). Segue-se um sentimento de depressão alimentado por uma raiva internalizada "por que eu?" Instala-se, então, o sentimento de isolamento experimentado pelo casal estéril "sou diferente dos outros". Aliados ai estão os sentimentos de vergonha, inferioridade, fracasso. Diante disso, mecanismos de defesa atuam frente as cobranças dos amigos e familiares, a tendência é o afastamento. O sentimento de negação - "o diagnóstico deve estar errado" leva o casal a evitar o tratamento para não ter certezas indesejáveis. O estágio final é o de aceitação e resolução do problema através da gravidez natural, da inseminação artificial, da adoção ou da desistência de filhos.

Menning (1980), em seus estudos, descreve os sentimentos do casal estéril de forma semelhante à descrição feita pelos autores acima. Esses sentimentos, alguns racionais (baseado em eventos reais e difíceis das situações médica e social) e outros irracionais (baseado em mitos, superstições, conflitos infantis),

se desenvolvem em uma ordem lógica. Surpresa, negação, raiva, isolamento, culpa e pesar (luto) são enfrentados pela maioria das pessoas que estão tentando ultrapassar sua crise de esterilidade.

Segundo esta autora, pouca preparação existe para a ocorrência da esterilidade. É comum as pessoas afirmarem que poderiam aceitar melhor a esterilidade se ao menos soubessem o quanto é comum. A negação "isto não pode estar acontecendo comigo" é uma reação natural só se tornando perigosa quando passa a ser um mecanismo de fuga permanente. A raiva costuma ser projetada contra determinados "alvos" como advogados do direito ao aborto, gente que "reproduz feito coelho" ou aqueles que tratam mal seus filhos. O isolamento é comumente provocado à partir da pressão da família e dos amigos sobre os planos do casal de começar uma família, principalmente nos casos (e não são poucos) em que a esterilidade é mantida em segredo. Esse isolamento também pode ocorrer entre os membros do casal quando se sentem mal apoiados em seus sacrifícios para engravidar. Nesses casos, o resultado pode ser um colapso na comunicação e um aumento de estresse na vida em comum. O estresse na vida sexual é comum e o casal quase sempre entra em desespero achando que vai acabar não apenas sem filhos, mas no tribunal de divórcio ou em um estado permanente de conflito sexual.

Os sentimentos de culpa e de pesar traduzem momentos extremamente difíceis para o casal estéril. Correspondem, podemos assim dizer, aos conflitos mais dolorosos aí experimentados.

Vejamos o que nos diz Menning (1980) sobre os dois últimos sentimentos assinalados em sua classificação: as pessoas estéreis buscam incessantemente uma causa que justifique sua impossibilidade de procriar. Repassam suas histórias procurando algo que explique a culpa pela qual estão sendo punidos. Alguns dos indutores de culpa são o sexo pré-nupcial, o uso de contraceptivos, história prévia de aborto provocado, doença venérea, masturbação, casos extra-matrimoniais e até mesmo o prazer sexual em si. A expiação dessa culpa pode se globalizar a tal ponto que a pessoa se sente sem mérito e incapaz em todos os setores de sua vida.

Um dado importante a ser aqui acrescentado é que a atribuição causal se instala também no âmbito conjugal. O jogo de culpa é constante na maioria dos casais, levando o relacionamento conjugal a um alto grau de desgaste emocional.

Menning enfatiza que o pesar é o sentimento mais mobilizante e complexo, uma vez que a esterilidade representa a perda de um potencial e não de um objeto real, e os membros do casal podem não compreender que têm o direito a estarem enlutados. Além disso, em uma grande percentagem de casos, um diagnóstico conclusivo nunca é alcançado e portanto a perda pode ser incerta. Diante dessas circunstâncias o luto torna-se "impossível" e o estado de crise pode ser uma constante.

Programas de Apoio

O reconhecimento das dificuldades emocionais que aparecem como resultado da esterilidade involuntária levou à criação de alguns programas de assistência para pessoas estéreis.

O programa "RESOLVE", criado por Menning em 1973, iniciou como um apoio telefônico para casais inférteis, prestando informações sobre tratamentos, adoções, etc. Atualmente tem postos em todo o território nacional (Estados Unidos) e oferece grupos de aconselhamento, grupos educacionais e de apoio para o indivíduo ou casal que sofre a impossibilidade de procriar. "RESOLVE" atua também através de publicações de boletins bimensal e oferecimentos de consultas para profissionais em busca de saber como lidar com os casais estéreis.

Outro programa dedicado ao atendimento de pessoas em crise de esterilidade é desenvolvido pelo Fertility Center do North Shore University Hospital (Cornell University - New York) onde Rosenfeld (1979) é um dos seus representantes. Este programa inclui serviços de aconselhamento individual ou conjugal feitos, principalmente, em grupo onde os tópicos abordados envolvem pressão social; depressão; culpar a outros ou a si mesmo; medo dos exames e tratamento médico; raiva, disfunção sexual e alternativas à maternidade biológica.

A Fundação Barreu e a United Infertility Organization são outros programas que também provêm informações para os casais estéreis e oferecem grupos de apoio.

Impacto da Esterilidade no Funcionamento Psicológico

Vimos, através de estudos significativos, como a situação de esterilidade gera transtornos na vida do casal. As consequências negativas dessa situação continuam sendo apontadas tanto em termos de funcionamento sexual, como satisfação marital e desconforto psicológico.

Os autores Edelman e Connolly (1986) fazem uma revisão de estudos que tentaram investigar os aspectos psicológicos da infertilidade e, nesta revisão, categorizaram enfaticamente o impacto da esterilidade no funcionamento psicológico. Grande parte de seus assinalamentos vem corroborar as considerações já descritas nos últimos estudos aqui apresentados, tendo como contribuição especial o alinhamento mais claro de fatores relevantes a serem considerados numa investigação de esterilidade. A duração da esterilidade, os procedimentos investigativos, a atribuição causal e o diagnóstico são ressaltados como fatores que afetam o funcionamento psicológico.

O fator duração da esterilidade indica que quanto maior for o período de conhecimento que o casal tenha sobre a sua

infertilidade, maior será o nível de estresse dela resultante requerendo portanto maiores cuidados no procedimento terapêutico (médico e/ou psicológico).

Os procedimentos investigativos do tratamento constituem outro fator interferente no funcionamento psicológico. A pesquisa diagnóstica não só invade a intimidade do casal (controle de desempenho sexual, exigência de dedicação ao trabalho de fertilidade), como instala um estado de tensão permanente, seja pela realização de exames dolorosos, seja pela expectativa dos resultados desses exames.

Cabe aqui acrescentar que a investigação clínica em esterilidade é particularmente demorada devido aos vários componentes do processo reprodutivo a serem examinados e devido ao intervalo de tempo ocorrido entre os exames estabelecido pela própria determinação natural do organismo (pesquisa de acordo com o ciclo menstrual e/ou período fértil). Poderíamos dizer que a demora natural do tratamento exacerba o peso que tem o processo investigativo em esterilidade, aspecto tão bem delineado por Edelman (1986).

Dois outros fatores demarcados por Edelman e Connolly (1986) como contribuintes do impacto psicológico da infertilidade, dizem respeito à atribuição causal e ao efeito do diagnóstico e prognóstico. A busca de quem é culpado pode ser por si só

prejudicial, na medida em que leva o casal à um círculo vicioso de jogo de culpa desgastante e esterilizante do relacionamento. Os sentimentos de raiva, temor de abandono e/ou menos valia perante o outro são comuns à partir da localização da infertilidade. Quanto ao impacto do diagnóstico, são referidos casos onde o entrosamento sexual do casal era satisfatório até o momento de constatação da impossibilidade de procriar. O prognóstico em esterilidade comumente aponta para a possibilidade de resolução, apesar de não garantir que isso vá acontecer - "Não há nada que impossibilite totalmente uma gravidez" - Essa eterna esperança e escassa garantia muitas vezes dificulta o processo de aceitação e resolução do problema por parte do cliente.

Sintetizando, o processo de tratamento e todas as vicissitudes inerantes a este vão exarcebando o clima de ansiedade que passa a vigorar na vida do casal, onde a meta principal passa a ser conseguir a gravidez. Não é raro instalar-se, entre o próprio casal, uma medição de desempenho quanto a tarefa "do filho" onde todos os interesses e comportamentos passam a ser dirigidos e controlados segundo o que for considerado a favor da fertilidade.

Um outro estudo que nos chama a atenção é o realizado por Olshansky (1987) que tenta desenvolver uma teoria à partir da compreensão das consequências da esterilidade do indivíduo. Olshansky parte do pressuposto de que o indivíduo assume uma identidade do eu como estéril e descreve o processo de formação dessa identidade através de quatro etapas consecutivas:

a) Ensaio simbólicos (fantasia de ser pai ou mãe) - estes ensaios se referem a um período em que se imagina como seria se tornar mãe (pai), prevendo instâncias específicas tais como segurar um bebê, alimentar um bebê. A maneira como os casais ativam estes ensaios, ou seja, deixar acontecer a gravidez ou tentar conceber, está relacionada com a maneira como percebem o efeito da esterilidade em suas vidas.

b) Identidade informal do self como estéril (quando desconfiam que há problema) - depois de um período sem acontecer a gravidez, o casal começa a suspeitar que há um problema e instala-se então o processo de aceitação relutante de uma identidade do self como estéril. Essa identidade é de natureza informal já que não foi confirmada e formalizada pelo diagnóstico médico. Esta identidade "informal" leva ao "trabalho informal de fertilidade", ou seja, o casal passa a utilizar estratégias como modificação na dieta, assim como nas posições e no tempo do ato sexual.

c) Identidade formal do self como estéril (aceitação da esterilidade) - uma vez clinicamente confirmado como "estéril", o indivíduo ou casal empreende o "trabalho formal de fertilidade". Este trabalho envolve estratégias de busca de uma causa tanto quanto de um remédio para a esterilidade e requer obediência ao regime médico recomendado como se submeter a determinados tratamentos e tomar certos remédios. Como resultado do diagnóstico e da confirmação clínica, o casal aceita uma identidade mais formal do self como estéril.

d) Expansão da identidade do self como estéril (a esterilidade é o centro da vida do casal) - a identidade como estéril eventualmente assume um foco maior nas vidas dos casais estéreis de tal forma que sua identidade como estéril é expandida e o centro da vida passa a ser o trabalho de fertilidade.

Olshansky (1987) assinala que quando a identidade do self é assumida de forma central, a busca de soluções aumenta. Os casais estéreis usam quatro maneiras distintas de lidar com o problema: superando a esterilidade, enganando-a, se reconciliando com ela ou permanecendo no limbo.

Supera-se a esterilidade na medida em que sua identidade é "mudada" para a periferia enquanto a causa subjacente é corrigida, permitindo que a gravidez aconteça.

Enganar a esterilidade significa "empurrar" a identidade estéril para a periferia, com a gravidez ocorrendo enquanto a causa subjacente ainda está presente. Estão aí implicados os casos de fertilização in vitro e inseminação artificial.

Outra forma de lidar com a esterilidade é buscar alternativas como a adoção ou a escolha de viver sem filhos. Estas estratégias representam métodos de se reconciliar com a esterilidade uma vez que a causa subjacente à mesma não foi corrigida, nem a gravidez alcançada por meios tecnológicos. Esta reconciliação permite à identidade como estéril "diminuir", assumindo uma posição periférica na vida.

Existe ainda uma quarta maneira, considerada inadequada, onde algumas pessoas estéreis ficam no limbo, ou seja, continuam tentando engravidar sem sucesso e não procuram outras estratégias de resolução. Essas pessoas, mesmo parando ativamente de tentar superar a esterilidade, dificilmente conseguem superar seus sentimentos sobre a mesma.

Constátamos que a impossibilidade de procriar gera inúmeras consequências, chegando até mesmo a afetar a "estrutura" psicológica daqueles que a sofrem. Tal fato nos remete a um momento anterior à própria situação de esterilidade e que diz respeito ao desejo de ter filho.

Desejo de Ter Filho

O estudo dos motivos de "desejar" um filho pode ser abordado à partir de diversos ângulos. O querer ter um filho pode ser visto sob a luz do contexto social do indivíduo e da história passada da pessoa. As razões que levam o casal a ter filho são, segundo Lalos et alli (1985), misturadas e muitas vezes conflitantes, ou seja, em um nível racional a pessoa quer um filho, mas em um nível mais profundo e encoberto outros motivos e forças podem prevalecer. É observado que muitas mulheres após fazerem grandes esforços para conceber, quando eventualmente grávidas, sofrem um aborto. A decisão de ter filho, as ações e reações frente a isto dependem de um processo altamente complicado no qual fatores externos/sociais e internos/intrapsíquicos contribuem em graus variados.

Lalos et alli (1985) pesquisaram sistematicamente as razões pelas quais as pessoas desejam ter filhos. Investigaram especificamente os motivos racionais de casais estéreis em tratamento para ter filho. Obtiveram quatro grupos distintos de respostas:

a) Motivos filosóficos - sensação de imortalidade através da geração de filhos naturais; a reprodução como significado básico da vida; cumprimento com a vontade de Deus de que o homem se multiplique;

b) Motivos sócio-culturais - a gravidez vista como uma função social valorizada (ter filho dá status a ambos os sexos);

c) Motivos interpessoais - a gravidez como confirmação do relacionamento; a criança como expressão do amor entre o casal; o filho como mantenedor da relação;

d) Motivos intrapsíquicos - o filho como confirmação da identidade sexual, como chance de reexperimentar a própria infância, como sinal de independência; a criança para substituir perdas; a parentalidade como reparação da relação pai-filho.

Os motivos interpessoais e intrapsíquicos predominaram. Diante de tais resultados os autores sugerem que se deve trabalhar com o relacionamento do casal detectando sua influência no contexto reprodutivo.

Aspectos Interpessoais do Casal Estéril

Um dos estudos mais recentes que se preocupam especialmente com os aspectos "interpessoais" do casal estéril é elaborado por Burns (1987). Esta autora trabalha dentro de uma visão sistêmica e suas considerações se assemelham aos postulados teóricos propostos por Parseval (1980) sobre a esterilidade conjugal já descritos na primeira parte deste capítulo

Na perspectiva teórica de Burns (1987), a esterilidade é vista como fronteira ambígua. Esta afirmativa quer dizer que a esterilidade, por ser um agente estressante (acontecimento que provoca mudança no sistema familiar), desorganiza a estrutura familiar trazendo a tona as ambiguidades(1) que possam existir entre o sub-sistema casal e o sistema familiar mais amplo.

Para a maioria dos casais, a esterilidade começa como um agente estressante, requerendo deles mudanças tais como a incorporação de novas pessoas dentro de seu sistema (a ajuda médica), mudanças em seu padrão de intimidade sexual e ainda mudanças em suas metas de vida.

Para os casais que vêm tentando engravidar por longo período de tempo, a esterilidade pode precipitar uma crise(2) resultante do não cumprimento de papéis, da não manutenção de limites ou imobilização de sistemas. Expressões dessa crise são as disfunções sexuais, casos extra-matrimoniais e a incapacidade em tomar decisões sobre possíveis adoções ou tratamentos médicos.

(1) Segundo Burns (1987) a ambiguidade de limite é uma construção na teoria do estresse que permite predizer o nível de estresse em uma família, a habilidade em se reorganizar e a habilidade de voltar a condição de funcionamento saudável.

(2) Burns (1987) remete-se a Boss (1977) para definir crise e estresse. Estresse implica numa perturbação do equilíbrio familiar vigente e crise significa o desequilíbrio agudo (bloqueio total no sistema familiar).

De acordo com Burns, a ambiguidade dos limites em esterilidade ocorre em três níveis que correspondem respectivamente à criança fantasiada, à ambiguidades de limites entre os sistemas conjugal e familiar amplo e às ambiguidades de limites de filiação.

Criança Fantasiada

A existência da criança fantasiada, membro psicologicamente presente e fisicamente ausente, não é simplesmente o resultado do desejo de ter filho e não poder tê-lo. É o resultado da socialização, definição de papéis e auto-realização, definição de si mesmo e lealdades invisíveis às gerações passadas e futuras.

A criança fantasiada representa os sonhos da infância e ao mesmo tempo inclui esperanças e sonhos divididos com o parceiro. A criança que um casal sonha ter é uma parte da transição normal à paternidade e à adaptação a um novo papel e novas responsabilidades. Para o casal estéril essa criança fantasiada quase sempre representa uma perda, um anelo do que poderia ter sido, por aquilo que por direito deveria existir.

O casal estéril, pela intensidade da expectativa do filho, vive a presença de uma criança que ainda não existe. Está, portanto, preso a essa ambiguidade.

Ambiguidade de limites entre os sistemas conjugal e familiar
ampliado

Outra ocorrência de ambiguidade de limites em esterilidade é quando um ou ambos os parceiros como "pessoa marginal" dividem sua lealdade entre sua família de origem e a atual criando limites obscuros em ambas as famílias como resultado da incapacidade de diferenciar.

Alguns casais estéreis transferem o padrão emaranhado de suas famílias de origem para o seu relacionamento com o parceiro e, assim, as fronteiras entre os dois padrões se tornam confusas e indiferenciadas.

A dificuldade em se diferenciar, a permanência no emaranhamento são expressões das lealdades invisíveis estabelecidas. A esterilidade pode estar a serviço dessas lealdades e portanto atuando como fronteira ambígua.

Ambiguidades de limites de filiação

Ambiguidade de filiação refere-se aos limites familiares que obscurecem os laços de parentesco tradicionalmente baseados nas linhas de consanguineidade, heranças genéticas ou reprodução sexual. São os casos de adoção e métodos de reprodução tecnológicos que roubam clareza dos laços genéticos entre pais e filhos - inseminação artificial com doador, fertilização in vitro, transplante de embriões.

A obtenção do filho através desses métodos pode impedir que o casal redefina seus limites ou fique a protelar a separação da família de origem.

É observado que alguns casais preferem continuar com a criança fantasiada a adotar uma criança e viver essa ambiguidade de limites de filiação. Em outros casos, o filho adotado funciona como a concretização de manutenção da criança fantasiada. Esses são casos em que os pais adotivos optam por não revelarem nunca que o filho é adotivo e através da adoção escondem de si mesmo sua esterilidade.

Em suas conclusões, Burns afirma que o desafio para o casal estéril é impedir que a esterilidade se torne uma crise que imobilize sua vida marital. Nesse sentido, a meta mais importante é reduzir a ambiguidade das fronteiras e isto significa clarear a lealdade dos esposos frente à relação marital assim como abandonar a criança-fantasia.

O abandono da criança-fantasiada é importante na medida em que o casal pára de usar a criança como balanceador, alguém que os protege da realidade, das decisões que devem tomar (tratamentos, adoção), de terem que se comunicar um com o outro, e ainda os protege de enfrentar a perda.

Se retomarmos a questão dos "motivos de se desejar um filho", sob o ângulo do psicodinamismo do casal estéril, podemos dizer que estamos, mais uma vez, diante da indicação de que a esterilidade deve ser abordada do ponto de vista conjugal. O projeto de ter filhos, apesar de ser uma opção consciente, está marcado por motivações e significações inconscientes nem sempre compatíveis com esse desejo manifesto. Essa incompatibilidade pode se expressar na esterilidade psicogênica, na esterilidade sem causa aparente ou, ainda, nos casos de abortos espontâneos repetitivos. O aborto habitual demonstra, com mais clareza, o interjogo conflitivo de fatores conscientes e inconscientes de ambos os membros do casal.

Cahen (1985-1989) é um dos poucos estudiosos no assunto da esterilidade que, além de se preocupar com a crise pós-diagnóstico, dedica-se mais profundamente à dinâmica conjugal do par estéril.

A autora aborda a questão da manutenção inconsciente da impossibilidade de procriar e, para tal, baseia-se nos princípios que enfatizam a estreita ligação entre a escolha do parceiro e os aspectos organizadores inconscientes do casal (Lemaire, 1971-1979; Eigner, 1983; Willi, 1978).

A escolha do parceiro se faz de acordo com o mecanismo de repetição do modo relacional que o indivíduo tinha nas suas

relações primárias. O outro é escolhido em função de sua própria organização psíquica. Os dois parceiros entrecruzam objetos inconscientes.

O jogo comum inconsciente entre os dois parceiros, denominado colusão, provoca na relação bipessoal uma dinâmica que tem sua lei própria no seio de uma complementariedade.

De acordo com Cahen, a esterilidade pode ser vista como sintoma ou como consequência. A esterilidade como sintoma ocorre quando todo conflito conjugal é atribuído à falta de filho. A impossibilidade de procriar é usada como defesa para o enfrentamento dos entraves existentes na relação. Nesse caso a criança é "impossível" pois colocaria em risco um equilíbrio conjugal já frágil. A esterilidade como consequência está relacionada aos casos de casais simbióticos ou fusionais, onde cada indivíduo perde suas características individuais para se transformar num novo ser - o casal. E para não colocar em risco essa entidade o filho é inconcebível.

Cahen aponta dois tipos de colusão encontrados entre os casais estéreis e podemos entendê-los como estando incluídos na visão da esterilidade como consequência, e, correspondentes a colusão pelo modelo narcísico e pelo modelo edipiano respectivamente.

O primeiro tipo de colusão estéril diz-se "casais em espelho" e refere-se ao casal unido simbioticamente que teme, conscientemente ou não, a destruição da relação com a entrada do terceiro - o filho.

O segundo tipo de colusão funciona através do modelo pai(mãe) X filho. Um dos parceiros é a criança do casal e vice-versa. Os parceiros aí se escolhem segundo a representação de pais para ambos. A esterilidade protege o casal da vinda do filho proibido.

Dentro de suas considerações, Cahen utiliza a denominação esterilidade funcional, onde a impossibilidade de procriar pode estar funcionando a serviço de interesses inconscientes comuns ao casal. Uma adequada ilustração desse fato são os casos onde há alternância de sintomas, ou seja, os sintomas funcionais de um dos membros do casal vem tomar o descanso dos sintomas funcionais do outro e assim vai sendo mantida a impossibilidade de procriar.

Ao longo de seu discurso a autora reafirma que a hipofertilidade não é para ser pega na palavra e sim para ser restituída na vivência do casal.

Diante de toda literatura explorada, podemos constatar que a experiência de impossibilidade de procriar envolve implicações psicológicas marcantes seja do ponto de vista causal e/ou das

consequências. Constatamos ainda que os componentes psicológicos aí engendrados atravessam inexoravelmente, a condição básica de fertilidade - o grupo casal.

Em grande parte dos estudos, o casal estéril tem sido abordado à partir das consequências sofridas por este, dado o impacto da esterilidade em suas vidas. O estudo de Burns (1987) embora se aproxime dos fatores subjacentes aos aspectos psicológicos, fica a dever em relação às contribuições de Videla (1984) e Parseval (1988) que se destacam quanto à compreensão da organização psicológica do casal que sofre a impossibilidade de procriar.

Os trabalhos assinalados acima, embora levem em consideração a importância do jogo conjugal frente a "vivência" de esterilidade, desenvolvem insuficientemente esse tema no que diz respeito ao significado do vínculo conjugal estabelecido e suas implicações no impedimento procriativo.

O estudo de Cahen (1985-1989) parece ser o único, entre os demais assinalados, que envereda pelo aprofundamento das motivações inconscientes da impossibilidade involuntária de procriar. O limitado acesso a esse estudo nos permite apenas identificá-lo como o mais próximo, quanto à articulação teórica da nossa proposta de investigação do significado da esterilidade para o casal.

No capítulo seguinte, tentaremos articular algumas considerações teóricas sobre psicodinâmica conjugal e o interjogo do casal estéril.

CAPÍTULO 3

DINÂMICA CONJUGAL E ESTERILIDADE

A situação de impossibilidade de procriar está intimamente ligada à dinâmica conjugal na medida em que trata de interesses comuns (convergentes ou divergentes) aos agentes constitutivos dessa dinâmica: o casal.

O estudo da dinâmica conjugal em esterilidade envolve todas as considerações mencionadas até o momento, tanto no que se refere ao impacto da infertilidade no relacionamento conjugal, como no que diz respeito ao aspecto funcional da esterilidade (esterilidade como sintoma de outros conflitos conjugais, esterilidade como consequência de conflitos psíquicos subjacentes).

O conjunto dessas informações e assinalamentos é imprescindível para a compreensão integral do quadro da infertilidade. Um dos acessos que possibilita uma compreensão mais profunda desse conjunto de implicações é o que se refere ao desvendamento do significado do filho e o significado da esterilidade para o casal. Nesse sentido as alianças interpsíquicas têm aí seu lugar de destaque.

A investigação do significado da esterilidade para o casal nos remete à questão do estabelecimento do vínculo conjugal e às vicissitudes inerentes à estruturação desse vínculo.

Os estudos de Lemaire (1971,1979) sobre a psicodinâmica conjugal representam um dos principais suportes teóricos para o desenvolvimento da questão da estruturação do casal. Este autor salienta que o vínculo conjugal intenta adaptar favoravelmente a localização de certos elementos regressivos da personalidade. Ressalta ainda que a relação bipessoal (casal) pode ser vista como o lugar por excelência onde se manifestam as tendências arcaicas ligadas aos conflitos não resolvidos anteriormente.

Lemaire traz à tona os níveis de complementariedade(1) e processos colusivos(2) existentes entre o casal. A partir de suas conjecturas a esse respeito, podemos dizer que a aliança

(1)A utilização do termo complementariedade usualmente é baseado a partir da distinção feita por Haley (1958); Watzlawick; e Beavin e Jackson (1973) entre relacionamento complementar e relacionamento simétrico, onde na relação complementar a conduta de um dos participantes complementa o outro constituindo um tipo diferente de configuração - Lemaire não define explicitamente o que chama de complementariedade. Encontramos na definição de Wynne (1957) sobre relação complementar pseudo mutual uma explicação que parece coerente com a forma pela qual Lemaire usa o termo. A pseudo mutualidade diz respeito a um pacto de fusão recíproca inconsciente que mantém o casal unido e fechado, ou seja ameaçado por qualquer possibilidade de mudança externa.

(2)Colusão - conceito desenvolvido por Jurg Willi (1978) que significa jogo conjunto dos cônjuges que estrutura um inconsciente comum.

interpsíquica no grupo casal ocorre à partir da confluência de conflitos emocionais complementares. É nesse sentido que a esterilidade pode atuar como campo para a revivência de conflitos pessoais, projetados no vínculo conjugal. Se há temores inconscientes relativos ao tornar-se mãe (pai), conforme sugere Deutsch (1945) e Langer (1978), e isso é reciprocamente alimentado, é no seio dessa complementariedade que se inscreve um dos focos de impedimento procriativo.

Integrando a noção de complementariedade às conjecturas sobre infertilidade desenvolvidas por autores como Deutsch (1945), Langer (1978), Videla (1984), Parseval (1981) temos que: a renúncia inconsciente do filho deve-se a conflitos psíquicos inerentes ao desenvolvimento psicosexual projetados no vínculo conjugal e devidamente alimentados pelos interesses conflituais do parceiro. O pacto de infertilidade aí estabelecido denota o interjogo do casal estéril.

Os diversos níveis de complementariedade encontrados nos casais estéreis apresentam-se melhor delineados nos tipos de colusão proposto por Willi (1978) sobre os quais iremos nos deter oportunamente.

Outra contribuição de Lemaire que nos levou a refletir sobre a configuração do casal estéril diz respeito ao "aspecto

narcísico", apresentado como uma das características das funções psíquicas do casal.

ASPECTOS NARCISICOS DO CASAL ESTERIL

Lemaire (1979) afirma que a relação amorosa exprime uma tendência à fusão mútua, ao apagamento dos limites dos dois sujeitos, e aí ambos os cônjuges aliam-se na tentativa de retomada da simbiose primitiva estabelecida na díade mãe-filho. Segundo este autor, o mais importante do que se vive na relação do casal é o enriquecimento e a confortação narcísica dos pares. Explicita que é como se na base de toda relação estivesse um pedido de esmola que visa confortar um sujeito nunca suficientemente cumulado de segurança. Afirma haver uma insuficiência narcísica fundamental relativa à falta existencial que demarca o movimento de escolha de objeto e a organização da relação com ele. O acasalamento fusional significa a restauração narcísica para os indivíduos que sofreram as carências mais graves ou que as condições internas impediram de chegar a uma unidade suficiente, e conforto para outros que menos feridos se sentem confortados ao se encontrar confirmado no sentimento de seu valor próprio.

Podemos deduzir que a necessidade de unificação, de integridade é o problema central do casal narcísico, que pode ser expressado através de um mecanismo de defesa que atue contra qualquer coisa que ameace quebrar a fusão conjugal. A

esterilidade, portanto, pode funcionar como uma dessas defesas, impedindo a entrada do filho e assim evitando a quebra da fusão conjugal estabelecida.

Outro assinalamento feito por Lemaire é sobre o fato de que o casal se organiza de forma que a dimensão subjacente a sua existência é a luta contra a pulsão de morte, ou seja, o jogo projetivo do par é a luta contra a pulsão de morte e a busca de restauração narcísica da boa parte do outro; cada um confrontado com suas pulsões de morte utiliza o outro como suporte externo ao mesmo tempo do bom e do mau objeto.

A fim de melhor esclarecer as colocações de Lemaire quanto às implicações da pulsão de morte na estruturação narcísica do casal, tomemos algumas considerações feitas por Green (1988) em seu estudo sobre o narcisismo de vida e narcisismo de morte.

André Green (1988) é um dos raros autores que mais insistentemente buscou a articulação da teoria do narcisismo com a da última teoria das pulsões. Assinala a existência de um narcisismo de morte que denomina narcisismo negativo. Distingue, portanto, dois tipos de narcisismo primário: narcisismo de vida, ou positivo, e o narcisismo de morte ou negativo que, ao contrário do primeiro, visa a abolição da unidade na aspiração ao zero (abolição das tensões até o nível zero). Acredita Green que todo investimento do objeto, assim como do "eu" implica seu duplo

invertido que visa um retorno regressivo ao ponto zero (narcisismo absoluto).

As colocações de Lemaire, no tocante, ao jogo projetivo do casal contra a pulsão de morte refere-se à luta do casal contra esse narcisismo absoluto - narcisismo negativo. Lemaire ressalta que o estado fusional, em que se encontra o casal, ao alcançar grande intensidade leva a uma "regressão aniquilante", a um retorno ao grande todo, ao nada, ao zero do tempo.

Dentro desse contexto, uma das leituras possíveis sobre a situação da esterilidade perpassam duas hipóteses, a princípio contrárias, porém não excludentes, as quais são:

a) o pacto de morte, para o qual aponta o narcisismo em última instância, estaria projetado na possibilidade do filho (o filho estaria no lugar da não vida, da morte conjugal) impedindo a preservação da restauração narcísica positiva do casal;

b) por outro lado, a própria busca do filho-vida poderia estar significando a luta contra a intensificação da fusão narcísica do casal, que aponta para a estagnação. "Um casal sem filho, a vida fica sem sentido, não há vida" (comentário de um casal estéril em atendimento).

Podemos também considerar essas duas hipóteses como "duas faces da mesma moeda". O casal embora queira manter a fusão conjugal teme a consequência provocada pela intensificação dessa fusão (estagnação), o filho impede a exarcebação dessa fusão e aí é buscado. Porém, ao mesmo tempo, a entrada do filho interfere na fusão estabelecida e por isso é evitado. Quer o filho e evita-o ao mesmo tempo ou vice-versa. Esse jogo conflitivo é transcrito na duração da infertilidade com suas alternadas buscas de tratamento para solucioná-la.

Outras contribuições teóricas, entre elas as de Kohut (1984) e Rosenfeld (1971), poderiam nos ser úteis para a compreensão dos aspectos narcísicos do casal. No entanto, nos é suficiente a contribuição de Lemaire quanto à constatação, a nível narcísico de complementariedade psíquica, presente no casal, e a existência de estratégias defensivas frente a mesma.

Retomando a idéia de que as estruturas psíquicas particulares de cada pessoa determinam a sua organização conjugal, diríamos: na organização psicológica do casal frente à situação de impedimento procriativo o aspecto narcísico pode vir a ser um dos fatores dessa organização.

O casal estéril, certamente, guarda em sua intimidade ferimentos narcísicos que o "desejo" da presença e a própria ausência do filho podem expressar.

A complementariedade narcísica representa um dos possíveis determinantes da estruturação do vínculo conjugal.

Visto que o vínculo conjugal se estabelece a partir da busca do outro como suporte complementar, a escolha do parceiro é o berço da estruturação psicológica do casal.

Assim sendo, o reconhecimento da manifestação de alianças interpéssicas no âmbito da esterilidade nos leva a considerar mais detalhadamente a estreita relação entre a escolha do parceiro e os aspectos inconscientes organizadores do casal. Para tal, nos remeteremos aos aportes teóricos de Eiguer (1983) e Willi (1978).

A ESCOLHA DO PARCEIRO E OS ASPECTOS ORGANIZADORES DO CASAL

A escolha do parceiro não é feita ao acaso. Os elementos inconscientes de ambos estão em jogo e as necessidades pessoais buscam aí um equilíbrio. O entrecruzamento de objetos inconscientes instala um mundo objetal partilhado assumindo assim uma dimensão organizadora.

Diversas modalidades de escolha do parceiro têm sido abordadas desde o ponto de vista de uma complementariedade de necessidades (Winch, citado por Eiguer, 1983), da semelhança de estruturas de personalidade ou de perturbações psíquicas análogas

(Kreitman, citado por Eiguer, 1983).

As discussões geradas sobre a questão da escolha do parceiro apontam correntes diversas quanto às regras da homogamia (os semelhantes se unem) e as regras da heterogamia (os contrastes se atraem). Esta polêmica sobre a atração por semelhança ou por diferença é bem discernida por Willi (1978) quando traz à tona o interjogo progressivo e regressivo(1) que habita os processos colusivos do casal, demonstrando que pode haver contrastes e semelhanças no seio da constituição conjugal. Uma mulher passiva (extremo regressivo) que busca um homem ativo (extremo progressivo) pode estar projetando no outro a sua atividade e vice-versa. As faces dos conflitos inconscientes são intrinsecamente ambíguas e, portanto, fonte de complementariedade.

A abordagem da escolha do parceiro tem nos estudos freudianos sua base pioneira, elaborada através da teoria dos investimentos libidinais onde estão distintos três tipos de escolha objetal: narcísica, anaclítica e edípica. Eiguer (1983), a partir de sua preocupação com a escolha do parceiro, articula esses fundamentos freudianos expondo que na escolha narcísica, o

(1) O processo colusivo apresenta um aspecto regressivo e outro progressivo. Na colusão anal-sádica, por exemplo, o extremo regressivo é suportar com passividade a direção do cônjuge e fazer-se totalmente dependente dele; o extremo progressivo é reter o outro para si e conduzi-lo totalmente.

indivíduo busca um objeto que se assemelha ao que se é, ao que se foi, ao que se gostaria de ser, à pessoa que foi uma parte de si própria. Na escolha anaclítica, busca-se um parceiro que funcione como um apoio (mãe ou pai da infância), ligado à pulsão de conservação. Na escolha edípica, o objeto amoroso é escolhido segundo o modelo parental idealizado no sentido da conciliação entre desejo, angústia de castração e identificação.

A escolha do parceiro é considerada por Eguer (1983) como o primeiro organizador inconsciente da estrutura familiar. Esta perspectiva pode vir a reafirmar o fato de que as expectativas frente a formação da família (existência ou não de filhos) estão aí delineadas.

Vejamos alguns pontos relevantes encontrados nos três tipos de escolha de parceiro propostos por Eguer (1983):

1. Escolha Narcisista

A escolha feita segundo um modelo narcisista refere-se aos casais em que um dos parceiros sofre de um problema psíquico grave. A relação bipessoal demonstra ser infiltrada por uma indiferença afetiva e também por uma arrogância afixada diante do outro a propósito das relações sociais. Esta arrogância desperta o interesse do parceiro narcisista complementar que idealiza o sedutor projetando sobre ele seu ego ideal narcisista a fim de poder identificar-se com ele e dele se emprestar um ego aceitável.

A escolha não se faz para resolver a incompletude bissexual, mas porque o outro se ama fortemente e é isto que o torna atraente.

Este modelo é considerado o menos aberto, pelo fato de que a presença dos filhos não aparece como um enriquecimento funcional.

2. Escolha Anaclítica

A base deste tipo de escolha é um sentimento de falta ou de perda diferenciado do sentimento de castração da escolha edípica. Trata-se aqui da não superação da posição depressiva: a angústia pela perda, o temor da solidão e a impossibilidade de encontrar os meios de chegar a um processo reparador (Klein, 1940; citado por Figuer).

Uma das situações possíveis encontra-se, por exemplo, nos dois parceiros sofrendo de perdas. Um dos dois se propõe a ajudar seu semelhante, renunciando às suas próprias necessidades pessoais. O afeto que seduz é a tristeza. O estado amoroso alimenta-se da dor psíquica, ultrapassa a perda por um encontro que deveria substituir "fantasmaticamente" o objeto perdido.

Outra situação ocorre quando cada parceiro idealiza um personagem, que tenha desempenhado papel central em sua vida infantil. A atração se dá através do personagem idealizado respectivo. Aqui o objeto idealizado é aquele que vem preencher o sentimento de abandono infantil.

A necessidade de preenchimento de "faltas", às vezes, incita o outro, que utiliza isso perversamente para poder exercer, assim, uma dominação. O mais comum nos casais anaclíticos é estes terem o encontro de amor marcado através de uma situação de luto para ambos ou para um deles.

3. Escolha Edípica

O "édipo" e suas transformações é considerado o fator peculiar da organização familiar.

O jogo de amor intenso, e incestuoso outrora proibido agora é liberado para ser vivido em outro vínculo. O casal vive através da relação amorosa a liberdade de escolher outro objeto de amor. Nesse sentido, a volta da situação edípica acentua a denegação do fantasma de castração. A castração se apaga ao mesmo tempo que sua ameaça.

A escolha edípica é vista como a mais adulta, própria das estruturas neuróticas e normais.

Eiguer (1983) encara a organização do vínculo amoroso dando primazia ao Édipo. Apesar de dispensar atenção aos caracteres narcísicos e anaclíticos da escolha do parceiro, nos dá a entender que o momento da constituição do casal está, de todo modo, remetido às vivências edípicas de cada parceiro. A relação bipessoal se alimenta da descoberta de um parceiro que é uma redescoberta e que ao mesmo tempo é um resultado do amor infantil.

A escolha do parceiro sendo regida pelas representações das experiências infantis com relação aos pais e ao vínculo pai-mãe, funda o mundo fantasmático do casal e posteriormente, com o nascimento do filho, da família.

Se a escolha do parceiro é, como diz Eiguer, o primeiro organizador da vida familiar, a vinda do filho tem, nas raízes dessa escolha, sua possibilidade ou impossibilidade.

Um estudo anterior ao de Eiguer, e sobre o qual já anunciamos a sua importância no campo da dinâmica conjugal, é desenvolvido por Willi (1978). Aliando o pensamento psicanalítico à teoria da comunicação, Willi considera a relação de casal como um sistema integral, um organismo total, onde os modos de relação dos cônjuges em conflito dependem um do outro de forma circular.

Jürg Willi (1978), é quem mais consistentemente se dedica à questão da escolha do parceiro em suas raízes inconscientes e intrínsecas à organização conjugal. Parte do pressuposto de que as fantasias nunca expressadas que inquietam e unem a ambos os cônjuges constituem uma predisposição para a formação de um inconsciente comum. Traça, à partir daí, o seu conceito de colusão, que diz respeito ao jogo inconsciente mantido pelo casal em função de um conflito similar não superado.

O casal se une por supostos comuns fundamentais quase sempre inconscientes. As idéias comuns e as fantasias inconscientes formam a base emocional da atração mútua e da intensidade de sua vinculação, e assim também formam a base do conflito do casal.

Segundo Willi (1978) as premissas fundamentais comuns inconscientes desenvolvem na relação bipessoal uma dinâmica no sentido da complementariedade expostas em diferentes tipos de colusão: colusão narcisista, colusão oral, colusão sádico-anal, colusão fálico-edípica.

Os quatro tipos de colusão propostos por Willi baseiam-se em temas fundamentais, que correspondem aos graus evolutivos da primeira infância, conforme descrito pela psicanálise. A escolha de parceiro, portanto, se dá de acordo com esses organizadores inconscientes do casal.

1. Colusão Narcisista (amor como ser uno)

Até que ponto o indivíduo pode continuar sendo ele mesmo numa relação de casal? Até onde devem ir os limites de cada um e até onde podem se fundir um com outro?

Neste tipo de colusão a manutenção da relação depende de um dos dois renunciar seu ponto de vista em favor do outro.

O narcisista deseja fazer-se admirar. O parceiro complementar entrega-se totalmente ao seu companheiro, renunciando o sentimento de si mesmo para elevar o "si mesmo" da pessoa com quem se identifica. O narcisista complementar também se acha estruturado no estilo narcisista, sendo que com sinais externos invertidos. Ambos manifestam as mesmas perturbações básicas - o "um mesmo" mal configurado, com sua delimitação em perigo. Estes parceiros distinguem-se apenas quanto à forma de defesa, ou seja, enquanto o narcisista pretende revalorizar-se através do outro, o narcisista complementar aspira conseguir no seu parceiro um "si mesmo" idealizado. Nesse sentido, buscam no acasalamento a própria realização pessoal.

A escolha narcisista se baseia em encontrar uma pessoa que não tenha aspirações próprias, que se proponha a adorar e

idealizar o outro, entregando-se totalmente e vivendo só para isso. Esse narcisista complementar, em seu deficiente sentimento de "si mesmo" renuncia à aspiração de um "eu mesmo" próprio e projeta suas imaginações ideais no seu parceiro e se identifica com ele. Encontra no outro um "eu mesmo" substituto idealizado e os dois cônjuges se completam de forma ideal. O narcisista se sente grandioso por ser objeto de estima de seu companheiro e este é feliz porque pode identificar-se com o narcisista idealizado.

O acordo secreto da colusão narcisista é conseguir a harmonia primitiva da fusão. Se fundem na medida em que um se vê no outro e este outro sobrevive à partir da idealização que lhe é atribuída.

Frequentemente, os casais estruturados segundo um modelo narcisista não tem filhos porque se considerariam explorados por eles. Quando se casam, querem o parceiro total e inteiramente para si.

2. Colusão Oral (amor como ser cuidado)

Até que ponto na relação conjugal um deve preocupar-se com o outro, sustentando-lhe, cuidando-lhe, ajudando-lhe? Um ser para o outro uma mãe/pai, que oferece tudo inesgotavelmente.

A relação conjugal oral configura-se a partir da idéia de que um como mãe(pai) tem que cuidar do outro como a uma criança desamparada.

A "mãe adotiva" em sua esfera de ação é competente e ativa. Sua eximada dedicação é realizada por consideração a si mesma e não espera nenhuma contraprestação. Se o parceiro prescinde de seu apoio, a relação ameaça desmoronar.

Nesse tipo de colusão estão em destaque três aspectos: complexo de inferioridade, dependência da mãe e incapacidade de firmar suas próprias reivindicações.

O colusivo complementar para poder substituir a perda da mãe coloca-se em seu lugar e trata os demais como queria ser tratado por sua mãe.

O "filho adotivo", por sua vez, quer ter satisfeito passivamente na relação suas necessidades orais. Sofre ante o medo de que seu parceiro possa decair em sua dedicação. A esposa tem que responder à imagem de uma mãe ideal.

Ambos experimentam, na sua escolha de parceiro, um substancial crescimento de sua própria auto-estima: o "filho adotivo" pela grande dedicação que recebe; a "mãe adotiva", pela

missão de cuidadora, que lhe proporciona uma imagem de si mesma claramente definida.

Os cônjuges se complementam em suas defesas. O parceiro oral já não tem que preocupar-se pela satisfação constante de suas necessidades, porque se dá conta de que seu parceiro assume essa missão, não só por consideração a ele, senão para atingir seus próprios desejos. O oral complementar já não se sente ameaçado pelo seu companheiro, pois se dá conta que este não se dobra passivamente aos seus cuidados e sim tem medo de perder a dedicação carinhosa.

Enquanto na colusão narcisista a fantasia comum é - um é o outro (um é o ideal de ego do outro), na colusão oral a fantasia partilhada é a simbiose mãe-filho - cuidar e ser cuidado.

3. Colusão Anal-sádica (amor como pertencer um ao outro)

Um entrega-se a dependência do outro e esse outro controla todos os seus atos e pensamentos não tendo o primeiro autonomia.

O caráter anal de relação caracteriza-se pela ambivalência de emparelhamentos de contrastes como atividade-passividade, autonomia-heteronomia, domínio-docilidade, sadismo-masochismo, entre outros.

Essa forma de colusão resulta do jogo conjunto de um caráter anal ativo com outro passivo, ou seja, diz respeito a uma relação do tipo dominante-dominado.

O dominante ativo controla tudo o que o outro sente e pensa, isso em nome do amor que diz ter pelo outro. Busca sublimar o próprio desejo de dependência, fazendo o outro dependente. Este cônjuge tem seu temor de separação projetado no parceiro.

O dominado, ou passivo anal, comporta-se regressivamente e no fundo se alegra de não ter que se preocupar com a superação de nenhum problema. Deixa tudo sob a responsabilidade do outro e assim torna-se protegido e assegurado por este. Aceita a posição de dependência e assim se assegura regressivamente contra os temores de separação e ficar só.

Ambos escondem em seu acordo secreto o medo da solidão e do abandono.

Na escolha de parceiro, o cônjuge ativo busca um parceiro dependente, passivo e irresponsável para que possa ser forte, autônomo e poderoso.

A colusão anal-sádica pode manifestar-se de diferentes formas:

a) colusão sado-masoquista - esta é uma forma mais elevada da relação dominante x dominado. Caracteriza-se pelo jogo bipessoal do atormentar e deixar-se atormentar. Os sádicos padecem de fortes temores de impotência, que tentam superar por meio de uma atitude de poder supercompensadora; projetam sua dependência no parceiro passivo e masoquista. Os masoquistas não se deixam martirizar sem mais nem menos. Sabem dar tal forma à situação de ser atormentado que o torturador se converte em torturado (através de sua docilidade o masoquista provoca culpa no sádico).

b) a luta matrimonial pelo poder - esta forma de colusão anal refere-se ao caso clássico de relação simétrica, em que ambos se combatem por razão de fantasias fundamentalmente semelhantes - 'devo dominar o outro se não quiser ver-me dominado por este'. Conquistar o poder é superar o sentimento da própria impotência. Ambos se dedicam ao ataque sem descanso prevenindo a possibilidade de poder ser atacado e dominado pelo outro. No fundo, os dois cônjuges aspiram um amor carinhoso com troca de cuidados, porém não podem manifestar essas necessidades pois temem perder sua autonomia. Precisam um do outro para proliferação de suas funções de defesa.

c) ciúme (zelo) - infidelidade - O conflito subjacente desta forma de relação é a aspiração da autonomia e o temor da separação. O cônjuge zeloso controla todos os movimentos do parceiro em nome da

preservação do ninho familiar. O infiel rebela-se, como um adolescente, contra os valores do seio familiar e comporta-se como aquele que vai provocar o desenlace. O temor é de que se ambos se comportam com liberdade e autonomia a relação se desmorone.

4. Colusão Fálico-edípica (amor como prova de eficácia masculina)

Até que ponto como mulher deve-se renunciar às qualidades masculinas em favor do marido e apoiar-se nele de forma passiva? O homem está obrigado a portar-se sempre de forma masculina - forte ou pode ceder às tendências passiva?

A colusão fálico edípica se refere às atitudes neuróticas errôneas com respeito ao papel sexual, atitudes que na mulher se manifestam em uma aparente feminilidade reprimindo as tendências masculinas, e no homem ocorre uma aparente masculinidade que reprime as inclinações passivo-femininas.

Em ambos os cônjuges encontra-se um núcleo conflitivo, previamente existente, com respeito ao papel masculino. Os dois padecem de um complexo de Édipo não resolvido com o progenitor de sexo contrário e, também, com o progenitor do mesmo sexo, o qual não pode tomar como modelo de identificação.

Na colusão fálica o marido busca conscientemente um bom papel masculino e a mulher, a aceitação da posição passivo-feminina. Ambos deslocam para os seus parceiros as tendências passivo-femininas, no caso do homem, e as aspirações próprias ao papel masculino, no caso da mulher. Se rebelam contra qualquer ameaça de destruição de seu modelo conjugal onde o marido tem que ser sempre forte e superior e a mulher, débil e necessitada de ajuda. A manutenção deste modelo lhes permite a identificação projetiva recíproca. Por outro lado, com a intensificação da relação, o jogo projetivo nem sempre é suficiente e são aflorados as fantasias de vingança e castração - a mulher ao mesmo tempo que quer um marido potente, não pode suportá-lo, pois isto reativa a sua inveja, e se, ao contrário este lhe priva de satisfação sexual, perde a oportunidade de ter um substituto masculino em seu marido.

No que se refere especificamente ao aspecto edípico, escolhe-se um parceiro porque este se parece ao progenitor de sexo oposto, ou precisamente porque não se lhe parece em nada. O ponto referencial de escolha, nas duas situações, é o mesmo.

Os quatro tipos de colusão intentam mostrar como os cônjuges devido a uma fantasia inconsciente que inquieta a ambos, vão intrincando-se num conflito que possui certas notas estruturais típicas.

Os processos colusivos não são categorias matrimoniais e sim princípios dinâmicos fundamentais que determinam a organização inconsciente do casal e, portanto, sua estruturação vincular.

É de acordo com o vínculo estabelecido que o casal lida com sua esterilidade ou mesmo a constitui.

O casal estéril estruturado segundo um modelo narcisista, certamente, programa inconscientemente um casamento sem filho, a fim de proteger o acordo de dedicação exclusiva. O filho seria uma traição a esse ideal comum. O casal narcísico que em outra situação poderia ter na existência do filho a possibilidade de projeção de sua fusão (o casal fundido no UM-filho), na situação de esterilidade tem na possibilidade do filho, a ameaça de quebra da fusão. Embora possamos dizer que o casal estéril merece uma avaliação cuidadosa quanto aos seus aspectos narcísicos, é na colusão oral que a esterilidade ganha uma dimensão mais real e mais facilmente identificada clinicamente. Pouparamos neste momento maiores comentários acerca desse tipo de organização conjugal, visto que esta questão apresenta-se exaustivamente trabalhada através da ilustração do caso de Luiz e Clarice (caso no. 1), conforme veremos no próximo capítulo desta dissertação.

O tipo de colusão anal-sádico pode ser visto a partir das implicações inerentes ao impacto psicológico da infertilidade. A

impossibilidade de procriar pode vir a acentuar o jogo dominante-dominado característico dessa forma de organização conjugal. Temos no jogo de culpa, fato comum na experimentação da esterilidade, a expressão maior dessa luta de poder dissimulada. Normalmente o cônjuge passivo assume a responsabilidade pela infertilidade e dedica-se frontalmente ao trabalho de fertilidade, ao mesmo tempo que usa esse empenho como forma de controle sobre o parceiro, exigindo-lhe maior atenção e cuidados com a relação, em nome de que seu investimento procriativo não seja prejudicado.

A configuração conjugal fálico-edípica nos remete a algumas reflexões no campo da esterilidade conjugal, reflexões estas ainda um tanto embrionárias e, por isso, serão apenas elucidadas sem nenhuma intenção conclusiva.

Poderíamos dizer que o evento da parentalidade retoma as inscrições das identidades sexuais inauguradas no desfecho edípiano. A colusão fálico-edípica, no que concerne à rivalidade pelos papéis masculino e feminino, tem relevância para a situação de esterilidade na medida em que a inexistência de filho permite aos cônjuges manifestarem suas tendências masculinas (no caso da mulher) e femininas (no caso do homem) reprimidas. A mulher não precisa ficar passivamente cuidando do filho e o homem não tem de ser forte e eterno provedor da família. Nesse sentido, a esterilidade pode vir servir ao apaziguamento das rebelações

inconscientes, quanto aos entraves ocorridos por ocasião dos processos identificatórios da fase edipiana.

Avaliando ainda a questão sob outro aspecto, temos que a mulher, ao deter o controle sobre o desempenho sexual do marido, conforme evidencia-se no interjogo fálico-edípico, é considerada por este traidora e castradora diante do fato desta não lhe dar um filho. Ao mesmo tempo, a mulher sentirá comprovada a sua castração por sua incapacidade de tornar viril o seu parceiro. A questão que fica aí em aberto é: em que sentido se inscreve a esterilidade quando se traz a tona o evento da castração? A infertilidade poderia estar atuando no sentido primitivo e, portanto, afastando a ameaça de castração, por outro lado a experimentação da impossibilidade de procriar pode ser vivida como a prova concreta da castração exacerbando, assim, um sentimento persecutório constante.

Diríamos que a esterilidade pode vir a ferir duplamente a ambos os cônjuges, seja pela impossibilidade do filho e o significado da castração que lhe impõem, seja pela exacerbção dos conflitos ligados à vivência da bissexualidade desencadeados através da manutenção da esterilidade.

Fazendo uma breve articulação entre os autores até então mencionados que sistematizaram uma classificação quanto ao estabelecimento do vínculo conjugal temos que: as colusões oral e

anal propostas por Willi (1978) correspondem ao que Eiger (1983) denominou escolha anaclítica. Quanto à sucinta descrição de Cahen (1989), exposta no final do capítulo 2, sobre os dois tipos de colusão estéril, podemos entender que a colusão "casais em espelho" diz respeito tanto ao tipo narcisista nas referências de Willi (1978) e Eiger (1983) quanto ao tipo anaclítico mencionado por Eiger (1983). O segundo tipo de colusão estéril referendado como modelo edípiano pode ser identificado como oral-edípica segundo Willi (1978) e como anaclítica, segundo Eiger (1983).

Vimos que o comportamento individual, na dinâmica conjugal, é determinado por meio da ação mútua dos dois cônjuges, onde a conduta de um dos elementos só é possível se assim lhe permite a conduta do outro. E é essa ação conjunta que traduz a própria complementariedade.

Reafirmamos que a avaliação da dinâmica conjugal em esterilidade, de acordo com o significado que esta esterilidade tenha para o casal como entidade, perpassa as alianças interpsíquicas demarcadoras do vínculo conjugal.

CAPÍTULO 4

ESTERILIDADE CONJUGAL: CASOS CLÍNICOS

Este capítulo apresenta a análise de quatro casos clínicos na tentativa de ilustrar a nossa proposta de abordagem da esterilidade.

O estudo de casos realizado, embora possa sugerir prognósticos de esterilidade conjugal típica (ver capítulo 1 desta dissertação), merece, desde já, a ressalva de que para afirmar que as motivações inconscientes estejam aí representando o conteúdo prevalente da situação de esterilidade, seria necessário o seguimento do acompanhamento de cada caso. Queremos deixar claro, portanto, que a análise elaborada articula hipóteses clínicas viáveis dentro do contexto de cada caso.

O reconhecimento desta consideração acima mencionada, não inviabiliza a concepção de que o vínculo conjugal estabelecido tem suas implicações no processo procriativo, seja contribuindo em sua determinação, seja delineando a organização psicológica do casal frente à situação. Esse é o sentido mais importante da nossa argumentação sobre uma estratégia de abordagem de esterilidade conjugal.

Os casos aqui apresentados fazem parte da população que procura o ambulatório de esterilidade do IG-UFRJ. Aproveitamos, como campo de estudo, a rotina natural deste ambulatório onde todas as pessoas que buscam ajuda são primeiramente atendidas no grupo de pré-atendimento (grupo sessão única com casais estéreis, coordenado por psicólogo com a participação da equipe de saúde) que funciona como o primeiro momento do tratamento. O atendimento prossegue através das consultas médicas e grupos de sala de espera (grupo coordenado por psicólogo com a participação da equipe de saúde).

Neste primeiro momento, quando ocorre o atendimento grupal ao casal, é sugerida a consulta psicológica preliminar (entrevista psicológica individual do casal - sessão única). Utilizamos esse espaço de consulta individual do casal para elaborarmos um estudo sistematizado. Durante seis meses passamos a sistematizar a nossa escuta e informar ao paciente que aquele atendimento era em especial importante para podermos entendê-lo melhor e atendê-lo mais eficazmente, por isso gravariamos a entrevista a fim de facilitar nossos estudos. Nesse período construímos e aplicamos uma entrevista clínica semi-estruturada. Dos trinta casais envolvidos nesse processo, selecionamos quatro casos, tendo como critério as gravações mais audíveis, e as entrevistas que apresentaram maior riqueza de conteúdo.

A ENTREVISTA: CONSTRUÇÃO, CONDUÇÃO E ANÁLISE

Inicialmente acreditávamos que, através de uma entrevista estruturada, colheríamos os dados representativos de todas as questões suscitadas ao longo da prática de atendimentos a casais estéreis, as quais nos motivaram a desenvolver este trabalho. As primeiras entrevistas, entretanto, mostraram-se insatisfatórias, apresentando dados superficiais, aquém do conteúdo básico a ser investigado - aspecto interpósíquico da esterilidade conjugal. Diante deste problema, entendemos que não poderíamos descartar uma abordagem clínica, uma vez que intentávamos ter acesso ao conteúdo "mais profundo" inerente a psicodinâmica do casal estéril. A partir daí reelaboramos nosso procedimento e passamos a utilizar uma entrevista clínica semi-estruturada.

A entrevista clínica semi-estruturada traduz-se como um atendimento clínico de sessão única que segue um roteiro de questões as quais funcionam como pontos a serem abordados e explorados de acordo com a significação que tenham para esterilidade conjugal de cada caso. Resulta numa consulta psicológica do casal estéril e tem duas horas e meia de duração.

O roteiro da entrevista foi elaborado tendo em vista questões que pudessem elucidar, através de uma única entrevista, os aspectos psicológicos pessoais e interpessoais (conjugais), e suas implicações no contexto da esterilidade.

Roteiro da Entrevista

1. Por que vocês querem ter filho?
2. Há quanto tempo tentam ter filho e não conseguem?
3. Do ponto de vista de vocês por que não estão conseguindo ter filho?
4. Como vocês se sentem não podendo ter filho?
5. O quê acha que os outros pensam de vocês pelo fato de não estarem conseguindo ter filho?
6. Quantos são na família de cada um de vocês? (genograma)
7. Como é a vida sexual de vocês?
8. Falem um pouco do casamento de vocês?
9. Mesmo querendo ter esse filho, já chegaram a ter alguma dúvida quanto a este querer? Já tiveram dúvida sobre se o outro (parceiro) quer? Já pensaram em desistir? E se um dos dois desiste o que acontece?
10. O que farão se não conseguirem ter filho?

As primeiras cinco questões deste roteiro, traçam um panorama geral da situação em que se encontra o casal: sua história clínica da esterilidade; o modo como se posicionam e se sentem diante do problema, incluindo aí suas expectativas e percepções a partir da atribuição causal frente a esterilidade.

As questões 6/7/8, funcionam como determinantes significativos do nosso núcleo investigativo. Estas questões ao propiciarem uma articulação dinâmica dos aspectos complementares estabelecidos no vínculo conjugal e por conseguinte a inscrição dos processos colusivos dentro do contexto da impossibilidade de procriar, permitem a análise do significado do filho, assim como do significado da esterilidade para o casal.

Reafirmando, este roteiro funciona como um guia a propósito de uma entrevista de caráter focal. A entrevista clínica semi-estruturada é o nosso instrumento básico de pesquisa, porém, é precisamente a forma como é utilizado que permite a coleta de dados relevantes ao nosso enfoque psicodinâmico de análise. Aproveitamos ainda esta consideração para justificar que, utilizamos o genograma, como apoio técnico, para colher o conteúdo latente de difícil acesso nesse tipo de entrevista. O genograma, diferentemente da árvore genealógica, implica um caráter projetivo, provocador de um debate entre a realidade histórica e a própria realidade psíquica.

A análise do material baseia-se nas considerações teóricas abordadas nos capítulos precedentes, privilegiando os aportes correspondentes à psicodinâmica conjugal (Willi, 1978; Lemaire, 1971; Eiguer, 1983).

A metodologia que empregamos, tanto na condução da entrevista quanto na sua subsequente análise, encerra uma escuta de caráter psicodinâmico que se aproxima do procedimento clínico investigativo. Nesse sentido, os quatro casos clínicos estão aqui apresentados dentro do contexto de sua análise.

CASOS CLÍNICOS

CASO No. 1

NOME:Clarice IDADE:34 anos PROFISSÃO:Auxiliar de Escritório
Luiz 28 anos Eletricista

A. HISTORIA CLINICA DA ESTERILIDADE

Clarice e Luiz estão casados há um ano e cinco meses, ambos pela primeira vez. Evitaram filho durante os primeiros três meses de relacionamento - decisão tomada por Clarice pelo fato do casamento ser recente. Três meses após a interrupção da pílula, decisão também tomada por ela devido ao avanço de sua idade, procuraram um médico particular. Interromperam o tratamento antes mesmo da conclusão do diagnóstico, e alguns meses depois vieram procurar o hospital através da indicação de amigos que aqui obtiveram sucesso.

B. O CASAL DIANTE DO PROBLEMA

"Acho que o problema é meu. O primeiro médico falou da possibilidade de eu ter algo no útero (...) já tive relação com outro cara, antes dele, e mesmo sem evitar, nunca engravidei. (...) O problema que acho que ficou foi o da minha mãe, sempre teve partos difíceis, morreu de parto, então acho que o problema deve ser meu". (Clarice)

A atribuição da causa do problema feita por este casal assinala que a "culpa" da esterilidade é assumida pela mulher. Clarice associa a razão do não ter filho ao fato de sua mãe ter vivido partos difíceis e ter morrido de parto. Essa ligação vai se acentuando ao longo da entrevista, principalmente no momento da investigação da história familiar, conforme iremos demonstrar.

Luiz, ao ser requisitado a falar, diz que o problema pode ser tanto dele quanto dela, e cabe ao médico julgar.

O fato de não estarem conseguindo ter filho faz com que se vejam diferentes das outras pessoas e se sintam inferiores, complexados e feridos em suas virilidades. Esses sentimentos são exacerbados com a ocorrência de cobranças por parte de familiares e amigos. Reagem a essas cobranças ora negando, para as pessoas, o desejo de ter filhos, ora comunicando a tentativa de tratamento. O

segundo tipo de reação se dá quando se trata de pessoas mais íntimas ao casal.

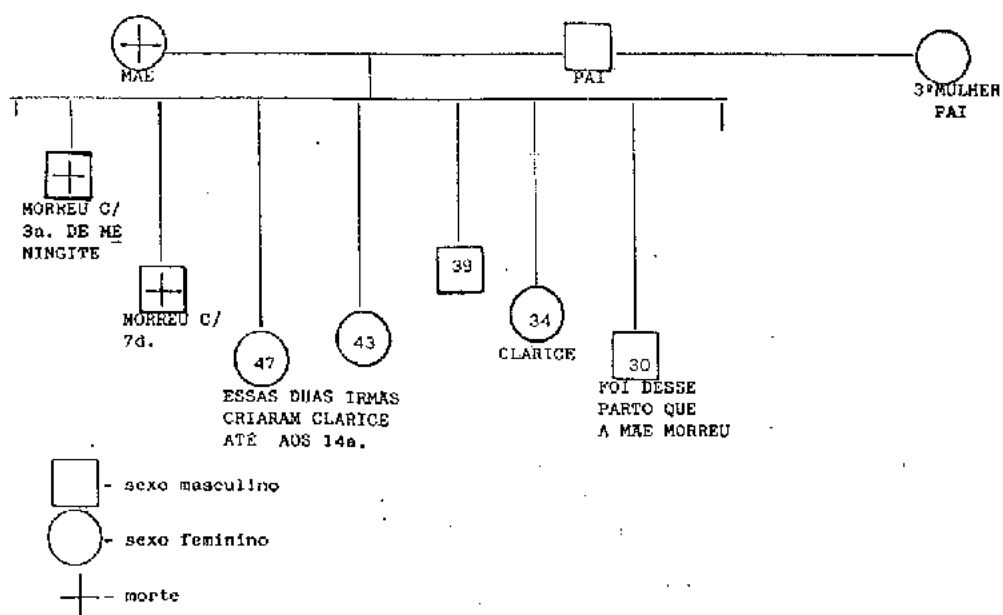
A medida em que vão falando de seus sentimentos, fica aparente que a expectativa em relação ao filho está ligada à necessidade de mudarem como pessoas, amadurecerem, e, além disso, obterem maior satisfação no casamento. Para Clarice, a mulher, ao ter filho, muda seu modo de agir, fica mais responsável, amadurece - "(...) e também vou me sentir mais mulher se conseguir conceber uma criança". Luiz concorda inteiramente com sua mulher e enfatiza não ter dúvida de que o filho vai fazê-lo se sentir outra pessoa. Ambos acreditam que o filho completa o casamento; porém, em vários momentos da entrevista, discutem sobre a possibilidade de desestruturação do casal a partir da entrada de uma criança. Luiz, por seu lado, teme ser preterido com a chegada do filho. Clarice, embora assegure que isso não irá acontecer, admite que o afastamento entre o casal é algo que costuma observar acontecer com pessoas amigas.

A impossibilidade de procriar é vista como uma falha para o casamento, apesar de "filhos perturbarem a união conjugal". A questão do filho mostra-se ameaçadora para o casal tanto pela possibilidade de sua presença (filho afastando o casal) quanto pela confirmação de sua ausência (Clarice teme ser trocada por outra mulher se não conseguir engravidar).

Podemos demarcar, desde já que o significado do filho para este casal (expectativa de crescimento pessoal), denuncia necessidades referentes ao amadurecimento psicosexual infantil. Para ser mãe(pai) é preciso não ter mais necessidades de ser filha(o) (Langer,1981). É nesse contexto que nos parece estar inscrito o conflito básico complementar deste casal, para o qual a esterilidade tem uma significação especial.

C. O CASAL E SUAS FAMÍLIAS DE ORIGEM

CLARICE



Clarice contava com 4 anos quando sua mãe morreu de parto. Inicia o relato da morte de sua mãe pela lembrança do seu nascimento, dizendo já ter sido um parto difícil para a mãe,

ocasião em que o médico preveniu que não deveria mais ter filho. Relembra o dia da morte da mãe com muita tristeza, e diz que, desde então, não lembra mais nada de sua infância. Assinala que ficou com essa coisa na cabeça: vai morrer como a mãe.

Depois da morte da mãe, todos os filhos ficaram com o pai. Algum tempo depois, seu pai casou-se mas logo separou, segundo Clarice, porque a mulher maltratava a ela e seus irmãos. A segunda madrasta morreu de diabete quando Clarice tinha 24 anos. Muito apegada a essa madrasta, sofreu muito com sua morte. Em seguida o pai casou-se outra vez. A terceira madrasta ficou doente e assim é até hoje, por este motivo, Clarice e seu marido moram com eles (pai e madrasta) para que possam tomar conta do pai.

Ao reviver a perda da mãe comenta que "nunca teve amor de mãe" e por isto é muito apegada ao irmão caçula, tentando amenizar a revolta sentida por ele de ter ocasionado a morte da mãe.

Clarice exerce a função materna em relação ao pai, ao irmão e ao marido. No entantô, a maternidade biológica parece-lhe ainda assustadora, uma vez que imagina poder ter a mesma sina de sua mãe.

A maternidade em sua família tem a representação de sofrimento e morte. Ao mesmo tempo 'o ser criança' também tem uma representação negativa (os dois irmãos que morreram pequeninos;

crianças cuidadas por terceiros, sem amor de mãe). Esses fatos certamente têm implicações no que se refere à hesitação frente a concepção de filho. A gravidez pode estar inconscientemente sendo evitada pelo temor de que aconteça uma tragédia.

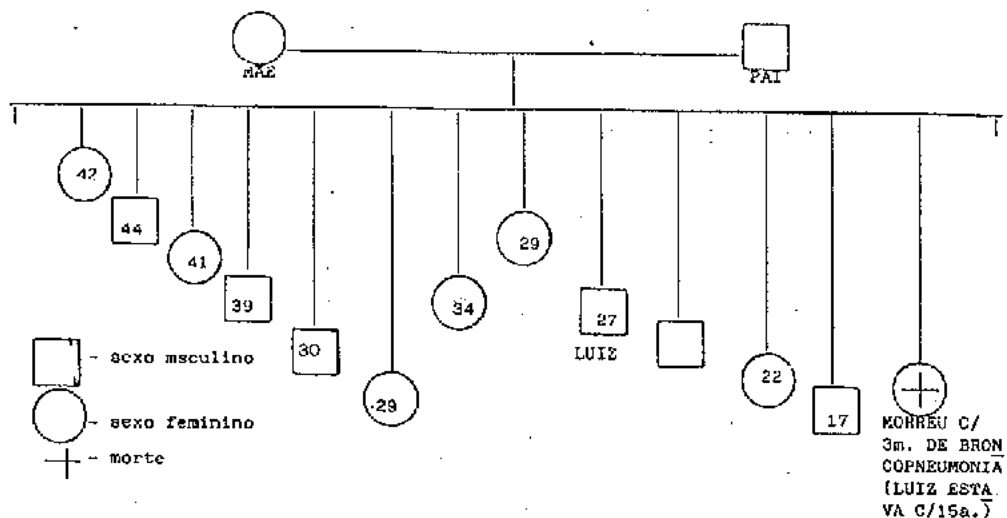
Clarice enfatiza, várias vezes, que com o parto do seu nascimento sua mãe foi proibida de ter filho e ao não cumprir esta recomendação médica, morreu de parto. Esse relato nos possibilita a seguinte compreensão: ela esterilizou a mãe com o seu nascimento e esta por querer insistir na quebra dessa esterilidade, perdeu a vida. Nesse caso haveria um sentimento de culpa por parte de Clarice onde a esterilidade seria a sua punição e insistir em não cumpri-la implica no castigo de morte (morrer de parto).

Sob outro ângulo poderíamos dizer que Clarice cumpre dívidas de lealdades invisíveis com sua família de origem, no sentido de afastar-se da maternidade, da formação de família, visto as ocorrências trágicas trazidas por essas situações. O pedido de seu pai de que não tenha filhos porque dá trabalho, vem a reforçar isso além de, por outro lado, querer assegurar os cuidados que lhe são dispensados por Clarice (o que também não deixa de configurar um pedido de lealdade por parte do pai).

Retomando o raciocínio anterior, diríamos que além do aspecto identificatório com a mãe (morrer de parto), o que também nos chama a atenção, com relação a Clarice, é a sua insistente

queixa de que não teve amor de mãe. Este é um ponto, conforme veremos, de significativa importância na constituição do seu vínculo conjugal.

LUIZ



Luiz, 28 anos, é o nono filho de uma prole de treze (seis homens e sete mulheres). O irmão caçula morreu aos três meses de pneumonia. Foi extremamente difícil montar seu genograma. Luiz não conseguia ordenar os irmãos em sequência de nascimento. Logo de início assinalou como primogênito a irmã de 42 anos e, seguido a ela, o irmão de 44 anos. A sua mulher denunciava a confusão e então ele começava tudo de novo, enrolando-se sempre. Contava nos dedos os irmãos, sendo que a ordenação que dava era separando irmãos e irmãs, ou seja, dizia em ordem cronológica o nascimento

dos homens e assim também o das mulheres, mas não conseguia intercalá-los, pô-los juntos por ordem de nascimento. Após três tentativas ficou resolvido arrumar os irmãos pelo nome, era o que lhe parecia mais fácil. Nesta última tentativa, porém, ele omitiu duas pessoas, ele e o irmão Henrique, de quem havia falado ser o preferido da mãe. Ficou muito surpreso quando tal fato lhe foi assinalado, fazendo questão de afirmar que ele e Henrique eram os dois mais unidos da família. Este é o único momento que demonstra um contato mais íntimo com a família (através de Henrique que é apegado à mãe).

Da mesma forma que não conseguiu organizar claramente o seu gráfico familiar, Luiz também não conseguiu falar a respeito de sua família e sobre qualquer outra implicação dentro desse contexto.

A expressão de sua dificuldade no tocante a esta questão nos sugere parecer haver um sentimento de indiferença afetiva no seio familiar, o que de certa forma pode estar levando Luiz a querer recompensar esta "carência" através da atenção que requisita de sua mulher. Não é por acaso que demonstra, em vários momentos da entrevista, a sua preocupação em perder o lugar de destaque perante sua mulher com a entrada do filho.

Enquanto em relação a Clarice, fica destacado a união entre os irmãos e o comentário dela de que o pai nunca os largou como

muitos fazem, em relação a Luiz fica marcante o fato de que ele não se colocou entre os irmãos e se mostrou alheio à família.

Essa última observação nos indica a linha mestra da articulação complementar entre Luiz e Clarice. O interjogo projetivo do casal tem aí o seu ponto de partida. Apesar de suas histórias apresentarem-se diferenciadas, ambos padecem de conflitos inconscientes similares quanto a necessidade de apoio afetivo.

D. RELACIONAMENTO CONJUGAL

Luiz e Clarice se relacionam como se fossem duas crianças que brincam de pai e mãe, na tentativa de juntos suprirem suas carências afetivas de atenção parental.

Clarice diz ter escolhido Luiz por este ser compreensivo e calmo. Luiz por seu lado a escolheu por ser ela explosiva e com isso instigá-lo a controlá-la. Dentro dessa complementariedade articulam um jogo que aparentemente é de dominador-dominado mas na verdade expressa a forma que encontram de chamar a atenção um do outro e assim trocarem cuidados.

Ao falarem sobre suas brigas maritais demonstram que seus desentendimentos ocorrem quando ele é o filho relápsos e ela a mãe

controladora "eu sou como a mãe dele", ou quando ela se põe rebelde e ele tem que amenizá-la.

Fica denunciado o lugar de filho(a) que ambos, alternadamente, ocupam na relação conjugal. No entanto, o modelo configurativo - mãe x filho - é o predominante no contexto relacional deste casal.

Luiz expressa claramente que teme perder os "paparicos" quando o filho entrar na jogada, "ela vai se voltar para o filho e eu fico na reserva". Ao mesmo tempo que deseja ser pai(crescer) teme a perda de seu lugar na relação conjugal. Esse é um dos aspectos de uma possível ambivalência, a nível inconsciente, frente a vinda do filho.

Um fator que se apresenta como mais consistente para questionarmos o investimento deste casal no trabalho de fertilidade encontra-se configurado na sua vida sexual.

Luiz e Clarice, a partir do momento que interrompem a contracepção alteram a forma de relacionamento sexual: os jogos sexuais preliminares se intensificam e a copulação é, cada vez mais, excluída. Clarice relata que não sabe o que houve, mas passou a ter fortes dores na penetração. E assim, ambos preferem evitar incômodos uma vez que estão satisfeitos com sua atividade sexual.

Temos um casal que quando resolve ter filho (parada da pílula) exclui a copulação de suas práticas sexuais. Clarice e Luiz, mais uma vez brincam, dessa vez de jogos sexuais infantis.

Quanto ao impacto da infertilidade na vida do casal há muito pouco a considerar, visto que sua experimentação de impossibilidade de procriar ainda é recente. Observamos, contudo, que há uma tendência de reação de isolamento (Menning, 1979), ou seja, manter segredo sobre sua esterilidade assim como evitar contatos com pessoas que façam cobranças relativas a existência de filhos.

Essa tendência ao isolamento está relacionada aos sentimentos de inferioridade e menos valia assinalados pelo casal. Tais sentimentos estão ligados a associação, que ambos fazem, entre virilidade e parentalidade.

Poderíamos considerar as alterações ocorridas na vida sexual como o primeiro organizador do quadro de esterilidade em que se encontra este casal. As implicações inerentes a esta questão apontam para uma compreensão mais profunda no tocante ao desenvolvimento psicosssexual infantil, especificamente no que se refere à imaturidade sexual.

O desvendamento da questão referida no parágrafo anterior nos exigiria um contato maior com o cliente (casal), por esta razão nos limitamos a assinalar o fato e, tomá-lo como ponto articulador da organização psicológica do casal.

E. PSICODINÂMICA CONJUGAL

Clarice e Luiz estabelecem um vínculo conjugal a partir da confluência de carências afetivas experimentadas no seio familiar. A indiferença familiar de Luiz e a queixa de não ter tido amor de mãe de Clarice, são os principais sinais da construção de seus laços conjugais.

Conforme vimos demonstrando, os componentes complementares deste casal configuram um modelo de relação do tipo mãe x filho que se expressa através de um "aparente" jogo de controle onde o objetivo é cuidar e ser cuidado. Nesse sentido estão unidos segundo o tipo de colusão oral (Willi, 1978).

A atribuição causal da esterilidade (mãe ter morrido de parto) expressa-se na relação conjugal na medida em que Clarice assume o papel colusivo complementar onde para poder substituir a perda da mãe coloca-se em seu lugar e trata o parceiro como queria ser tratada por sua mãe. Luiz, por sua vez, quer ter satisfeito através da relação, suas necessidades orais e sofre ante o medo de

que sua mulher possa decair em sua dedicação (teme ser preterido com a entrada do filho).

Outra leitura (mais individualizadora) pode ser feita com respeito ao fato de 'morte da mãe' ser considerada causa de esterilidade. Esta leitura envolve considerações a cerca dos sentimentos de culpa concernentes à relação mãe x filho, exacerbados, no caso de Clarice, com a perda real da mãe no ato do parto. Ainda assim é possível remeter este conteúdo ao vínculo conjugal: os sentimentos de culpa de Clarice frente as complicações de parto da mãe determinam o deslocamento que faz de sua tendência maternal para o marido. A não concretização biológica da maternidade é uma forma de se defender de castigos maiores. A esterilidade ao mesmo tempo que lhe serve de punição (e assim alivia sua culpa), protege-a de uma punição fatal (morrer de parto). Nesse sentido deve cumprir muito bem o seu papel colusivo oral, dando tudo inesgotavelmente ao outro e lucrando duplamente com essa dádiva, ou seja, protege-se da punição maior ao deslocar seu sentimento maternal para o parceiro e, ao mesmo tempo, satisfaz projetivamente seus desejos de ser maternalizada.

O vínculo conjugal estabelecido e suas implicações no impedimento procriativo têm na colusão oral o seu significado. As necessidades infantis estão aí projetadas. A expectativa do filho ao encerrar motivações individuais de crescimento pessoal representam o outro lado da expressão dessas necessidades.

Clarice e Luiz querem crescer; amadurecer com a maternidade/paternidade, porém continuam brincando de jogos sexuais infantis. Diríamos que o significado do filho está aí perpassando a questão do amadurecimento psicosexual e às defesas próprias a esta questão.

Podemos concluir que a vida sexual mantida por este casal funciona como núcleo expressivo de resistência ao crescimento pessoal de ambos. E, portanto, defesa básica em favor da infertilidade.

O filho significa crescer, viver uma relação conjugal madura. Quando param o anti-concepcional "eliminam" a 'copulação' de sua relação sexual. Brincam de jogos sexuais desde que não haja consequências. O filho, portanto, é inconcebível.

Há um jogo (sexual) para se manter na situação de esterilidade. A entrada do filho ameaça a fusão conjugal. Ameaça, em última instância, o pacto defensivo de seus conflitos básicos projetados no vínculo conjugal.

CASO No. 2

NOME :Fernando	IDADE :34 anos	PROFISSÃO: Programador de Manutenção
Beth	34 anos	Supervisora de Computação

A. HISTORIA CLINICA DA ESTERILIDADE

Fernando e Beth estão casados há oito anos, após oito anos de namoro. É o primeiro casamento dos dois. Não têm filho, nem ocorrência de gravidez anterior. Evitaram engravidar durante o primeiro ano de casamento, devido ao compromisso de cuidados com a família de origem assumidos por Beth. Procuraram tratamento após dois meses de interrupção do anticoncepcional. Há quase sete anos percorrem médicos e realizam tratamentos sem obterem sucesso. As primeiras investigações clínicas não evidenciaram qualquer comprometimento orgânico em nenhum dos membros do casal. A continuidade das pesquisas diagnósticas acusaram trompa obstruída e, seguido a isso, infecção no esperma. Há um ano, o estado clínico de Beth complicou-se, tendo que fazer uma cirurgia onde foram retirados uma trompa e um ovário. Depois desse episódio, ressurge a alteração apresentada no espermograma de Fernando.

O casal chega ao hospital muito ansioso por temer complicações na outra trompa e no outro ovário. O último médico consultado alertou para tal possibilidade. Além disso, o espermograma feito recentemente acusou novamente a infecção no

esperma. Os dois, Beth e Fernando, assumem a responsabilidade pelo problema e demonstram ansiedade por uma resolução rápida, antes que seja consumada uma impossibilidade irreversível de procriação.

A história clínica da esterilidade deste casal vem se apresentando alternada, ou seja, quando um está "sadio" o outro apresenta "problema", e assim sucessivamente.

B. O CASAL DIANTE DO PROBLEMA

A longa duração da esterilidade, os inúmeros procedimentos investigativos e as múltiplas intervenções terapêuticas aplicadas têm contribuído como fatores estressantes para o casal. O desgaste emocional vem acentuando-se principalmente pelas reações negativas às terapêuticas (ressurgimento da infecção do esperma) e sucessivas complicações orgânicas ocorrentes (cistos no ovário, irregularidades menstrual, agravamento tubário).

Beth e Fernando vivem uma 'crise de esterilidade' (Seibel e Taymor, 1982) expressada através de ansiedade, depressão, frustração, culpa, isolamento, obsessão. O componente obsessivo manifesta-se desde o controle alimentar e outras rotinas diárias, até posições sexuais que possam facilitar a gravidez.

A situação de esterilidade é vista por este casal como uma crescente desestruturação do "bem estar" pessoal e conjugal.

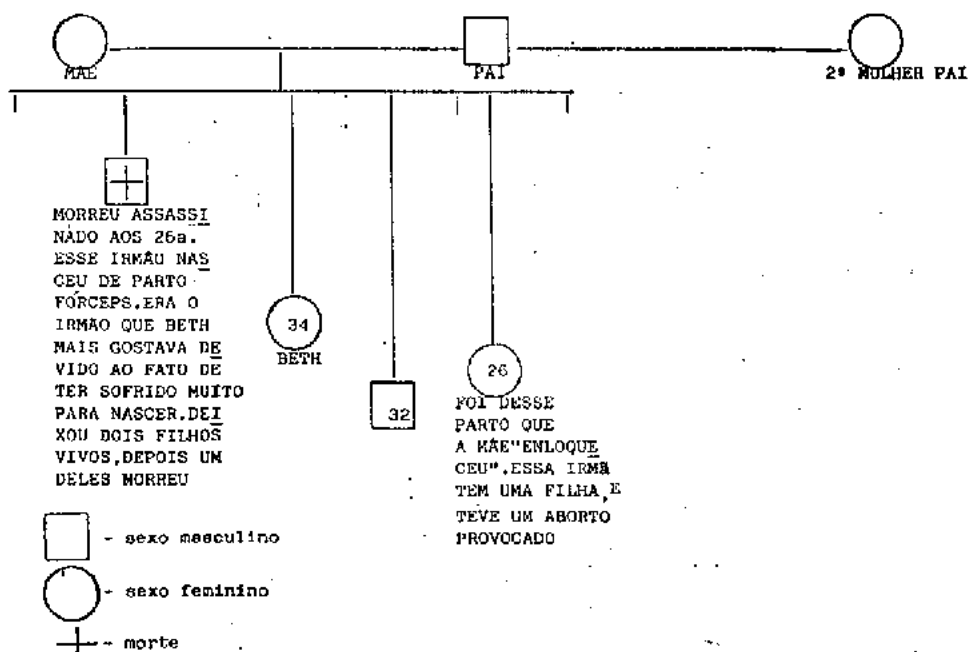
Comentam que há sete anos estão vivendo esse drama e esperam que tenham forças para continuarem o casamento caso não possam mesmo ter filho.

A esterilidade passou a ser o centro da vida deste casal, o que significa que sua identidade do self como estéril encontra-se em expansão (Olshansky, 1987) e portanto, estão vulneráveis ao esgotamento conjugal. Tal fato já é objeto de preocupação de Beth e Fernando que solicitam apoio psicológico.

Fernando e Beth buscam, constantemente, uma explicação que considerem plausível para a instalação do quadro de infertilidade: o efeito da pílula, o casamento programado, a apendicite de Fernando, etc. O motivo porque estão inférteis parece ser mais importante do que a causa orgânica em si. Acreditam, finalmente, que possam estar vivendo uma prova de sacrifício a fim de tornarem-se merecedores da parentalidade. "Não sabia que teria que fazer tanto sacrifício para ser mãe" (Beth).

Apesar de ambos os cônjuges se considerarem responsáveis pela esterilidade, Fernando, através de seu discurso, se coloca na condição de ser a parte estéril do casal.

C. O CASAL E SUAS FAMÍLIAS DE ORIGEM

BETH

Beth estava com 8 anos quando sua mãe "enlouqueceu" no pós-parto de sua última irmã. Relata os partos difíceis que teve a mãe, ressaltando o quanto sofreu para nascer seu irmão mais velho e que por isso lhe tem um carinho especial. A partir do "surto esquizofrênico" da mãe, Beth assumiu a responsabilidade da casa e da família, porém, teve que dar, para um parente, a sua irmã recém-nascida - o que lhe provocou muita dor e culpa. Desde essa época vem cuidando de sua mãe, "como se fosse uma filha", que mora com ela até hoje. Durante todos esses anos esteve atrelada a sua família de origem e comenta que não sabe o que é viver a sua própria vida. Beth protelou seu namoro com Fernando por vários

anos, pois não conseguia encontrar espaço para ter uma vida conjugal, não encontrava meios de se desprender de sua família. O lugar que havia ocupado ali lhe exigia obrigações intermináveis.

Poucos anos após o nascimento de sua irmã caçula, que segundo Beth provocou a loucura de sua mãe, seu pai casou pela segunda vez. Seu relacionamento com a madrasta, sempre foi difícil, principalmente porque esta tinha ciúmes de seu pai com ela (Beth).

Devido ao afastamento da mãe, por causa da doença, a estrutura familiar teve que ser reorganizada, e assim sendo, Beth trocou o papel de filha pelo papel de mãe. Nessa condição o casal da família passou a ser representado por ela e seu pai. Sua mãe passara a ocupar o lugar de "uma filha que solicita muitos cuidados". A saída do pai para o segundo casamento, não alterou a função de coordenadora do lar que vinha exercendo Beth até então.

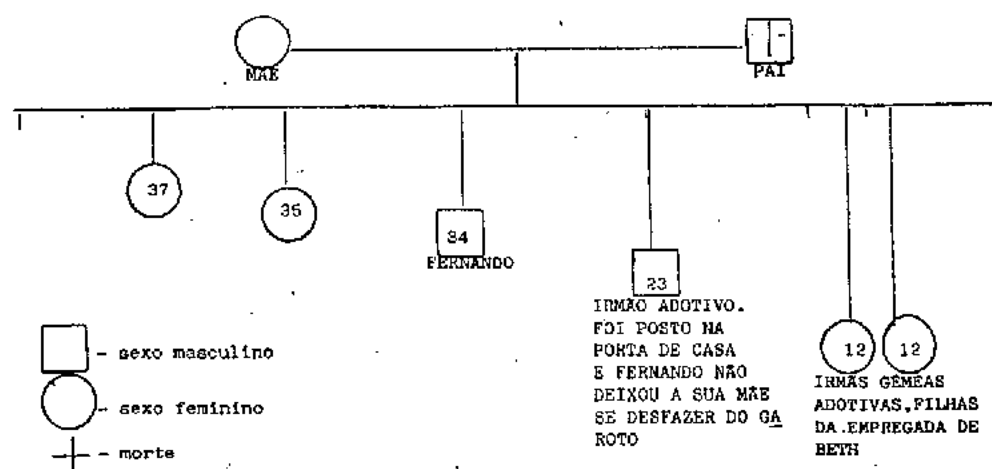
Demonstra ter um relacionamento distante com o pai, referindo se a ele como uma pessoa ausente que nunca se envolveu, quanto deveria, com os transtornos ocorridos na família - "o peso ficou todo em cima de mim" (Beth).

Ao relembrar o fato de ter dado sua irmã, comenta que a maternidade sempre foi roubada de sua vida e, relata dois episódios que lhe foram marcantes: numa determinada época sua irmã

caçula teve uma filha e lhe deu para criar, quando estava afeiçoada a sobrinha, sua irmã a pegou de volta; em outro momento preparou-se para adotar duas crianças gêmeas, filhas de sua empregada, mas quando se deu conta elas já estavam morando com sua sogra.

Diríamos que a condução de esterilidade em que se encontra Beth é a consequência natural das circunstâncias as quais foi atrelada a viver. Desde cedo selou um pacto de lealdade com sua família de origem, não lhe sobrando espaço para viver sua própria vida. Relutou em concretizar o seu casamento, assim como reluta diante da maternidade. Mesmo casada continuou leal aos interesses familiares. Por lealdade a sua mãe, não pode ser feliz, ter um parto saudável e uma maternidade satisfatória, coisas que esta não teve. Não consegue realizar os seus projetos pessoais pois estaria traindo ao pacto outrora firmado.

Atrelada aos compromissos que assumiu e aos fantasmas trágicos ligados a maternidade/parto, Beth se impede corporalmente (complicações tubárias, etc.) de viver concretamente a maternidade.

FERNANDO

O discurso de Fernando sobre sua família de origem concentra-se em relatos acerca de sua infância. Relembra, com satisfação, as brincadeiras, os amigos e comenta, várias vezes que sente saudades dessa época de criança. "Ainda hoje gosto das brincadeiras da infância".

Assinala que o relacionamento familiar sempre foi muito tranquilo, sem maiores problemas. Por outro lado, queixa-se por sua mãe ter sido sempre uma pessoa distante e ausente.

É com orgulho que diz ser o responsável pela adoção do seu irmão. Sempre gostou de ser criança e de criança, não entende como

pode estar sendo impedido de ter filho. Compara a sua história familiar com a de Beth e então passa a lamentar o peso que tem sido a vida dela.

O que podemos demarcar da história familiar de Fernando é o seu apego à infância e de como gosta de ser essa criança até os dias de hoje. Não é por acaso que está casado com uma mulher maternal e que lhe presta cuidados como a uma criança. Encontra em sua parceira a recompensa da ausência de sua mãe.

Uma mulher "forte" e acostumada com a dureza da vida, é a certeza de proteção segura para uma criança que insiste em preservar a leveza do brincar.

Beth emaranhada em sua família de origem perpetua uma estrutura familiar onde há alguém que cuida e outros que são cuidados (Fernando, e a mãe dela). Fernando ao se sentir confortável na posição de filho se adapta bem a um casamento sem fronteiras delineadas.

D. RELACIONAMENTO CONJUGAL

Este casal vive um casamento emaranhado na estrutura familiar de um dos parceiros (Beth). De acordo com os dados obtidos podemos supor que essa esterilidade tem suas raízes na ambiguidade de fronteiras aí estabelecida (Burns, 1987). Beth e Fernando não formam um casal independente. Fernando entrou na vida de Beth como mais um a ser cuidado por ela.

Beth tem uma postura de autoridade e proteção em relação ao marido. Faz-lhe permanentes cobranças de que ele cresça. Dirige a maneira como se veste, como deve comportar-se, etc. Fernando, por seu lado, recebe passivamente esses cuidados. Ele comenta que sua mulher lhe ensinou muitas coisas, ajudou-o a ter responsabilidade. "É, ele é o menino que preciso acabar de criar" (Beth).

É dentro desse contexto vincular que vivem a sua crise de esterilidade.

Beth e Fernando vivem, no momento, um intenso desgaste em seu relacionamento conjugal. Acusações, cobranças e desentendimentos sexuais têm ocorrido frequentemente no seu dia a dia.

A reação de isolamento começa a ocorrer não só frente aos amigos, como também entre os membros do casal, na medida em que Beth se sente mal apoiada em seus sacrifícios para engravidar. Passa a exigir de Fernando provas de dedicação ao trabalho de fertilidade, controlando-o e acusando-o em todos os seus gestos e hábitos. Isso tem provocado colapso na comunicação e exacerbado o estresse na vida em comum.

Dentre as alterações sofridas em suas vidas destaca-se o controle absoluto de hábitos e comportamentos (fumar, beber, engordar, horas de sono, etc.) que acreditam estar contribuindo para a piora do quadro de esterilidade.

A vida sexual passou a ser controlada não só pela condução dos tratamentos, mas também pela obsessiva busca do filho.

O encontro sexual perseguido pelo intuito da gravidez levou-os a utilizar determinados rituais tipo: ter relações em determinadas posições, ou em temperatura que supõem ser adequada. Atualmente estão em abstenção sexual, segundo ela por conta de uma briga relativa ao real empenho de cada um na busca do filho. E, segundo ele, por medo de passar algum "germe", para ela, que piore ainda mais a situação de não engravidar - na verdade expressa Fernando o seu temor de passar a sua esterilidade para a companheira.

"Eu já fico com isso na cabeça. Vou tratar, fico bom e depois volta tudo de novo. Não aguento mais ficar controlando o número de espermatozóide" (Fernando).

O jogo mútuo de controle obsessivo quanto ao investimento no trabalho de fertilidade, pode ser visto como uma tentativa de derrubar (superar) o interjogo conflitivo frente a busca do filho. É como se lutassem desesperadamente contra aquilo que o 'corpo' por si só denuncia. A alternância de sintomas físicos mantida pelo casal expressa frontalmente a aliança interpsíquica resistente à superação da infertilidade.

Beth enfatiza seu receio em não saber cuidar do próprio filho (viver biologicamente a maternidade), e Fernando explicita sobre seu temor de não receber mais as atenções da esposa por esta voltar os cuidados para o bebê. Esses dados são indicativos do conteúdo subjacente ao processo colusivo deste casal.

E. PSICODINÂMICA CONJUGAL

Este casal configura uma relação do tipo mãe x filho. Unidos através de uma colusão oral (Willi, 1978) projetam no vínculo conjugal seus aspectos complementares que podem estar determinando ou mantendo a impossibilidade de procriar.

Beth, a partir de seus compromissos com a família de origem, assume um papel na vida de ser aquela que cuida, portanto

par ideal para Fernando que diz explicitamente, tê-la escolhido por ser uma pessoa responsável e capaz de dispensar-lhe os melhores cuidados. A entrada do filho poderia vir a alterar esse modelo. Tal possibilidade é percebida por Fernando, quando sente-se ameaçado numa ocasião em que sua mulher resolveu cuidar-se (através de terapia) e este se viu abandonado. Beth por seu lado se considera incapaz de cuidar do filho, uma vez que seu destino sempre foi dedicar-se a coisas que não são suas, que não fazem parte de sua satisfação pessoal. Ao mesmo tempo, teme não conseguir cuidar tão bem de seu marido por ter que dividir a atenção com o filho, e assim estragar seu casamento.

O papel oral complementar assumido por Beth na relação conjugal fica bem demarcado, principalmente se considerarmos que ela sente-se frustrada quanto aos cuidados obtidos da mãe, visto que esta afastou-se de suas funções quando Beth tinha apenas 8 anos. A aliança conjugal portanto é investida de suas próprias necessidades, que por sua vez vem suprir as carências orais de um parceiro frustrado por uma mãe "ausente".

Os sentimentos de culpa nutridos por ambos os cônjuges frente ao ocasionamento da esterilidade (se vêem castigados, cumprindo sacrifícios), podem ser avaliados segundo uma perspectiva mais individualizadora, sem no entanto invalidarem a abordagem conjugal de análise.

Dentro desta perspectiva podemos supor que a doença da mãe de Beth reativou culpas primárias advindas de suas primeiras relações com esta. Nesse sentido, vive um constante estado auto punitivo onde a esterilidade representa mais um de seus castigos (Langer, 1978). Quanto a Fernando temos que a iminência de tornar-se pai pode estar reativando a rivalidade infantil com relação ao próprio pai. Assim sendo, está sendo punido pelo pai em resposta a realização parcial de seus desejos inconscientes proibidos (casado com a mãe substituta) (Parseval, 1981).

Conforme já assinalamos, a história clínica de esterilidade, vivida até então por este casal, é marcada por uma situação de alternância das condições orgânicas de cada um. Tal fato nos leva a confirmar a existência de um acordo secreto (jogo conjunto inconsciente) selado entre os membros do casal. acordo este, mantenedor da impossibilidade de procriar.

A barreira erguida frente a entrada do filho, vem sendo construída "a quatro mãos" para que possam se proteger da quebra de suas defesas compartilhadas.

CASO No. 3

NOME: Maria	IDADE: 35 anos	PROFISSÃO: Caixa de Confeitaria
Wilson	25 anos	Segurança

A. HISTÓRIA CLÍNICA DA ESTERILIDADE

Maria e Wilson estão casados há 4 anos, sendo o primeiro casamento dele e o segundo casamento dela. Maria tem duas filhas (15 anos e 12 anos) do primeiro casamento, que moram com a mãe dela. O casal evitou filho por dois anos: antes de engravidar, queriam ter certeza de que se davam bem, que tinham assumido um "compromisso sério". Há dois anos, portanto, tentam ter filho e não conseguem. Após seis meses de interrupção da "pílula", procuraram tratamento. Consultaram vários médicos, mas os exames não acusavam nada. Maria enfatiza que, neste período, chegou a tomar remédio a base de hormônio, mas mesmo assim não conseguiu engravidar. Wilson, por seu lado, repetia o espermograma, que continuava a não acusar anomalia. Há três meses, o último médico consultado, diagnosticou obstrução tubária e o casal foi encaminhado para tratamento neste hospital. A descoberta de um comprometimento orgânico em Maria foi, de certa forma, uma surpresa para o casal; e para Maria, em especial, uma decepção:

tendo duas filhas, parecia-lhe mais natural que o problema fosse do marido.

A preocupação em afirmar que o casamento está muito bem estruturado - e que portanto têm plenas condições de ter um filho - é uma constante ao longo de toda a entrevista. Esta preocupação constitui o eixo central da análise do jogo conjugal e do significado do filho para este casal.

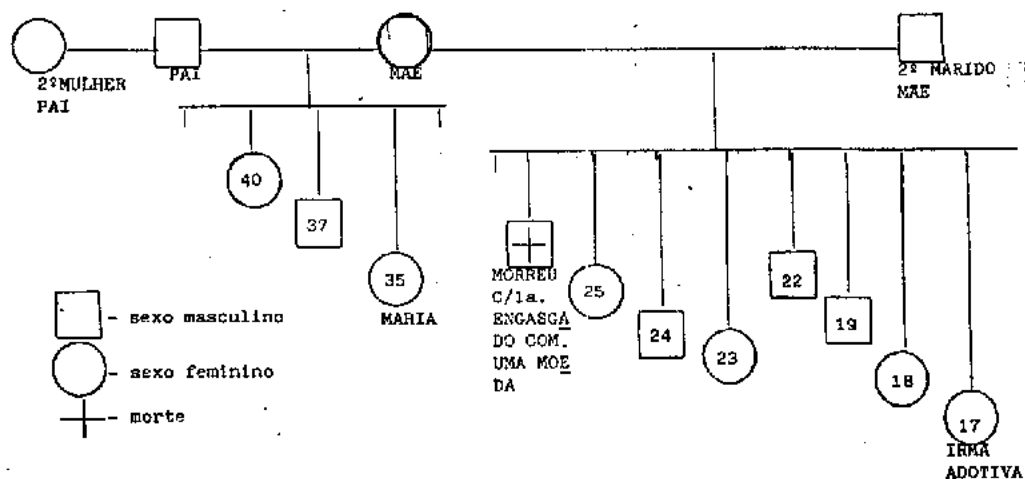
B. O CASAL DIANTE DO PROBLEMA

A condição primeira, para este casal, para se ter um filho, é o perfeito entrosamento conjugal. Mostram-se intrigados perante esta impossibilidade, uma vez que se preocuparam em assegurar-se de que se dão bem, para só então resolver engravidar. Inicialmente, chegaram a imaginar que Wilson fosse a parte estéril do casal, visto que Maria já tem filhos. Com o decorrer dos exames, e a constatação de problemas físicos em Maria, o casal reluta em aceitar o diagnóstico: como podem não conseguir engravidar, se o "merecem?" "o que fez a trompa entupir se teve duas filhas sem problema e nunca fez aborto?". A única justificativa que encontram é o fato de terem usado pílula por longo tempo. Não conseguem aceitar que um casal tão unido possa ser impedido de ter filho. Resistem em aceitar a situação de esterilidade e por duas vezes, durante tratamentos anteriores, fizeram teste de gravidez acreditando estarem esperando bebê.

A impossibilidade de ter filho é vista, pelo casal, como um obstáculo passageiro. Seu comportamento remete antes ao período pré-natal-planejando enxoval, nome, padrinhos, etc. - do que mesmo a uma situação de impedimento involuntário de procriação. A criança fantasiada ocupa lugar de destaque na vivência de infertilidade por este casal. Em todos os momentos que falaram como se sentem frente ao problema, disseram, com firmeza compartilhada, a mesma coisa: "em expectativa... estamos esperando... vai ver quando passar o efeito da pilula tudo se normaliza". Assinalaram que a mãe de Wilson acompanha passo a passo o tratamento deles, ou seja, também está na expectativa.

As cobranças, normalmente carregadas de questionamentos sobre a potência sexual, são vividas de forma incomodativa, apesar de reagirem anedoticamente a estas.

C. O CASAL E SUAS FAMILIAS DE ORIGEM

MARIA

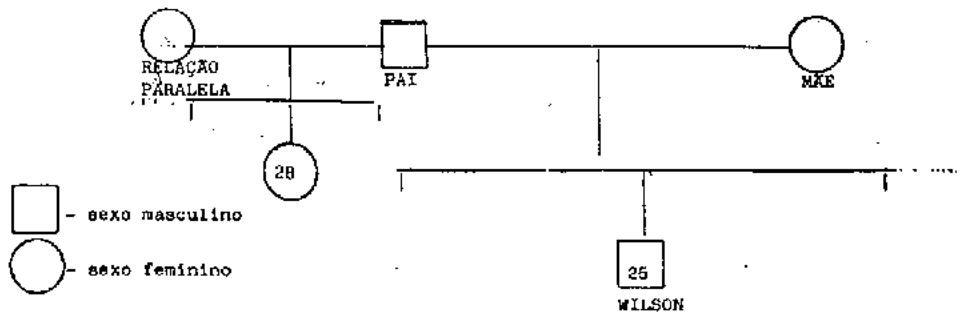
Segundo Maria, seu pai abandonou sua mãe quando ela estava para nascer. Relata que, aos 4 anos, depois do seu nascimento, o pai tentou, sem sucesso, levá-la para morar com ele e a sua atual mulher na cidade do Rio.

Após a separação dos pais, Maria, sua mãe e irmãos foram morar na casa de uma família onde a mãe passou a trabalhar. Em pouco tempo, por decisão de sua avó materna, Maria passou a morar com os avós por quem foi criada até os 13 anos. Nessa idade, por ocasião da morte do avô, foram, ela e a avó, morar com a mãe. seu

padrasto e irmãos. Seu padrasto, ex-patrão de sua mãe, foi quem registrou Maria, assim como todos os seus irmãos.

O retorno à casa da mãe foi de difícil adaptação. Perdeu todas as regalias, o lugar de destaque ocupado na casa dos avós que sempre a trataram com muito carinho e atenção. Os conflitos com seus irmãos eram constantes, no sentido de que ela era acusada de não fazer nada e não saber trabalhar na roça como eles. Sua mãe assumia uma postura de defesa em relação a ela, mas mesmo assim não conseguia se sentir a vontade naquela casa. Passou a cobrar veementemente da mãe o fato desta não tê-la criado, o que era respondido de forma insatisfatória para Maria "Eu não dei você para a sua avó, ela é que lhe tomou".

Assinala que durante a infância perguntou muito pelo seu pai e sempre lhe respondiam que ele estava viajando. Conhecia seu pai, apenas, através de fotos e descrições a respeito de sua aparência física e pessoal. O período em que mais sentiu a ausência paterna, foi por ocasião da morte do seu avô. Esteve com o pai uma única vez, quando há seis anos este passou casualmente pelo seu emprego e ela o reconheceu e identificou-se. Houve emoção, choro da parte dele, que prometeu voltar a procurá-la, mas isso nunca foi cumprido.

WILSON

Wilson, 25 anos, filho único do casamento de seus pais, tem uma irmã mais velha de 28 anos por parte de pai, nascida de uma relação paralela que o pai mantinha quando casado com sua mãe. Quando tinha 8 meses de idade, seu pai saiu de casa, indo morar com a "outra mulher", (mãe de sua irmã), e Wilson só o reviu 15 anos depois. Sua mãe nunca casou de novo e, segundo Wilson, não fez tentativas de novo relacionamento, dedicando-se exclusivamente a ele. Foi criado pelos avós maternos devido a necessidade da mãe trabalhar fora para seu sustento. As visitas da mãe eram frequentes, marcando uma presença constante para Wilson. Após a morte do avô, quando Wilson estava com 15 anos, passaram a morar na mesma casa ele, a mãe e a avó, e quando contava com 22 anos a

avó morreu, ficando ele e a mãe e, logo em seguida, a sua mulher Maria.

O fato de só ter conhecido o pai aos 15 anos é contado por Wilson com muita amargura dizendo ter sentido muita falta do pai e nunca ter entendido o seu sumiço. Relata minuciosamente este único encontro com o pai e expressa a grande decepção que sofreu por este não ter retornado mais. Acentua a emoção sentida no momento: "corri, abracei ele e chorei ... pensei: será que esse cara vai voltar? ... mas só foi esse encontro e nunca mais o vi". Diz que seria melhor não tê-lo conhecido. Neste mesmo encontro conheceu a sua irmã, que também não reviu mais. Apesar de negar que guarda mágoas em relação ao pai, Wilson afirma que um casal só deve ter filho se forem muito unidos e nunca precisar se separar a fim de não deixar traumas no filho. Esta mesma colocação é feita por Maria no fechamento do seu genograma.

Um dado importante a ser aqui destacado é o fato de Maria considerar a sogra como sua mãe e isto ser reconhecido por Wilson, como uma união - sogra e nora - inédita em caso de filho único como ele. Isso denota que as fronteiras familiares, por parte de Wilson, estão ambíguas, e Maria parece aceitar muito bem essa situação.

As histórias familiares de ambos os membros do casal são destacadamente semelhantes no tocante a vivência de abandono por

parte do pai e delegação dos cuidados maternos aos avós, fato repetido por Maria em relação a suas filhas do primeiro casamento. Não é difícil entender o cuidado que dispensam com a chegada de um filho. Na verdade, a experimentação que tem em relação a nascimento de crianças, nascimento de filho, está muito associada com a situação de abandono - abandono do pai com necessidade do afastamento da mãe. Não é por acaso que durante toda a entrevista ressurge a preocupação com o bem estar conjugal - condição essencial para ter filho juntos. Poderíamos dizer que ficou dentro de cada um uma criança triste e "rejeitada" que tenta recuperar-se feliz através de um nascimento novo para seus filhos (um renascimento para si). Por outro lado, a chegada de um filho na família ficou marcada como desestruturadora de casamento. Ambos os cônjuges presenciaram o desenlace de seus pais por ocasião de seus nascimentos. Tal fato nos dá a indicação de que é possível que se vejam, enquanto filho(a), responsáveis pela separação dos pais, e portanto destinados ao castigo de ter uma família "desestruturada". Temem que o filho faça o mesmo que fizeram com seus pais. Nesse sentido, a busca do filho passa a ser um jogo perigoso para este casal, e a esterilidade pode ser uma defesa favorável dentro desse jogo.

Ambos estão inscritos numa estrutura familiar dual, onde a possibilidade de triangulação é severamente "programada".

D. RELACIONAMENTO CONJUGAL

Este casal se constituiu a partir de interesses comuns quanto a realização de uma união insolúvel que lhes permitisse reparar as desestruturações ocorridas em suas famílias de origem, conforme podemos constatar na descrição que vimos fazendo até então. Maria se interessou por Wilson por achá-lo diferente dos outros, reservado - aquele que leva as coisas a sério. Teria chances de ser diferente do seu pai e de seu primeiro marido (uma escolha edípica pelo modelo invertido).

Wilson escolheu Maria pelos mesmos motivos, ou seja, ela era diferente, não dava "trela" para qualquer um; como ele, temia um casamento infeliz (uma escolha edípica segundo modelo da mãe, que se dedica exclusivamente a ele, não dá trela para outra coisa).

A dinâmica de vida deste casal gira em torno da proteção sobre quaisquer desequilíbrios conjugais que possam ferir o projeto de estabilização familiar. Daí ambos mantêm um jogo de controle sobre todas as situações em que eventualmente possam não estarem juntos. Os desentendimentos são, geralmente, por ciúmes em relação ao que fazem separadamente - horas extras de trabalho, por exemplo. O medo de quebrar o pacto de união eterna leva-os, ao nosso ver, a uma convivência cheia de escrúpulos quanto às

atitudes que tem um em relação ao outro. Isso se expressa muito bem através da maneira dissimulada como resolvem seus entraves na área sexual. "Ela não aceita determinadas posições mas aí a gente conversa e se entende" "a gente procura um satisfazer o outro"; "a gente sempre entra num acordo quando algo não vai bem".

A vida sexual é ativa (três a quatro vezes por semana), padrão que mantém desde o início do casamento.

A partir da constatação da impossibilidade de engravidar, algumas alterações ocorreram na vida deste casal: as práticas sexuais são carregadas de expectativas de gravidez, chegando a associarem o tamanho do prazer com a chance de engravidar; o ciclo menstrual passou a ser incomodativo com ocorrência de cólicas e dores no ato sexual quando se aproximam os dias da menstruação; há uma constante expectativa no dia a dia do casal quanto à eficácia do tratamento; vigiam cada vez mais se o casamento está em plena ordem para a chegada do filho; o relacionamento com outras pessoas passou a incomodar devido às cobranças; a evitação de amigos com filhos começa a acontecer. Fica aí evidenciado que o impacto do diagnóstico atua como fator relevante na vida deste casal.

E. PSICONAMICA CONJUGAL

O ponto inicial a ser demarcado no caso de Maria e Wilson diz respeito a reação de surpresa e negação da esterilidade (Menning, 1979), e a permanência na 'criança fantasiada' (Burns, 1987) que impede-lhe de ultrapassar as fases elaborativas da identidade do eu como estéril (Olshansky, 1987).

Conforme já assinalado, a reação inicial deste casal ao diagnóstico de esterilidade foi de surpresa. Seguida imediatamente de negação. Essas reações são expressadas principalmente por parte de Maria que tem em suas duas filhas a prova concreta de fertilidade (o que ainda a faz insistir em receber uma explicação médica de como isso pode ter acontecido com ela).

Podemos tomar a reação de negação como característica psicológica importante para esta análise, visto que, a forma encontrada por este casal para lidar com a situação, foi viver a criança fantasiada, que não deixa de ser uma "fuga" do problema. Ao mesmo tempo essa criança fantasiada representa, em última instância, a família fantasiada (idealizada) que ambos têm dentro de si.

A criança fantasiada como membro psicologicamente presente e fisicamente ausente assegura, de certa forma, o pacto de proteção ao casamento mantido por este casal. A entrada concreta

do filho poderia não corresponder as suas expectativas idealizadas, pelo contrário, fazer jus aos fantasmas antepassados, colocando em risco o equilíbrio conjugal comprometido com um projeto de união eterna.

Maria e Wilson, que há um ano e meio, buscam tratamento para engravidar, encontram-se ainda "perplexos" por estarem sendo impedidos de realizar o desejo consciente de ter filho. De acordo com a teorização de Olshansky (1987); estão fixados na segunda fase de elaboração (identidade informal do self como estéril) necessária ao trabalho de fertilidade e sua respectiva superação.

Esta maneira de lidar com a esterilidade certamente dificulta o processo de solução do problema. Supomos que está aí presente o temor das consequências dessa resolução. Permanecer estéril é, de certa forma, a garantia de que não ocorrerá desestruturação de casamento. A esterilidade, podemos assim dizer, substitui a criança, une o casal e lhes dá razão de durar.

Quanto ao estabelecimento do vínculo conjugal, observamos que embora ambos os cônjuges, no seu processo mútuo de escolha, tenham os modelos parentais como referência, o ponto decisivo para se escolherem como parceiros está marcado pelo que Cahen (1989) denomina 'casais em espelho' (Cahen, 1989). Maria e Wilson se unem para preencher juntos uma angústia de perdas.

A motivação de Wilson por uma mulher semelhante a sua mãe (dedicada a ele), e o empenho de Maria por ter a chance de um casamento feliz, apontam para uma estruturação conjugal segundo o tipo oral colusivo (Willi, 1978). No entanto o que predomina no interjogo dinâmico deste casal é o controle de fidelidade pelo ideal de um casamento insolúvel. Esse controle fica exacerbado com a preemência do trabalho de fertilidade, visto que têm como acordo secreto a união de seus medos quanto a "destrutiva" triangulação (entrada do filho). A organização psicológica deste casal frente a situação de infertilidade, nos parece, portanto, está sobre bases de uma colusão do tipo anal-zelo-infidelidade (Willi, 1978). Maria e Wilson vivem na eterna preocupação em fazer todos os ajustes possíveis na relação inibindo qualquer sinal de desentendimento.

O desejo de filho pode estar significando a reparação da incompletude vivida nas suas famílias de origem, marcada pela ausência concreta de um dos pais. O triângulo pai-mãe-filho não existiu para ambos os membros do casal. Ser um casal sem filho aponta mais uma vez para a ausência do terceiro vértice do triângulo (no caso, o filho). Viver a triangulação familiar é o propósito consciente deste casal. Porém, se por um lado a criança representa a oportunidade de reequilibrar a balança familiar, por outro lado está essa criança previamente investida pelo fantasma de uma triangulação irreparável.

Poderíamos dizer que a aliança interpsíquica estabelecida a partir da confluência de seus conflitos emocionais complementares, estão aí postergando a solução da esterilidade.

CASO No. 4

NOME: Francisco	IDADE: 27 anos	Profissão: Garçon
Irismar	28 anos	Doméstica

A. HISTORIA CLINICA DA ESTERILIDADE

Francisco e Irismar estão casados há seis anos. É o primeiro casamento dos dois; e não há ocorrência de gravidez anterior por nenhuma das partes do casal. Nunca evitaram filho. Depois de três anos sem acontecer a gravidez, Irismar fez a primeira consulta médica onde foi orientada para que o casal procurasse este hospital. Dois anos depois, resolveram seguir a indicação médica e aqui chegaram após seis anos de espera da gravidez.

B. O CASAL DIANTE DO PROBLEMA

Francisco e Irismar vivem há seis anos uma expectativa "mágica" de que o filho apareça. Até o momento assumiram uma posição passiva quanto a busca de resolução do problema, uma vez que só depois de três anos tentando engravidar, procuraram médico, e só após seis anos de "insucesso" procriativo, resolveram enfrentar a pesquisa diagnóstica.

O casal tenta explicar a causa da esterilidade buscando nas origens familiares, ocorrências de infertilidade.

A responsabilidade da esterilidade é assumida por Francisco, que desde o início do casamento intuiu que isso pudesse acontecer. Embora acredite que tenha tudo para ser a parte estéril do casal (casos de esterilidade na família), Francisco sempre evitou fazer um espermograma. Torce para que "algo" seja encontrado em sua mulher, pois assim acredita que tenha solução. "Se o problema for meu, não tem jeito, pois é uma sina hereditária" (Francisco).

Durante a primeira metade da entrevista, Irismar assume uma postura de acompanhante: braços cruzados, deixa o parceiro tomar a frente das respostas, sua "fala" principal é sobre o fato de que em sua família não tem casos de esterilidade. Essa postura denuncia, conforme veremos ao longo desta análise, as suas defesas

acerca da maternidade que estão asseguradas pelo medo de seu parceiro de se descobrir como fonte da esterilidade.

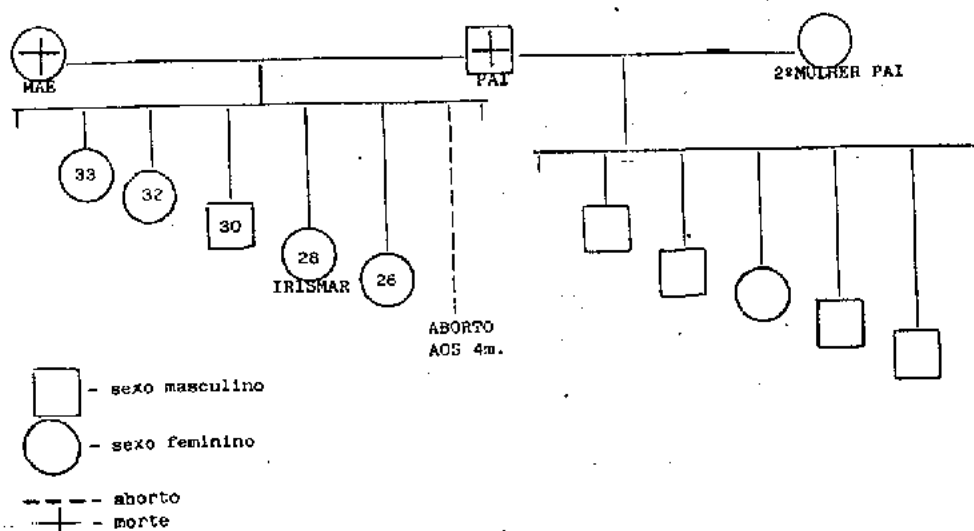
A idéia de Francisco acerca do fator hereditário da esterilidade não é objetivamente justificada e, embora diga que essa situação vem acontecendo geração após geração, não consegue localizar os casos, nem explicitar com clareza os fatos que lhe foram contados. Sua convicção, no entanto, é imbatível - dos seus quatro irmãos, dois já cumpriram a sina da esterilidade.

Os sentimentos apontados, pelo casal, frente a impossibilidade de procriar, são de inferioridade e decepção por parte de Francisco e, de raiva por parte de Irismar. Esses sentimentos se intensificam na fase da menstruação.

Esse casal vem há seis anos vivendo um ciclo repetitivo a cada mês, que vai da esperança - período fértil (possível gravidez) à frustração - menstruação (vivida como aborto).

No momento, mostram-se bastante ansiosos com a entrada no processo de tratamento. Afinal vão sair da 'ilusão' e se deparar com a concretude do diagnóstico e a solicitação de um empenho no trabalho de fertilidade.

C. O CASAL E SUAS FAMILIAS DE ORIGEM

IRISMAR

Irismar estava com 2 anos e 8 meses quando sua mãe morreu devido a um aborto espontâneo aos 4 meses de gravidez. "Ela sempre teve problemas no parto, principalmente à partir do meu nascimento quando quase morreu e o médico a proibiu de ter outro filho" (Irismar).

Irismar relembra a morte da mãe, como também os momentos anteriores em que recebia os seus cuidados. Enfatiza que ficou sem mãe ainda muito pequena e até hoje é revoltada com essa perda tão precoce.

Após a morte da mãe, os três irmãos mais velhos ficaram com o pai, a irmã mais nova com a avó e Irismar foi entregue aos cuidados de uma parenta de seu pai (filha da mulher que criou seu pai) com quem ficou até os 18 anos. O pai casou outra vez e teve cinco filhos, e quando o mais novo estava com seis meses, seu pai morreu de uma dor no peito. Depois da morte do pai, quando Irismar estava com 11 anos, os três irmãos mais velhos foram morar com um tio paterno.

Irismar considerava seus pais adotivos (que era um casal sem filho) como verdadeiros, embora convivesse bem com seu pai e seus irmãos. Aos 18 anos se desentendeu com o pai adotivo por este ter "jogado na sua cara" que não era pai dela. Esse desentendimento levou Irismar a sair de casa e vir embora para o Rio de Janeiro, voltando ao Ceará apenas duas vezes. Quatro anos depois que estava no Rio, casou com Francisco.

Podemos aqui destacar dois pontos importantes na vida de Irismar: a representação negativa de família e de maternidade.

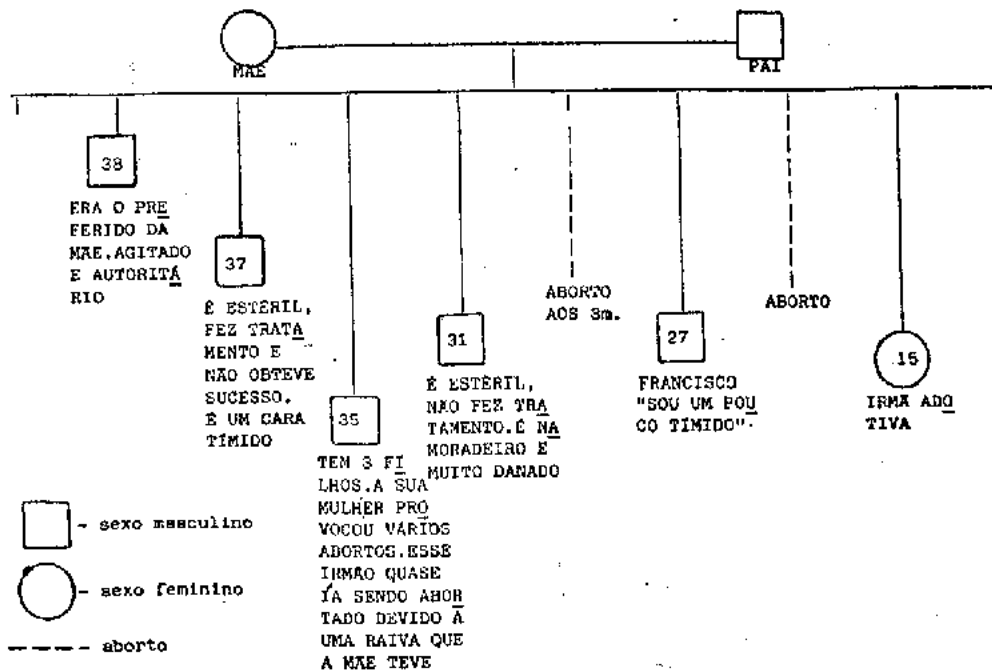
A desestruturação familiar ocorrida após a morte de sua mãe e continuada com a morte de seu pai (distribuição dos irmãos em famílias diferentes) traça uma noção de vínculo familiar frágil com características de indiferença (indiferença de seu pai adotivo).

O ato da maternidade está marcado pela tragédia e a inscrição de perdas irreparáveis.

A forma como Irismar demonstra ter experimentado essas situações denota a cristalização de um sentimento intenso de raiva que, ao nosso ver, está sendo projetado na maternidade. Foi porque sua mãe resolveu ser mãe mais uma vez que ela ficou sem mãe. Ao mesmo tempo pode ser considerada a existência de uma relação insatisfatória com a mãe culminada com a sua morte. Os sentimentos de ódio e portanto culpa estão aí implicados. Isso pode justificar o comentário de Irismar sobre sua eterna expectativa de que teria o mesmo destino da mãe.

O comentário de Irismar - "Uma de nós deveria ter o mesmo destino de nossa mãe... se não foi minha irmã deve ser eu", mostra que esta assumiu dentro de sua família a responsabilidade dos trágicos partos de sua mãe. Arelada a este pacto que toma como destino, não se permite constituir uma nova família, seja por lealdade a sua mãe ou por projeção de sua raiva frente a insatisfação de sua experiência de ser martenalizada.

Irismar casa-se com Francisco já sabendo de seus problemas hereditários de infertilidade e, leva para esse casamento os seus conflitos bloqueadores da maternidade.

FRANCISCO

Francisco é o quinto filho homem nascido entre dois abortos, e era esperada uma menina em seu lugar.

Fala com detalhes de cada um de seus irmãos, enfocando principalmente os dois irmãos que não conseguiram ter filho.

Ressalta que os parentes maternos são mais presentes. Os avós paternos nem chegou a conhecer. Diz que apesar de sua mãe ser uma pessoa mais afetuosa, ele era mais "apegado" ao pai.

A medida que vai falando de seus familiares conta o número de filhos que cada um tem, buscando identificar os que não tem filhos.

Traça um paralelo entre as duas correntes familiares onde a família materna fica caracterizada com vários casos de gêmeos e a família paterna representada pelos casos de esterilidade.

Entre dois irmãos férteis e dois inférteis vê-se condenado a responsabilidade do desempate. Essa angústia o persegue incessantemente, e tem quase certeza que deverá cumprir o destino da esterilidade.

O estigma de esterilidade na vida de Francisco, pode ser visto como o resultado da associação de fatores correspondentes as identificações com as figuras parentais, representado em seu relato, pelas correntes familiares paterna e materna. A questão edipiana entra aí em evidência e aponta em última instância para os aspectos de elaboração da identidade sexual. Identificar-se com a representação paterna é aceitar o risco da sina da hereditariedade, do contrário, resta-lhe a feminilidade "imposta" pela expectativa da mãe frente ao seu nascimento (desejava que fosse uma menina). Ao mesmo tempo estão aí imbrincados os mitos familiares transgeracionalmente transmitidos, conforme sugere a apreensão de Francisco quanto a hereditariedade da esterilidade.

Francisco além de ocupar o lugar do morto (nasce depois do aborto de uma menina), chega, de imediato, ferindo uma expectativa familiar na medida em que não é do sexo feminino. Será que tem o

direito de trair outra regra familiar (hereditariedade)? Além disso, já que não ocupou o lugar do morto integralmente - sendo feminino - deverá ocupar esse lugar no sentido de ser aquele que não dá vida. Por um lado ou por outro, a esterilidade é funcionalmente adequada.

A articulação das considerações a cerca de cada membro do casal nos indicam que Francisco e Irismar estão aprisionados a uma pré-destinação onde a esterilidade é o caminho natural.

D. RELACIONAMENTO CONJUGAL

Francisco e Irismar parecem dois amigos que por motivo de solidão foram se aproximando e acabaram morando juntos. Ambos afirmam que a motivação básica do seu namoro era, um, poder fazer companhia ao outro, para ir a festas ou outras situações nas quais se sentissem deslocados sozinhos.

Transparecem uma insatisfação conjugal generalizada onde Francisco é o porta voz dessa situação através de suas queixas sobre o distanciamento que sente entre eles. Na verdade se queixa da solidão a dois. Vivem, portanto, uma relação "estéril".

Seus desentendimentos giram em torno dessa queixa onde Francisco atua como o denunciador, cobrando que Irismar seja uma

mulher mais presente. Irismar, por sua vez, não dá importância ao fato, assumindo uma postura de alheamento e conformidade.

A vida sexual é marcada por um jogo recíproco onde alternam passividade e atividade, de forma que no primeiro momento um dos dois dirige o ato sexual de acordo com seus interesses de satisfação (o outro tem que fazer tudo o que ele quiser), no segundo momento, os "jogadores" trocam de posição, e o primeiro já satisfeito atenderá as preferências do outro.

O casal fala pouco sobre seu relacionamento sexual, se restringindo a revelar o seu interjogo. Para Irismar esta é a adaptação perfeita, enquanto que para Francisco, sua mulher nem sempre cumpre com sua parte no jogo querendo sempre que prevaleça a sua vontade.

No momento, a situação de esterilidade começa a ser mais uma motivação das queixas de Francisco quanto ao distanciamento de sua mulher na relação - "Ela não conversa sobre o filho, fico sem saber o que pensa e quanto quer engravidar" (Francisco).

Enquanto Francisco atua como o denunciador das possíveis carências do relacionamento, Irismar argumenta, com sucesso, em favor do apaziguamento das exaltações. Nesse jogo os dois vão se mantendo fora do risco da separação.

E. PSICODINÂMICA CONJUGAL

O vínculo estabelecido por Francisco e Irismar sugere a possibilidade de dois tipos de colusão conjugal: anal zelo- infidelidade e fálico-edípica (Willi, 1978)).

O emparelhamento de contrastes atividade-passividade, que tem sua expressão maior no jogo sexual mantido por este casal, pode ser tomado como indício do caráter anal da relação - tentam ficar "quites" um com o outro como proteção contra desentendimentos que levariam a separação. Por outro lado, a troca de papéis, passivo e ativo, pode estar expressando as projeções fálico-edípicas no que concerne a rivalidade pelos papéis masculino e feminino. Nesse sentido, o jogo conjunto inconsciente deste casal referenda um núcleo conflitivo com respeito ao papel masculino, onde os dois cônjuges trazem a tona suas sequelas edípicas não resolvidas (no caso de Irismar um Édipo atrelado às insatisfações na relação com a mãe).

A raiva de Irismar projetada na maternidade e suas respectivas implicações culposas perturbadoras do seu processo identificatório e, os conflitos de Francisco, também de caráter identificatório, compõem a aliança intersíquica deste casal. Aliança esta, que tem sua influência no processo procriativo.

Podemos dizer que Francisco e Irismar estão unidos pela situação comum de aprisionamento a uma pré-destinação - destino contra a maternidade (morrer de parto como a mãe), destino da esterilidade hereditária.

Irismar apesar de aparentemente mostrar-se distante do problema de infertilidade, guarda intimamente o medo das consequências trágicas que poderiam lhe trazer a maternidade.

O receio de ter filho, de Irismar, vem "a calhar" com o medo de ser estéril de Francisco, e assim eles protelam a busca de tratamento por muito tempo. Preferem viver na ilusão de que possa acontecer a gravidez, sem que tenham que tomar nenhuma responsabilidade por isso. Vivem portanto a criança fantasiada (Burns, 1987) que funciona como uma proteção à realidade de sua situação, às decisões que deve tomar (tratar, adotar) e ainda os protege de enfrentar os conflitos conjugais aflorados no trabalho de fertilidade.

O medo de Irismar se esconde atrás do medo de Francisco, e assim alimenta a acomodação que mantiveram até o momento frente ao não acontecimento da gravidez.

A reação básica à esterilidade é de negação (Menning, 1980).

Além das avaliações específicas quanto ao processo colusivo e suas implicações com a situação de infertilidade, devemos aqui demarcar o aspecto transgeracional representado pela atribuição causal ao fator hereditário. A pré-destinação trágica da maternidade também pode ser aqui incluída.

Podemos supor que a esterilidade esteja à serviço dos comprometimentos transgeracionalmente determinados - a sina hereditária por parte de Francisco, e a pré-destinação familiar por parte de Irismar.

Outro ponto, que também pode ser melhor avaliado, diz respeito a influência da esterilidade no relacionamento conjugal. Nos parece que a medida que o casal aprofundar o contato com a infertilidade serão deflagradas as deficiências e incompatibilidades do seu relacionamento.

CONCLUSÕES

Quando um casal procura ajuda porque não está conseguindo ter filho, sua expectativa primeira é poder identificar no corpo a causa dessa impossibilidade. Sua dor não é física, não há um incômodo orgânico sobre o qual possa falar. A queixa do casal, portanto, transita no espaço de suas necessidades. O tratamento é buscado no intuito de libertar-se do caráter anônimo da dificuldade em que se encontra, na medida em que este não só inscreve a sua queixa em sintomas orgânicos detectáveis, como também identifica o cônjuge responsável pela infertilidade.

Consideramos que, independente, de haver ou não localização orgânica do problema, e de ser esta localização bilateral ou unilateral, a situação de infertilidade é vivida por ambos os membros do casal, da mesma forma que a efetivação da gravidez envolve o entrecruzamento conjugal. Nesse sentido, a impossibilidade de procriar está intimamente ligada a dinâmica do casal.

O estudo psicodinâmico do casal estéril aqui realizado, embora privilegie os aportes teóricos peculiares à dinâmica conjugal, envolve as considerações teóricas concernentes ao impacto da infertilidade no relacionamento conjugal, assim como os

suportes teóricos que se referem aos aspectos psíquicos determinantes. A reunião de todas essas informações e assinalamentos constituíram a base para elaboração deste estudo.

O conjunto de implicações teóricas abordado é resgatado na análise dos casos realizada, através da compreensão do significado do filho e do significado da esterilidade para o casal. O núcleo investigativo, portanto, traz à tona a questão do estabelecimento do vínculo conjugal e as vicissitudes inerentes à estruturação desse vínculo.

No estudo de casos realizado, vimos que cada casal está estruturado de acordo com a confluência de seus conflitos emocionais complementares projetados no vínculo conjugal e, por conseguinte, definidos segundo tipos específicos de colusão. Encontramos, ainda, que os processos colusivos delineiam o posicionamento do casal frente à situação de esterilidade.

Os casais, Luiz e Clarice; Beth e Fernando (casos nos. 1 e 2), inscritos numa colusão do tipo oral, demonstram que a entrada do filho é vivida como ameaça às suas satisfações orais. Tanto Luiz, quanto Fernando, temem perder o lugar de 'filho' na relação e seus cônjuges complementares - Clarice e Beth - guardam fidelidade ao pacto oral estabelecido, uma vez que, satisfazem projetivamente as suas próprias necessidades 'afetivas'.

Maria e Wilson (caso no. 3) trazem, através de sua colusão anal, o propósito de um casamento insolúvel. A triangulação (pai, mãe, filho) é temida, na medida em que é vista como possível destruidora do pacto de união eterna.

Francisco e Irismar (caso no. 4) é um dos casais sobre o qual poderíamos dizer que ambos se escolheram através de suas 'sinas' de infertilidade e juntos mantêm um pacto de fidelidade a essas 'sinas'. O medo de Irismar frente à maternidade se apoia no medo de Francisco sobre a comprovação de sua esterilidade, e assim se acomodam e protelam um trabalho efetivo de fertilidade. A colusão fálico-edípica vivida por este casal denota as raízes de seus conflitos frente à parentalidade.

A influência dos processos colusivos no âmbito da esterilidade vem confirmar a concepção de que a abordagem de esterilidade conjugal requer a investigação do vínculo conjugal estabelecido e suas implicações no impedimento procriativo.

A partir da investigação realizada, podemos concluir que o casal pode manter-se estéril para assegurar as recompensas vividas através do vínculo conjugal que estabelece.

A exploração das alianças interpéssicas do casal, feita principalmente à partir dos dados sobre família de origem e relacionamento conjugal, nos indica que encontra-se no significado

do filho o reverso do significado da esterilidade para o casal, ou seja, ao mesmo tempo que buscam o filho, exercem um interjogo de defesa a favor da manutenção da esterilidade. Temos aí o cerne do ponto de ambivalência, aspecto comum a todos esses casais. Fica então demarcado que a questão do significado do filho e significado da esterilidade para o casal constitui o ponto fundamental a ser explorado, e é através das alianças intersíquicas que isso pode ser investigado.

Durante o processo de investigação e análise dos casos, um fato que nos chamou a atenção foi a intensidade e a dimensão dos processos colusivos no relacionamento de cada um dos quatro casais. Tal observação nos permite levantar a hipótese de que o casal estéril, independente do tipo de colusão que possa estabelecer, guarda em sua intimidade aspectos narcísicos, na medida em que mantém um estado fusional defensivo em favor de sua própria estruturação vincular. A esterilidade pode estar atuando a serviço da manutenção dessa fusão.

Podemos ainda ressaltar que, nos quatro casos analisados, encontramos, de uma forma ou de outra, marcas de representações negativas frente à maternidade, à formação de família, à entrada do filho, e até mesmo ao 'ser criança'. Essas representações negativas apresentam como sentimentos característicos: abandono, perda, culpa. Um estudo mais profundo desses aspectos exigiria um acompanhamento prolongado de cada caso. As considerações teóricas

de Langer (1978) acerca dos sentimentos de culpa em esterilidade, embora dirijam-se a apenas um dos membros do casal, podem ser utilizadas e aplicadas dentro do contexto interpsíquico. Assinalamos ainda, como possível respaldo à essa questão, a contribuição de Parseval (1981), no que concerne aos aspectos culposos do tornar-se pai.

Do ponto de vista teórico, à partir das considerações de Langer (1978), Parseval (1981), Videla (1984), Deutsch (1945), poderíamos dizer que: se a maternidade remete, principalmente, à fase pré-genital (relação mãe x filha), e a paternidade remete, primordialmente, ao Édipo (desfecho das relações incestuosas), o homem e a mulher, ao formarem um casal interrompido no processo de parentalidade, reencarnam as figuras parentais culpabilizadoras e interditoras (a esterilidade como punição) e, aprisionados em suas experiências primitivas, se unem num 'cárcere' conjugal para juntos cumprirem sua pena - a infertilidade.

A partir desta consideração, concluímos que a situação de esterilidade se presta, pelo que ela própria impossibilita - a maternidade e a paternidade, a mobilizar essas experiências primárias que são reeditadas na vida adulta, e estão presentes no processo de escolha de parceiro e, por conseguinte, no estabelecimento do vínculo conjugal.

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram, também, as consequências provocados pela vivência da esterilidade. A crise de esterilidade vivida por Beth e Fernando (caso no. 2) ilustra adequadamente o que alguns autores (Edelman, 1986; Seibel, 1982; Rosenfeld, 1979) ressaltam sobre o impacto da infertilidade no funcionamento psicológico do casal. A longa duração da esterilidade; os inúmeros procedimentos investigativos; as múltiplas intervenções terapêuticas, todos esses fatores, invadem a vida pessoal e conjugal provocando transtornos e desgaste emocional, conforme está explicitado no caso deste casal. Entendemos que a intensidade da repercussão desses fatores vai depender da estruturação psicológica de cada casal.

Gostaríamos de chamar a atenção para o fato de que a intervenção psicológica em esterilidade não implica obrigatoriamente em encontrar causas psíquicas que determinem o quadro de infertilidade. A impossibilidade de procriar mobiliza a relação bipessoal (conjugal), e nesse sentido, independente de haver ou não uma causalidade psíquica, os aspectos psicológicos estão aí envolvidos. A situação de esterilidade, da mesma forma que pode ser resultante de comprometimentos psicológicos diretamente contrárias à procriação, pode também estar sendo usada como defesa em favor de conflitos pré-existentes e não necessariamente sendo determinada por esses conflitos. Podemos concluir que o fator psicológico tanto pode constituir como manter a esterilidade. Nesse sentido, a análise psicológica da

esterilidade conjugal deve levar em conta esses dois níveis da questão.

A nossa conclusão final reafirma que o vínculo conjugal estabelecido tem suas implicações no processo procriativo, seja contribuindo em sua determinação, seja delineando a organização psicológica do casal frente à situação.

Este trabalho nos propiciou uma visão abrangente no campo da esterilidade, e sobretudo, nos alertou para a importância da integração de todos os fatores que possam estar envolvidos na situação de impossibilidade involuntária de procriar.

A sistematização da literatura, além de ter permitido uma articulação teórico-clínica consistente, se presta a auxiliar o encaminhamento de novos estudos que possam ser desenvolvidos.

Dentre as situações que merecem atenção na área da esterilidade, poderíamos citar algumas consideradas de difícil abordagem e que exigem cuidados especiais: os casos de aborto repetitivo, nati-morto e os casos envolvidos em tratamento por inseminação artificial de doador.

No que se refere mais diretamente ao estudo que desenvolvemos, uma das questões que, ao nosso ver, abre caminho

para um novo estudo, diz respeito aos aspectos narcísicos do casal estéril.

A importância maior deste trabalho deve-se ao desafio de ser, no Brasil, a primeira tentativa de um estudo psicológico sistematizado no campo da esterilidade.

Aceitar esse desafio foi possível, antes de tudo, devido a convivência com os clientes que, cada um a seu modo, fertilizaram o nosso pensamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, Arminda & SALAS, Eduardo J. A paternidade: um enfoque psicanalítico. Trad. de Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre. Artes Médicas, 1984..
- ALLISON, J.R. "Infertility and role conflict: A phenomenological study of women". Unpublished PhD dissertation, California School of Professional Psychology, Los Angeles, 1976.
- BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. de Waltensir Dutra. 4a. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BAKER, Mary A. & QUINKERT, Kathleen. "Women's reactions to reproductive problems". Psycholog. Rep., 53:159-166, 1983.
- BALINT, Michal. O médico, o paciente o a doença. Rio de Janeiro. Atheneu, 1967.
- BENEDEK, Therese et alli. "Some emotional factors in infertility". Psychosomatic Medicine, 15(5):142, 1953.
- BLEGER, José. Psicohigiene y psicologia Institucional. Buenos Aires, Paidós, 1974.
- BOWEN, M. Family therapy in Clinic Practice. New York, Jason Aronson, 1978.
- BOSZORMENY-NAGY, I. & SPARK, G.M. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. New York. Harpen & Row. 1973.
- BURNS, Linda. "Infertility as boundary ambiguity: One Theoretical Perspective". Family Process, 26(3): 359-372, 1987.
- CABAU, Anne. "Stérilité après mort d'enfant". Revue de Médecine Psychosomatique, 1:15-21, 1985.
- CAHEN, Françoise. "De deux à trois: L'inconcevable enfant". Revue de Médecine Phychosomatique, 1:43-50, 1985.
- "Les couples inféconds et leur parcours médical". Dialogue, 104:69-73, 1989.
- CANELLA, Paulo. "Esterilidade conjugal". Femina. 17(12):1023-1030. 1989.
- CHRISTIANSON, Cat. "Support Groups for infertile patients". J.Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 15(4):293-296, 1986.

- COHEN, H.R. "The psychosomatic factor in infertility".
International Journal of Fertility, 6:369-373, 1961.
- DANILUK, Judith C. "Infertility: intrapersonal and interpersonal impact". Fertility and Sterility, 49(6):982-990, 1988.
- DAVIS, Debra C. "A conceptual framework for infertility".
J. Obst. Gynecol. Neonatal Nurs., 16(1):30-35, 1987.
- DEUTSCH, Hélène. (1945) La psicología de la mujer. Trad. esp. de Felipe Jiménez de Asúa. 4a. ed. vol II. Buenos Aires, Losada, 1960.
- ECO, Humberto. Como se faz uma tese. Trad. de Gilson César C. de Souza. São Paulo, Perspectiva, 1983.
- EDELMANN, Robert J. & CONNOLLY, Kevin J. "Psychological aspects of Infertility". Brit. J. Med. Psych., 59:209-219, 1986.
- EIGUER, Alberto. (1983) Um divã para a família: do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica. Trad. de Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre, Artes Médicas, 1985.
- ELLSWORTH, Linda R. & SHAIN, Rochelle N. "Psychosocial and psychophysiologic aspects of reproduction: the need for improved study design". Fertility and Sterility, 44(4): 449-452, 1985.
- ELSTEIN, Max. "Effect of infertility on psychosexual function".
Brit. Med. J., 3:296-299, 1975.
- FARIAS, Lúcia et alii. "Assistência Psicológica em ginecologia - síntese de um projeto". Femina. 12(7):587-591, 1984.
- "O ginecologista e o Cliente". Femina. 12(5):221-225, 1985.
- FARIAS, Lúcia e REIS, Isabel. "Grupos de pré-atendimento em esterilidade". Femina. 13(8):695-699, 1985.
- FAURE, Sylvie. "La question analytique". Revue de médecine psychosomatique, 1:59-65, 1985.
- FEUER, G.S. "The psychological impact of infertility on the lives of men". Unpublished PhD dissertation. University of Pennsylvania, 1983.
- FENICHEL, Otto. Teoria psicanalítica das neuroses. Trad. de Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1981.

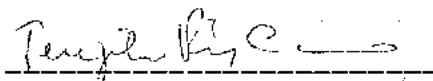
- FERRARI, Héctor. et alii. La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires, Nueva Visión, 1971.
- FREUD, Sigmund. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. Edição Standard Brasileira, vol. XIV, Rio de Janeiro, Imago, 1977.
- GREEN, André. (1988) Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo, Escuta, 1988.
- HALEY, Jay. "An interactional Description of Schizophrenia". Amer. J. Clin. Hypnosis, 1(41), 1958.
- HARRISON, Robert F. et alii. "Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin". Int. J. Fert., 31(2):153-159, 1986.
- HOLANDA, Aurélio Buarque. Dicionário da Língua Portuguesa.
- HOLTZ, S. "An investigation into the relationship between sexual guilt and sex-role and psychogenic infertility in women". Unpublished PhD dissertation, Bryn Mawr College.
- KAUFMAN, S.A. "Impact of infertility on the marital and sexual relationship. Fertility and Sterility, 20:380-383, 1969.
- KLEIN, Melanie (1940). "O luto e a sua relação com os estados maniaco-depressivo". In: - Contribuições à Psicanálise. Trad. de Miguel Maillat. São Paulo, Mestre Jou, 1985.
- KOHUT, Heinz. (1978) Self e narcisismo. Trad. de Pedro Henrique Bernardes Rondon. Rio de Janeiro, Zahar, 1984.
- KRAFT, Adrienne D. et alii. "The psychological dimensions of infertility". Amer. J. Orthopsychiat., 50(4):618-628, 1980.
- LACHOWSKY, Michéle & WINAVER, Diane. "L'homme et l'infécondité du couple". Revue de médecine psychosomatique, 1:94-96, 1985.
- LALOS, Ann et alii. "The wish to have a child". Acta Psychiatr. Scand., 72:476-481, 1985.
- LANGER, Marie. (1978) Maternidade y sexo. Buenos Aires, Paidós, 1981.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. Vocabulário da Psicanálise. Trad. de Pedro Tamen. 7a. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1983.

- LEMAIRE-ARNAUD, Evelyne. "Le génogramme et les secrets de famille". Dialogue. 100:106-110, 1988.
- LEMAIRE, Jean. Terapias de pareja. Buenos Aires, Amorrorto, 1971.
- Le couple: sa vie, sa mort. Paris, Payot, 1979.
- LINK, Paula W. e DARLING, Carol A. "Couples undergoing treatment for life satisfaction". J. Sex and Marit. Ther., 12(1): 46-59, 1986.
- MAI, F.M.N. et all. "Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples". Psychosomatic Medicine, 34:431-438.
- MAHLSTEDT, Patricia P. "The psychological component of infertility". Fertility and Sterility, 43(3):335-346, 1985.
- MALDONADO, Maria Teresa & CANELLA, Paulo. A relação médico-cliente em Ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro, Atheneu, 1981.
- MENNING, Barbara E. "Resolve: a support group for infertile couples". Am. J. Nurs., 76(2):258-259, 1976.
- "The emotional needs of infertile couples". Fertility and Sterility, 34(4):313-319, 1980.
- "The psychosocial impact of infertility". Nursing Clinics of North America, 17(1):155-163, 1982.
- MINUCHIN, Salvador. Famílias: funcionamento e tratamento. trad. por Jurema R. Cunha. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- MOREL, Denise. "Choix du partenaire et généalogie". Dialogue. 100:120-127, 1988.
- NOYES, R.W. & CHAPNICK, E.M. "Literature on psychology and infertility. A critical analysis". Fertility and Sterility. 15:543-558, 1964.
- OLSHANSKY, Ellen F. "Identity of self as infertile: an example of theory-generating research". Ad. Nurs. Science, 9(2):54-63, 1987.

- PARSEVAL, Geneviève Delaisi de. (1981). A parte de pai. Trad. de Lígia A. Watanabe e Theresa C. Stummer. Porto Alegre, L&PM, 1987.
- "L'enfant qui ne peut pas venir (Intérêt de l'abord systémique de la stérilité de couple)". Dialogue. 100:128-137, 1988.
- PAULSON, John D. et alii. "An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility". Fertility and Sterility, 49(2): 258-262, 1988.
- PALTI, Z. "Psychogenic male infertility". Psychosom. Med., 31:326, 1969.
- PICHON-REVIÈRE, Enrique. O processo grupal. Trad. de Marco Aurélio Fernandez Velloso. 1a. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1983.
- PLATT, Jerome J. et alii. "Infertile couples: personality traits and self-ideal concept discrepancies". Fertility and Sterility, 24(12):972-976, 1973.
- ROSENFELD, David L. & MITCHELL, Eileen. "Treating the emotional aspects of infertility: counseling services in an infertility clinic". Am. J. Obstet. Gynecol., 135:177-180, 1979.
- ROSENFELD, H. "A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism". Int. J. Psychanal., 52:169-1778, 1971.
- SANDLER, Bernard. "Emotional stress and infertility". Brit. J. Clin. Pract., 13(5):328-330, 1959.
- SCHEFLEN, Albert E. "Relações bipessoais regressivas". In: SLUZKI, Carlos E., org., Psicopatologia y psicoterapia de la pareja, Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.
- SEIBEL, Mabelle M. & TAYMOR, Melvin L. "Emotional aspects of infertility". Fertility and Sterility, 37(2):137-145, 1982.
- SIMÕES, Paschoal M. (ed.) Ambulatório de esterilidade. Col. Rotinas do Instituto de Ginecologia da U.F.R.J. vol. 3. Rio de Janeiro/São Paulo, Livraria Atheneu, 1986.
- STIEVE, H. "Die Zentralnervöse Steuerung, der Geschlechtsorgane". Medizinische Klinik, no. 1,2:143, 1942.

- THIS, Bernard. O pai: ato de nascimento. Trad. de Mário Fleig e Luiz Carlos Petry. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- VIDELA, Mirta et alii. Esterilidad de la pareja. 1a. ed. Buenos Aires, Trieb, 1984.
- WARTEL, Roger et alii. Psicossomática e psicanálise. Trad. de Luiz Forbes. Rio de Janeiro, Zahar, 1990.
- WATZLAWICK, Paul et alii. Pragmática da comunicação humana. Trad. de Alvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1973.
- Mudança. São Paulo, Cultrix, 1977.
- WEDELL, Mary A. et alii. "Endometriosis and the infertile patient". J.Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs., 14(4):280-283, 1985.
- WILLI, Jurg. (1978) La pareja humana: relación y conflicto. Trad. de Fausto Ezcurra Rolín, 2a. ed. Madrid, Morota, 1985.
- WYNNE, Lyman et alii. "Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenia". Psychiatry, 114(3), 1957.

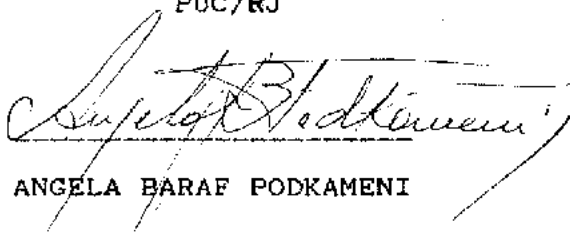
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ,
fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:



TEREZINHA FÉRES CARNEIRO

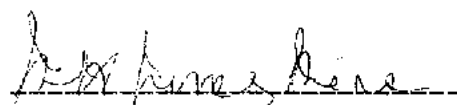
(ORIENTADORA)

PUC/RJ



ANGELA BARAF PODKAMENI

PUC/RJ



MARIA HELENA NOVAES MIRA

PUC/RJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 21/08/71



ANA MARIA NICOLACI DA COSTA

Coordenadora dos Programas
de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas