

ΖΑΪΡΑΣ ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑ

Ψυχολόγου

Δ/κτορας Παν/μίου Εδιμβούργου

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ\*

Η γονιμότητα θεωρήθηκε σημαντικό ζήτημα σε κάθε περίοδο της ανθρώπινης ιστορίας. Μέχρι τον 19ο αιώνα η υπογονιμότητα δεν αντιμετωπιζόταν ως αυτοτελής ασθένεια, αλλά ως σύμπτωμα-αποτέλεσμα διαφόρων γυναικολογικών ή άλλων ιατρικών προβλημάτων. Επικρατούσε συνεπώς η άποψη ότι αν αντιμετωπιζόταν το πρόβλημα που την προκλούσε, θα εξέλειπε και η υπογονιμότητα. Η υπογονιμότητα απέκτησε ξεχωριστή διαγνωστική υπόσταση με κοινωνική διάσταση στο τέλος του 19ου αιώνα. Οι αιτίες υπογονιμότητας αποδίδονταν αποκλειστικά σε γυναικείους παράγοντες, δεδομένου ότι η ανδρική υπογονιμότητα εξομοιωνόταν με τη σεξουαλική ανικανότητα<sup>1</sup>.

Γύρω στα 1900 σημειώθηκε μια σημαντική μείωση στο λευκό πληθυσμό των Η.Π.Α. Η μείωση αυτή αποδόθηκε στο περιορισμό των εντός γάμου γεννήσεων και προκάλεσε πανικό. Το φαινόμενο θεωρήθηκε ότι οφειλόταν στην αλλαγή του ρόλου της γυναίκας. Μάλιστα, ορισμένοι γυναικολόγοι ισχυρίστηκαν ότι η ανάπτυξη πνευματικών δραστηριοτήτων εκ μέρους των γυναικών οδήγησε στη μείωση της αναπαραγωγικής τους ικανότητας<sup>2</sup>.

Πίστευαν, δηλαδή, ότι η είσοδος της γυναίκας στην αγορά εργασίας, αφενός της δημιούργησε άγχη που εκπορεύονταν από την επιδίωξη της κατάρτισής της στον επαγγελματικό χώρο, με αποτέλεσμα τη μεταβολή των ωρορρηκτικών της κύκλων και αφετέρου η καθυστέρηση απόκτησης,

---

\* Άρθρο βασισμένο σε ομιλία της Ζαΐρας Παπαληγούρα στους φοιτητές του Τομέα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στις 16-4-1997.

1. Sandelowski, M. (1993). *With Child in Mind, Studies of the Personal Encounter with Infertility*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia U.S.A.

2. Haller, J.S. & Haller, R.M. (1974). *The physician and sexuality in Victorian America*. Norton, New York.



πρώτου παιδιού λόγω της επιδίωξης της επγγεληματικής της εξέλιξης, όξυνε το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Η άποψη που κυριαρχούσε ήταν ότι αυτή καθ' εαυτή η αργοπορία στην εγκυμοσύνη, δημιούργησε προβλήματα γονιμότητας και ότι οι γυναίκες κατάφεραν μιν να αποκτήσουν περισσότερες διδακτορικές διατριβές αλλά απέτυχαν να αποκτήσουν αρκετά παιδιά!»<sup>1</sup> Στις αρχές του 20ου αιώνα δημιουργήθηκε κάποια ανησυχία για την ενοχή των αφροδίσιων νοσημάτων στην υπογονιμότητα, με συνέπειες κάποιες περιπτώσεις υπογονιμότητας να αποδοθούν στις εξωσυζυγικές σχέσεις των ανδρών. Έτσι για πρώτη φορά ενοχοποιούνται και οι άνδρες για την αδυναμία τεκνοποίησης.

Η διάδοση της σύγχρονης αντισύλληψης στη δεκαετία του 1950 αντέστρεψε την χρονική σειρά που μέχρι τότε ίσχυε ως προς της σύλληψη και ως προς την επιθυμία απόκτησης παιδιού.

Δημιούργησε δηλαδή την ψευδίσθηση ότι η αναπαραγωγική διαδικασία ελέγχεται απολύτως από την επιθυμία του υποκειμένου να αποκτήσει παιδί. Επικόλουθο αυτής της αντίληψης ήταν ότι όταν το ζευγάρι διακόπτει την αντισύλληψη τότε αυτόματα προσμένει μια εγκυμοσύνη. Όταν η εγκυμοσύνη αυτή δεν πραγματοποιείται, δημιουργείται η υποψία της υπογονιμότητας και τα ζευγάρια επισκέπτονται τον γιατρό, συχνά πρόωρα και πολλές φορές χωρίς να υπάρχει πραγματική αιτία αφού έχει διαπιστωθεί ότι στο 30% των ζευγαριών μια εγκυμοσύνη επιτυγχάνεται μετά παρέλευση ενός έτους από την διακοπή της αντισύλληψης<sup>2</sup>.

Η έλλειψη παιδιού έχει μια σημαντική κοινωνική διάσταση και τα ακουσίως άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για τις γυναίκες, γιατί η μητρότητα, παρά την κατάκτηση νέων ρόλων, εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αποστολή της γυναίκας.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει διχογνωμία σχετικά με τα ποσοστά της υπογονιμότητας. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι το ποσοστό της στειρότητας έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας, κυμαίνόμενο από 10% μέχρι 20% - και μάλιστα με τάση αυξητική<sup>3</sup>. Σημαντικός αριθμός ερευνητών αντιτείνει ότι το πραγματικό ποσοστό της στειρότητας, δεν έχει αυξηθεί εδώ και έναν αιώνα. Η διαφορά στην εκτίμηση των παραπάνω ερευνητών οφείλεται σε διάφορες αιτίες. Ίσως η βραχύτερη είναι η μεταξύ τους διάσταση στον ορισμό της στειρότητας καθώς πρόδηλη προϋπόθεση μιας μη

1. White, K. (1981). What to do when you think you can't have a baby, Doubleday, New York.

2. Stephenson, P. & Wagner, M. (Ed.) (1993). Tough Choices. In Vitro Fertilization and the Reproductive Technologies, Temple University Press, U.S.A.

3. Bellina, J.H., & Wilson, J. (1985). You can have a baby: Everything you need to know about fertility, Crown, New York.



αμφισβητούμενης διάγνωσης αποτελεί ο ακριβής και κοινά αποδεκτός ορισμός της «ασθένειας». Στην περίπτωση όμως της στειρότητας ένας ακριβής ορισμός δεν είναι εφικτός, γιατί με τον όρο αυτόν ορίζεται ένα ευρύ φάσμα, από την απόλυτη στειρότητα έως την υπογονιμότητα, με αποτέλεσμα η διχωριστική γραμμή μεταξύ της θεωρούμενης ως φυσιολογικής ή μη φυσιολογικής κατάστασης να είναι αναπόδραστα αυθαίρετη. Αυτός είναι άλλωστε ο λόγος για τον οποίο ούτε οι σχετικοί διεθνείς οργανισμοί δεν συμφωνούν στον ορισμό. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει τη στειρότητα ως «μη σύλληψη μετά από διετή έκθεση στη πιθανότητα εγκυμοσύνης»<sup>1</sup> ενώ η έγκυρη Υπηρεσία Αποτίμησης Τεχνολογίας των Η.Π.Α. (Υ.Α.Τ.) ορίζει τη στειρότητα «ως μη επίτευξη εγκυμοσύνης μετά από 12μηνη σεξουαλική σχέση χωρίς τη χρήση αντισυλληπτικών μέσων»<sup>2</sup>. Είναι προφανές ότι η υιοθέτηση του ορισμού της Υ.Α.Τ. καταλήγει σε μεγαλύτερο ποσοστό στειρότητας, μιάς και ένας αριθμός ζευγαριών που τελικά θα αποκτήσουν παιδιά, λογίζονται κατά τον ορισμό αυτό ως στέρφα.

Εκτός, όμως, από το πρόβλημα του ορισμού της υπογονιμότητας, ένας άλλος παράγοντας που συμβάλλει στη δημιουργία της εντύπωσης ότι τα ποσοστά της στειρότητας έχουν αυξηθεί δραματικά είναι η αύξηση της ζήτησης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Σύμφωνα με την Υ.Α.Τ. οι επισκέψεις σε ειδικευμένους σε θέματα υπογονιμότητας γυναικολόγους αυξήθηκε από τις 600.000 το 1968 σε 1.600.000 το 1984<sup>3</sup>. Η αύξηση αυτή όμως δεν αντικατοπτρίζει αναγκαστικά μια αύξηση στα ποσοστά της υπογονιμότητας, καθώς είναι πιθανό να φανερώνει απλά ότι καινούργιες τεχνολογίες αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα την υπογονιμότητα και έτσι περισσότερα ζευγάρια κάνουν χρήση των τεχνολογιών αυτών. Επιπροσθέτως, περισσότεροι γιατροί ειδικεύονται σε προβλήματα υπογονιμότητας και στη θεραπεία τους, με αποτέλεσμα καθ' υπερβολήν να διαφημίζουν τις δυνατότητες που οι νέες τεχνολογίες διανοίγουν και συνεπώς να αυξάνεται η ζήτηση της εφαρμογής τους. Τέλος, η σημαντική μείωση που παρατηρήθηκε στον αριθμό των διχθέσιμων προς υιοθεσία βρεφών είναι πιθανό να οδήγησε περισσότερα ζευγάρια σε θεραπεία υπογονιμότητας. Συμπερασματικά, παραμένει προβληματική η στάθμιση του ακριβούς ποσοστού της υπογονιμότητας.

1. World Health Organization (1975). The Epidemiology of Infertility: Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO Technical Report Series no. 582.

2. Congress of the United States. Office of Technology Assessment (1988). Infertility: Medical and Social Choices. U.S. Government Printing Office, Washington D.C.

3. Ibid.



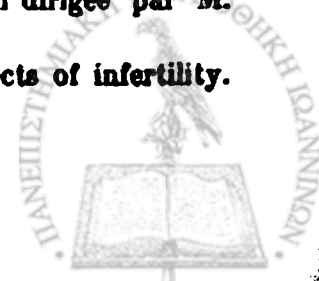
Οι αιτίες υπογονιμότητας είναι ποικίλες. Οι συχνότερες αιτίες υπογονιμότητας που αποδίδονται στη γυναικεία είναι εκείνες που οφείλονται σε ωορρηκτικούς και σπλινγγικούς παράγοντες. Η συχνότερη αιτία που αποδίδεται στον άνδρα είναι η ασθενοσπερμία. Περίπου το 50% των περιπτώσεων υπογονιμότητας οφείλεται στο γυναικείο παράγοντα, το 40% οφείλεται στον ανδρικό, ενώ για το 10% τα αίτια παραμένουν αδιευκρίνιστα. Υπεύθυνος για το 20% περίπου των περιπτώσεων υπογονιμότητας είναι ο συνδυασμός του ανδρικού και του γυναικείου παράγοντα<sup>1</sup>.

Σε ορισμένες περιπτώσεις που η υπογονιμότητα δεν μπορεί να αποδοθεί σε οργανική αιτία, εκεί δηλαδή όπου η επίτευξη εγκυμοσύνης δεν αποκλείεται από εντοπισμένο οργανικό πρόβλημα, αλλά δεν επιτυγχάνεται για άγνωστους λόγους, υπάρχει συχνά μια ψυχολογική σύγκρουση η οποία παρεμποδίζει τη γονιμοποίηση. Η υπογονιμότητα αυτή ονομάζεται ψυχογενής και μπορεί να αποδοθεί σε πολλές αιτίες. Μπορεί, ενδεικτικά, να είναι αποτέλεσμα μιας ασυνείδητης άμυνας στο φόβο των κινδύνων που ενυπάρχουν στην αναπαραγωγική διαδικασία - και ειδικότερα στον τοκετό. Μπορεί ακόμη να οφείλεται σε μια εξιδιχνεύση του πατέρα με τον οποίο κινείται σύντροφος δεν μπορεί να είναι εφάμιλλος. Οι ψυχολογικές συγκρούσεις που οδηγούν στη στειρότητα είναι συχνά τόσο βιθιακά απωθημένες, ώστε πολλές από τις γυναίκες που τις βιώνουν, όσο αποκτούν επίγνωση της αδυναμίας τους να κάνουν παιδιά, τόσο πιο επίμονη και ψυχολογική γίνεται η επιδίωξη απόκτησής τους. Η ψυχνάλυση ανακλύπτει αυτές τις συγκρούσεις καθώς και τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ που προστατεύουν τις γυναίκες αυτές από μια εγκυμοσύνη και ένα τοκετό που θα μπορούσαν να κλονίσουν επικίνδυνα την ισορροπία τους. Οι έρευνες όμως που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια δείχνουν πως οι περιπτώσεις όπου η υπογονιμότητα οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες δεν είναι συχνές<sup>2</sup>.

Όταν η εγκυμοσύνη κηθυστερεί και διεγνωσθεί η υπογονιμότητα, η γυναίκα βιώνει διττή αποτυχία: κοινωνική, καθώς δεν ανταποκρίνεται στα κοινωνικά στερεότυπα, αλλά και προσωπική, δεδομένου ότι η θηλυκή της ταυτότητα κλονίζεται. Η ειδική σε θέματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ψυχνάλυτρίς Delaisi de Parsoval αναφέρει χαρακτηριστικά ότι το γυναικείο σύμβολο δεν είναι η μητρότητα, αλλά η γονιμότητα. Τη θηλυκή της υπόσταση δίνει στη γυναίκα η εγκυμοσύνη - αδιάφορο αν τελικά οδη-

1. Campana, A. & Lemièrre - De Vita, S. (1985). L' Infécondité Par Stérilité. Les Enfants des Couples Steriles. La Vie de l' Enfant. Collection dirigée par M. Soulé. Editions E.S.F., Paris, pp. 9-17.

2. Edelman, R. & Connolly, K. (1986). Psychological aspects of infertility. British Journal of Medical Psychology, 59, pp. 209-219.



γίσει σε αποβολή ή σε τοκετό. Επικόλουθο αυτού είναι μια γυναικία υπογονιμη η οποία ποτέ δεν κυοφορεί, να μην θεωρείται πραχμητικά γυναικία<sup>1</sup>.

Τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας βιώνουν δι-αδοχικούς κύκλους ελπίδας και πένθους. Ελπίδας, στην πρώτη φάση του κύκλου και πένθους στη δεύτερη φάση όταν η θεραπεία αποτυγχάνει και επανεμφνίζετχι η έμμηνος ρύση. Τα ζευγάρια αυτά κχταλήγουν μονχδικός σκοπός της ζωής τους να κχθίστχτχι η επίτευξη μιας εγκυμοσύνης. Η θεραπεία προϋποθέτει προκχθορισμένες σεξουαλικές επαφές, το αποτέλεσμα των οποίων «ελέγχετχι» από το γιχτρό που πρχκολουθει το σχεδιάγραμ-μα με την κχθημερινή απεικόνιση της θερμοκρασίας της γυναικίας προκει-μένου να δικπιστώσει αφενός αν υπάρχει ωορρηξία και αφετέρου αν έγινε «σωστή εκμετάλλευση» της ημέρας εκείνης. Συνέπεια αυτού αποτελεί να κχθίστχτχι δημόσια η πιό προσωπική στιγμή του ζευγαριού αλλά και η σε-ξουαλική πράξη να γίνεται μηχανιστική και κχτανγκχστική γιχ τα περισ-σότερα ζευγάρια. Η θλίψη που βιώνεται μετά από κάθε αποτυχημένη προ-σπάθεια θεραπείας της στειρότητας προσιδιάζει με τη θλίψη που προκχλεί ο θάνατος ενός βρέφους.

Στα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας πρχτη-ρείτχι συχνά ένας πρχξυσμός στην επιθυμία απόκτησης παιδιού. Εκδη-λώνεται με το σύνδρομο «μωρό με οποιοδήποτε κόστος»<sup>2</sup> και εκφράζετχι με την τεκνοποίηση να πχίρνει τον χρχρχτήρα του επείγοντος, με έμμονες ιδέες και υιοθέτηση σχετικών τελετουργικών πράξεων με μείωση της σε-ξουαλικής επιθυμίας και τη συσχέτισή της μόνο με την αναπρχγωγή, με εμφάνιση κχταθλιπτικών συμπτωμάτων (άγχος, αύπνία, ανορεξία/βουλι-μία, αβουλία/υπερκινητικότητα), με αίσθημα απόγνωσης στην εμφάνιση της περιόδου και φθόνο έναντι των ζευγαριών που δεν έχουν πρόβλημα γο-νιμοποίησης.

Η έρευνα δείχνει ότι πολλά ζευγάρια που ανακχλύπτουν την ύπαρξη προβλήματος γονιμότητας, μετά από μια περίοδο εύλογου πένθους, επεξερ-γάζονται το πρόβλημα και επιλέγουν εναλλακτικούς ρόλους στη ζωή τους. Όμως, άλλα ζευγάρια με μεγάλη επιμονή και ψυχαναγκχσμό επισκέπτο-νται όποιον γιχτρό τους συστήσουν και ακολουθούν την κάθε προ-τεινόμενη θεραπεία χωρίς να υπολογίζουν το σωμητικό, το ψυχικό και το οικονομικό κόστος που αυτές οι ατέρμονες προσπάθειες συνεπάγο-

1. Delaisi de Parseval, G. & Janaud A. (1983) L' Enfant à tout prix. Essai sur la médicalisation du lien de filiation. Ed. du Seuil., Coll. «Points actuels», Paris.

2. Delaisi, G. & Verdier, P. (1994). Enfant De Personne. Editions Odile Jacob, Paris.



νται. Μια υπόθεση που προτάθηκε από τους ερευνητές που προσπάθησαν να εξηγήσουν το φαινόμενο αυτό είναι ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν αυτήν την ψυχαναγκαστική εμμονή στην επιθυμία παιδιού, έχουν παραδοσιακότερες αντιλήψεις για τους ρόλους στην οικογένεια, και συνεπώς η διάγνωση της μη γονιμότητας, ανατρέπει ακόμη περισσότερο τη γυναικεία τους ταυτότητα. Ο Βέλγος ψυχαναλυτής Luc Roegiers παρουσίασε πρόσφατα μια ενδιαφέρουσα έρευνα όπου ισχυρίζεται ότι στις διάφορες διαδρομές αναζήτησης παιδιού - στην υιοθεσία ή στην εξωσωματική γονιμοποίηση - εντοπίζεται ένας αριθμός ενηλίκων, οι οποίοι στην παιδική τους ηλικία βίωσαν «αθροιστικές αδικίες» όπως τις αποκλείει, όπως εγκατάλειψη ή θάνατο γονιού όταν οι ίδιοι ήταν ακόμη σε μικρή ηλικία, τις οποίες αδικίες προσπιθούν, συχνά με ένα τρόπο απελπισμένο, «να διορθώσουν» επιδιώκοντας να ζήσουν τα παιδικά τους χρόνια μέσα από εκείνα των παιδιών τους<sup>1</sup>.

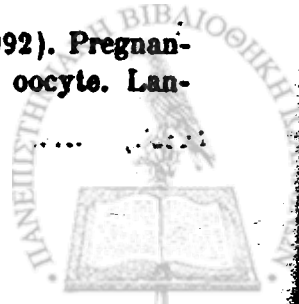
Η βαθμιαία εξάπλωση της σύγχρονης τεχνολογίας στην αναπαραγωγή του ανθρώπου έδωσε τη δυνατότητα σε πολλά ζευγάρια που άλλως θα παρέμεναν άτεκνα να αποκτήσουν απογόνους. Υπολογίζεται ότι μόλις ένα ποσοστό της τάξης του 3-4% δεν μπορεί να βοηθηθεί από τις σύγχρονες μεθόδους αναπαραγωγής<sup>2</sup>. Σήμερα, ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας είναι δυνατόν να αποκτήσει μωρό με τη συνδρομή ενός εργαστηρίου, ενός δότη, ή και των δύο παραγόντων. Το εργαστήριο παρεμβάλει στις περιπτώσεις εκείνες που τα αίτια της υπογονιμότητας αναχαιτίζουν την γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο *in vivo*. Έτσι, η γονιμοποίηση συντελείται σε δοκιμαστικό σωλήνα και το δημιουργούμενο έμβρυο εμφυτεύεται στη μήτρα της γυναίκας. Η μέθοδος συνεπάγεται τη χρήση γαμετών των δύο συζύγων, ή ενός εκ των συζύγων και ενός δότη ή ακόμη και δύο δοτών. Αποκλείεται Εξωσωματική Γονιμοποίηση και Εμβρυομεταφορά (*In Vitro Fertilization and Embryo Transfer* ή *IVF-ET*) και δοκιμάστηκε για πρώτη φορά με επιτυχία στη Μεγάλη Βρετανία το 1978<sup>3</sup>. Στις περιπτώσεις σοβαρής ασθενοσπερμίας χρησιμοποιείται η μέθοδος της Μικρογονιμοποίησης (*Intra-Cytoplasmic Sperm Injection* ή *ICSI*)<sup>4</sup>. Με την μέθοδο αυτή ακινητοποιείται ένα από τα σπερματοζωάρια του συζύγου, αναρροφά-

1. Roegiers, L. (1994). *Les cigognes en crise*. De Boeck-Wesmael, Bruxelles.

2. Leridon, H. & Spira, A. (1984). Problems in measuring the effectiveness of infertility therapy. *Fertility & Sterility*, 41, pp. 580-586.

3. Steptoe, P.C., & Edwards, R.G., (1978). Birth after reimplantation of a human embryo. *Lancet*, ii., p. 366.

4. Palermo, G. D., Devroey, J., & Van Steirteghem, A. C. (1992). Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet*, 340, pp. 17-18.



τι με ένα ειδικό εργαλείο και στη συνέχεια διαπερνάται η ζώνη του ωαρίου και εγχύεται το σπερματοζωάριο μέσα στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Μετά την γονιμοποίηση ακολουθείται η κλασική πορεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και εμβρυομεταφοράς. Η μέθοδος *ICSI* έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της σοβαρής ασθenoσπερμίας. Δότες χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις όπου τα αίτια υπογονιμότητας επιβάλλουν την χρησιμοποίηση ξένων σπερματοζωαρίων, ξένων ωαρίων ή ξένου εμβρύου- όπου σπέρμα δότη γονιμοποιεί ωάριο δότριας και το έμβρυο μεταφέρεται στη μήτρα της συζύγου.

Κοινό γνώρισμα κάθε είδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ότι διαχωρίζεται η αναπαραγωγική διαδικασία από τη σεξουαλική πράξη. Μεταξύ του άνδρα και της γυναικας παρεμβάλλεται είτε ο γιγτρός, είτε ο δότης, είτε το εργαστήριο, είτε όλοι οι παραπάνω παράγοντες, περιπλέκοντας ακόμη περισσότερο τις ψυχολογικές επιπτώσεις των μεθόδων αυτών. Η εφαρμογή της σύγχρονης τεχνολογίας στην αναπαραγωγή του ανθρώπου δεν μετέβλε απλώς τη γενετήσια σχέση του, αλλά δημιούργησε μια σειρά ψυχολογικών, κοινωνικών, ηθικών, νομικών και φιλοσοφικών προβλημάτων.

Ζευγάρια που ο ένας εκ των δυο αντιμετωπίζει πρόβλημα γονιμότητας είναι σε θέση να αποκτήσουν παιδιά τα οποία είναι κατά το ήμισυ βιολογικά δικά τους, ή βιολογικά δικά τους που όμως κυοφορήθηκαν από «φέρουσα» μητέρα. Αδελφια μπορούν να γονιμοποιηθούν την ίδια μεν στιγμή, αλλά να γεννηθούν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Είναι δυνατόν να γεννηθούν παιδιά ενώ οι βιολογικοί τους γονείς δεν βρίσκονται πλέον στη ζωή. Σήμερα ένα παιδί είναι δυνατόν να έχει πέντε γονείς - τη δότρια ωαρίου, το δότη σπέρματος, τη γυναικα που γεννάει το παιδί, καθώς και τους δύο θετούς γονείς που θα το ανατρέψουν.

Χαρακτηριστικό της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις είναι ότι η πλειοψηφία των ζευγαριών που αποκτούν παιδιά με τις μεθόδους αυτές, παραμένουν μη γόνιμα και μετά την απόκτηση παιδιού. Δεν μπορούν, δηλαδή, να αποκτήσουν άλλο παιδί παρά μόνο μετά από νέα θεραπεία. Συνεπώς, συνισθήματα ντροπής, ενοχών καθώς και η κακή εικόνα εαυτού είναι δυνατόν να εξακολουθούν να είναι πρόβληματα και μετά τη γέννηση του παιδιού.

Τα παιδιά που γεννιούνται μετά από επιτυχείς προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης έχουν χαρακτηριστεί ως «υπερεπιθυμητά μωρά». Είναι μωρά στα οποία έχει υπάρξει συνισθηματική υπερεπένδυση των γονιών, συγχρόνως όμως είναι συχνά μοναχοπαιδιά που θα πρέπει να υποστούν την αμφιθυμία, ακόμη και την επιθετικότητα των γονιών τους, που τα περίμεναν πολλά χρόνια και υπέστησαν πολλές ταλαιπωρίες προκειμέ-



νου να τα αποκτήσουν. Η γέννηση ενός παιδιού δεν εξαλείφει αυτόματα τα χρόνια της δοκιμασίας που προηγήθηκαν. Υπάρχει μάλιστα ο κίνδυνος το παιδί να αποτελεί τον «μάρτυρα», αλλά και τον «κληρονόμο» των δύσκολων αυτών χρόνων. Ο διαφορετικός τρόπος με τον οποίο γεννήθηκαν τα παιδιά αυτά τα κλιμακωτά «ιδιαιτέρως», με αποτέλεσμα να είναι πιθανό να υπερπροστατεύονται, αλλά και τα ίδια να αισθάνονται το βάρος της «ιδιαιτερότητας». Η γονεϊκή υπερεπένδυση, το άγχος των γονιών, καθώς και η υπερπροστασία είναι παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν καθοριστικά στη πρόκληση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στα παιδιά. Στην αύξηση του γονεϊκού άγχους και στην ανάπτυξη του υπερπροστατευτισμού συμβάλλει επιπρόσθετα η «υπεριχτρικοποίηση» των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Τα ζητήματα που προκύπτουν στις περιπτώσεις δοτών ωαρίων, σπερματοζωαρίων ή εμβρύων είναι πολύπλευρα όσο και πολύπλοκα και οι ανάγκες όλων των συμβαλλομένων είναι σημαντικές: του δότη, της οικογένειάς του, του δέκτη, της οικογένειάς του, των δυνάμει απογόνων τους. Στην απόφαση για χρησιμοποίηση δότριας ωαρίων ή δότη σπέρματος οδηγούνται τα ζευγάρια ή οι γυναικες υπό διάφορες αιτίες, κοινό γνώρισμα των οποίων είναι η «απώλεια»: η απώλεια της γονιμότητας για τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στειρότητας, η απώλεια της υγείας για τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν κάποιο γενετικό πρόβλημα που δεν θα ήθελαν να κληροδοτήσουν στους απογόνους τους, ή η απώλεια της ετερόφιλης σχέσης και του γάμου για τις γυναικες εκείνες οι οποίες θέλουν να τεκνοποιήσουν μόνο με σπέρμα δότη. Από τις παραπάνω ομάδες οι ανήκοντες στην πρώτη είναι συνήθως οι περισσότεροι ευάλωτοι ψυχικά. Είναι οι πλέον αμφίθυμοι ως προς τη μέθοδο και παράλληλα έχουν μια μικρά προϊστορία στη θεραπεία της υπογονιμότητας.

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσον τα παιδιά που γεννιούνται μετά από εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων διατρέχουν περισσότερους ψυχολογικούς κινδύνους από τα παιδιά τα οποία γεννιούνται «φυσιολογικά». Δυστυχώς η έρευνα τα τελευταία χρόνια έχει ελάχιστα ασχοληθεί με τα ίδια τα παιδιά και το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί κυρίως στα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από την αποθήκευση, την καταστροφή και τον πειραματισμό επί των εμβρύων<sup>1</sup>.

Τα κλινικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι η εμπειρία της υπογονιμότητας επηρεάζει σημαντικά την εμπειρία της εγκυμοσύνης. Συνισθήματα όπως δυσπιστία, ανησυχία, ευφορία, αγωνία ή αμφιθυμία είναι έντονα στις εγκυμοσύνες μετά από προβλήματα υπογονιμότητας. Οι ίδιες οι γυναίκες

1. Blyth, E. (1990). Assisted reproduction. What's in it for children? *Children and Society*, 42, pp. 167-182.





αναφέρουν ότι την τόσο επιθυμητή εγκυμοσύνη τους δεν ακολούθησε η προσδοκόμενη περίοδος ψυχικής ευφορίας αλλά μια χαρά ανάμεικτη με έντονο φόβο και κχυποψία. Ο Glazer<sup>1</sup> περιγράφει πέντε περιπλοκές που βιώνουν οι γυναίκες εκείνες που κυοφορούν ύστερα από προγενέστερη εμπειρία υπογονιμότητας: Φόβο αποβολής, φόβο απόκτησης μη υγιούς παιδιού, δυσκολία στην προσχρομγή ταυτότητας από υπογόνιμες σε εγκυμονούσες, σύγκριση σε σχέση με τη θέση τους, στην ομάδα των γονίμων ή μη, καθώς και φόβο της εμπειρίας μίας εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου.

Οι περιορισμένες έρευνες οι σχετικές με τις οικογένειες που δημιουργήθηκαν μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση με γαμέτες των δύο συζύγων, με δότες σπέρματος και δότριες ωαρίων, δεν εμφανίζουν διαφορές μεταξύ των παιδιών που γεννιούνται μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και των παιδιών που γεννιούνται «φυσιολογικά». Διαπιστώνεται όμως, ότι η στάση των γονέων απέναντι στα παιδιά τους χαρακτηρίζεται από υπερπροστασία και από υπερβολική επιείκεια<sup>2</sup>. Οι έρευνες ακόμη αναφέρουν ότι δεν υπάρχει διαφορά στη ποιότητα δεσμού που δημιουργούν τα παιδιά που γεννιούνται μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση ακόμα και στις περιπτώσεις όπου έχουν χρησιμοποιηθεί δότες. Σημειώνουν όμως ότι η ποιότητα της γονεϊκότητας είναι «καλύτερη» όταν τα παιδιά αποκτώνται μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή υιοθεσία<sup>3</sup>.

Οι ψυχίατροι και οι ψυχαναλυτές έχουν γενικά μια θέση πιο επιφυλακτική όσον αφορά στις επιπτώσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Και εδώ όμως πρέπει να σημειωθεί ότι οι αξιολογήσεις ψυχιάτρων και ψυχαναλυτών οι σχετικές με τις επιπτώσεις της μεθόδου βασίζονται σε κλινικές διαπιστώσεις περιπτώσεων με τις οποίες ασχολήθηκαν και, συνεπώς, με κατά τεκμήριο «προβληματικές» περιπτώσεις. Αβίαστο είναι το συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητη η διενέργεια περισσότερων ερευνών, πριν καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αλλά και κάθε θεραπεία υπογονιμότητας που περιλαμβάνει διέγερση των ωοθηκών ώστε να παραχθούν

---

1. Glazer, E.S. (1993). *The Long-Awaited Stork. A Guide to Parenting After Infertility*. Lexington Books, Maxwell Macmillan, Inc. New York.

2. Weaver, S., Clifford, E., Gordon, A., Hay, D., & Robinson, J. (1991). Successful IVF/GIFT: a postnatal adjustment and child rearing attitudes. 7th Annual Meeting of the ESHRE, Paris, 30 June - 3 July.

3. Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, M., Guerra, D., Mantovani, A., Hall, E., Crosignani, P. & Dexeus, S. (1996). The European study of assisted reproductive families: family functioning and child development. *Human Reproduction*, vol. 11, no. 10, pp. 2324-2331.



πολλαπλά ωοθηλάκια οδηγεί σε σημαντική αύξηση της συχνότητας των πολύδυμων κυήσεων. Το ποσοστό των αποβολών, πρόωρων τοκετών, νεκρών νεογνών, αλλά και βρεφών που πεθαίνουν στη διάρκεια του πρώτου μήνα της ζωής τους είναι σημαντικά αυξημένο στις πολύδυμες κυήσεις. Οι πολύδυμες κυήσεις στην εξωσωματική γονιμοποίηση φθάνουν το 25% του συνόλου των κυήσεων. Τα πληρέστερα και πιο πρόσφατα σχετικά στοιχεία που αναφέρονται στο Βέλγιο μαρτυρούν ότι από τον Ιανουάριο 1976 μέχρι το Δεκέμβριο 1995 καταγράφηκαν 3161 δίδυμες, και 119 τρίδυμες κυήσεις. Εξ αυτών οι 725 δίδυμες και οι 97 τρίδυμες ήταν αποτέλεσμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στις Η.Π.Α. αναφέρεται ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συνέβαλε στην κατά 22% αύξηση των τρίδυμων και πολύδυμων κυήσεων<sup>1</sup>.

Οι πολύδυμες κυήσεις έχουν σημαντικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Πολλές μητέρες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο μοίρασμα των συναισθημάτων τους όταν τα μωρά είναι περισσότερα από ένα, και ακόμη, ορισμένες προτιμούνται γιατί αισθάνονται κοντύτερα στο ένα παρά στο άλλο μωρό, με αποτέλεσμα να βιώνουν ενοχές. Τα ποσοστά κατάθλιψης είναι σημαντικά αυξημένα στις περιπτώσεις μητέρων που απέκτησαν περισσότερα από ένα μωρά<sup>2</sup>.

Όσον αφορά στο θέμα της διατήρησης ως μυστικού ή αποκάλυψης της χρήσης της μεθόδου της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με δότη, ενώ οι περισσότεροι ειδικοί είναι κατά της διατήρησης του μυστικού, οι έρευνες διαπιστώνουν ότι τα περισσότερα ζευγάρια δεν αποκαλύπτουν το γεγονός. Οποσδήποτε, δεν πρέπει να προηγουμένως οι ηθικές διστάσεις της απόκρυψης σημαντικής πληροφορίας από ένα άτομο, ούτε ακόμη και η επίδραση στην δυναμική των σχέσεων μιας οικογένειας που κρατάει κάποιο μυστικό από ένα της μέλος. Ένα μυστικό, μάλιστα, που αφορά μια σημαντική πληροφορία της ιστορίας του. Αλλά εξίσου κρίσιμο είναι το κατά πόσο τα ζευγάρια βοηθήθηκαν ψυχολογικά ώστε να μεταβολίσουν τα πραγματικά γεγονότα αλλά και τις φαντασιωσικές πτυχές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δηλαδή τα σχετικά με τον δότη, την τεχνική της σπερματέγχυσης, τον διαχωρισμό γονιμότητας / σεξουαλικότητας και το μυστικό καθ' εαυτό. Τελικά, βέβαια, ο τρόπος με τον οποίο η πραγματικότητα θα βιωθεί, εξαρτάται από τον ψυχολογικό εξοπλισμό και τις άμυνες του κάθε ατόμου, ή του κάθε ζευγαριού.

1. Derom, C., Derom, R., Vlietinck, R., Van den Berghe, H., & Thiery, M. (1987). Increased monozygotic twinning rate after ovulation induction. *Lancet*. pp. 1236-8.

2. Bryan, E. (1996). *Le stress lié aux naissances multiples. Des enfants comme les autres?* Ed. Bourg. Cl. Editions Luc Pire, Paris.



Όσο περίπλοκη και αντιφατική είναι η επιθυμία απόκτησης παιδιού, τόσο πολύπλοκες είναι και οι σύγχρονες λύσεις για την αντιμετώπιση και πραγματοποίηση της επιθυμίας αυτής. Αν η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή προσφέρεται προκειμένου οι ενήλικες να αποκρύψουν την κοινωνική και ψυχική μειονεξία που βιώνουν σαν αποτέλεσμα της μη γονιμότητάς τους, τότε ίσως να μπορούν να εκφραστούν φόβοι για τη ψυχική ισορροπία των παιδιών που γεννιούνται με τις μεθόδους αυτές. Αν, από την άλλη πλευρά η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν παρεμποδίζει και τα δύο μέλη του ζευγαριού να ολοκληρώσουν το πένθος της γονιμότητάς τους, τότε τα παιδιά που γεννιούνται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θα έχουν κάθε δυνατότητα να είναι παιδιά «σαν όλα τα άλλα».

