

A PARTIR DE LA FECUNDACIÓN IN VITRO

F. Moreau*

C. Lortet*

I. Commenges DUGOS**

C. IWestre*

*Servicio de Medicina Psicosomática -Profesor F. Moreau- RCE -Höpital Haut Leve-que- Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

**Centro de Fecundación in Vitro -Centre Hospitalier de Bordeaux.

Es, efectivamente, a partir de este universo misterioso y prohibido de lo maternal, donde los increíbles progresos de la investigación biológica y clínica nos indican algunas ideas, con las que vamos a tratar juntos de llevar a cabo este trabajo de prehistoria psicosomática. El interesarse en este movimiento psicosomático, a través de esta situación experimental, que es la demanda de fecundación, es ir a las fuentes de la vida. Es esto lo que ha fascinado a los médicos, biólogos, ingenieros médicos, que rodean, sin trasfondo de pensamiento ético, el síntoma de la esterilidad, y muestran que pueden ser padres de una nueva generación: la de los niños probeta.

¿A qué precio? Esta es la cuestión que nos planteamos cuando nuestro colega ginecólogo nos contaba la historia de esta FIV "exitosa, en la que la sujeto tenía ya tres hijos en la asistencia pública", ir entonces a las fuentes de la vida, es para los psicosomatólogos, tratar de centrar aquello en lo que la psyche interviene en la función de reproducción, y lo que así mismo interviene en una situación casi experimental y no patológica.

HIPÓTESIS

Así presentadas, las cosas parecen sencillas. El movimiento psicosomático puede sernos útil para;

- 1) ¿Entender las desorganizaciones, origen de las obstrucciones tubáricas, que hemos elegido como sujeto de estudio gracias a una investigación anamnésica precisa?
- 2) ¿Introducir la noción de mentalización en la comprensión de los modestos resultados obtenidos con los medios biológicos más científicamente sofisticados (18% de embarazos evolutivos obtenidos por FIV con gran confusión de indicaciones), a pesar del esfuerzo encarnizado en obtener más, tanto del lado de las mujeres demandantes como desde los médicos?

RESULTADOS FIV 1991		
INTENTOS n = 225		
Embarazos evolutivos	actividad cardíaca 6.ª semana	n = 42 : 18,7%
Embarazos evolutivos	tercer trimestre (o parto)	n = 38 : 17%
Abortos		n = 4 : 10%
GEV		n = 0
SERVICIO DEL PROFESOR DUBECQ - PROFESOR DALLAY DOCTOR COMMENGES		

DESCRIPCION DE LA POBLACION	
Edad media de la mujer	33 años/23 a 44
Tipo de esterilidad	38% tubárica absoluta 4% L de T 16% tubárica relativa 7% tubárica asociada 6% heterogénea 6% masculinas propiamente dichas
<ul style="list-style-type: none"> • 65% tubáricas • 12 % masculinas • 7% endometriosis • 3% cervicales • 13% inexplicables 	
NUMERO DE OVOCITOS	media n = 5/0 a 22
NUMERO DE EMBRIONES	media n = 2,2/0 a 13
Paridad 75,5%	esterilidad primera o segunda NO MADRES
25,5%	Esterilidad secundaria UNI O MULTIPARAS
RANGO DEL INTENTO (repartición)	RG1 50% RG2 27% RG3 10% RG4 6% RG5 4% RG6 1% RG7 2%

METODOLOGÍA

1) Nuestra hipótesis era simple: cuando la mentalización es mejor, mejores son las posibilidades de ovulación, fecundación, anidación y, por tanto, de embarazo. Ya vemos aquí dibujarse la complejidad de una función tan fundamental como la de la producción de gametos y su futuro.

2) Así pues, se trataría de realizar, en el marco de las demandas de FIV por causa de esterilidad, tanto por obstrucción tubárica o endometriosis, una investigación psicosomática previa a cualquier tratamiento. Si hemos elegido las esterilidades de origen tubárico, es para quedarnos lo más posible en el campo psicosomático, y alejarnos, por lo menos así lo pensamos nosotros, del marco de la esterilidad estrictamente psicógena. Veremos que es imposible deslindar lo psíquico de lo orgánico incluso en sus orígenes. Esta elección está igualmente dirigida por la claridad de las indicaciones en este marco orgánico.

3) **Nuestra experiencia** alcanza dos años de trabajo. Hemos realizado 23 **investigaciones**. Hemos retenido 18; 2 pacientes, aunque teniendo cita, no se han presentado a ésta, una de las dos, quedando espontáneamente embarazada poco tiempo después de la cita fallada, a pesar de una obstrucción tubárica bilateral... relativa. Tres investigaciones no han podido ser registradas de forma satisfactoria.

No teníamos ninguna información médica sobre el perfil médico de estas mujeres.

4) **La clasificación P. Marty - IPSO*** (14) fue utilizada para cada paciente. Sobre los resultados de estas entrevistas, nos esforzamos en clasificar a las pacientes en función del pronóstico calificado como "bueno" en caso de neurosis mental organizada (III) de neurosis de carácter bien mentalizada (121). El pronóstico ha sido calificado de "malo" en casos de mentalización incierta (122) o mal mentalizada (123) con todos los argumentos sacados de las particularidades habituales del funcionamiento mental y de los datos sintomáticos inmediatos o anamnésicos establecidos por la clasificación. Una de las mayores dificultades que encontramos, ha sido la actitud defensiva de las mujeres que, a pesar de la información previa de una gestión de investigación, modificaron el tono de la entrevista, considerando que según el resultado de este "examen de paso" podrían ser o no admitidas a la FIV.

Esto constituye una crítica metodológica irrevocable, válida para toda investigación que se dirija a un sujeto "normal" con el que cualquier acercamiento a la vida mental es sorprendente, véase intrusivo.

5) **En un segundo tiempo**, hemos **confrontado nuestros resultados** a la realidad de los obtenidos por fecundación in vitro gracias a la ayuda de nuestro colega y amiga la Dra. Commenges-Ducos sin la que este trabajo no hubiera podido realizarse.

RESULTADOS

Siete mujeres de 18 tuvieron el perfil de "buen pronóstico" (121). Ocho mujeres de 18 tuvieron el perfil de "mal pronóstico" con una mentalización incierta (122).

Tres mujeres de 18 tuvieron el perfil de "mal pronóstico" con una mala mentalización (123).

Los ítems de la clasificación Marty-IPSO más frecuentemente encontrados, son los siguientes:

En el orden sintomático:

221, 9/18 (angustias objetales). 235,8/18 (carácter oral).

281, 6/18 (inhibición, evitamiento o rechazo de las representaciones y del pensamiento),

En el orden de la interpretación:

482, 7/18 (noción de traumatismo, de una situación familiar habiendo podido interferir en la evolución clásica de la sexualidad infantil).

421, 5/18 (infantilismo regresivo).

En el orden de la anamnesia:

693, 4/18 (presión en la adolescencia).

622, 3/18 (duelos significativos durante los dos primeros años de la vida o durante el embarazo de la madre).

625. 3/18 (cambio de la economía relacional durante los dos primeros años de la vida).

626. 3/18 (cambio prepuberal de la economía relacional).

Para entendernos, estos datos no tienen más que un valor orientativo. Podríamos decir sin originalidad, el que los sucesos nos lleven al déficit, al duelo, a la pérdida durante la primera infancia o la adolescencia, es un elemento siempre presente.

FUTURO DE LAS FIV

En primer lugar, quisiéramos recordar las condiciones en las que se realizan las FIV. Una vez planteada la indicación se efectúa en primer lugar una estimulación ovárica, con el fin de obtener ovocitos suficientes. Estos ovocitos son sacados por punción transvaginal bajo control ecográfico, incubándose durante el tiempo necesario para su preparación, y la selección y preparación de espermatozoides del donante. Los óvulos son inseminados in vitro y después de unas 40 horas de cultivo, los embriones debidamente controlados se introducen en número de tres en el útero materno. La eficacia de las FIV depende del número de embriones reimplantados, hay que pasar entre el embarazo imposible y el embarazo múltiple. Los embriones no implantados se congelan, pudiendo reimplantarse posteriormente. Así pues, vemos la importancia de las precauciones necesarias previamente a la realización de estas técnicas (12). Es así mismo evidente que los numerosos parámetros en juego interfieren grandemente con los factores psicoafectivos que estudiamos. También es una de las características de este método, y que plantea generalmente el problema de la validez de la investigación clínica en psicopatología. Los parámetros relacionales en un equipo multidisciplinario son importantes, y hacen particularmente subjetivos los resultados de las FIV.

Estos son los resultados de nuestras confrontaciones clínicas:

- **Siete mujeres sobre 18 tienen un perfil de buen pronóstico (121). Las siete quedan embarazadas**, aunque 2 abortan.

- **Ocho mujeres sobre 18 tienen un perfil de mal pronóstico con una menialización incierta (122). Tres quedan embarazadas, una de las cuales con un embarazo extrauterino.**

- **Tres mujeres sobre 18 tienen un perfil de mal pronóstico** con una mala mentalización (123). **Ninguna queda embarazada**. Una mujer de este grupo ha pedido su quinto intento de FIV.

COMENTARIOS

A) **En primer lugar hablaremos de los resultados**. Conviene señalar que no puede obtenerse ninguna conclusión general con un número tan restringido de mujeres. Sin embargo, **la relación entre la buena mentalización y la aparición de un embarazo es absoluta** incluso si el resultado de éste no está del todo claro (2 abortos). Esto confirma la importancia de los distintos factores en juego.

En este primer grupo, dudamos en uno de los casos, entre una buena mentalización y una mentalización incierta, quedándonos al final con la buena mentalización. Esto hace pensar en el cuidado que hay que tener en la valoración de la clasificación, que habrá que someter, a resultados de este estudio a una doble apreciación a partir de las grabaciones. Hemos de señalar que es en este grupo donde se encuentran los mejores resultados de las estimulaciones ováricas (14 ovocitos en una sola paciente).

En cuanto al grupo 122 encontramos un número relativamente elevado de embarazos (3/8). Por lo menos en uno de los casos pensamos haber subestimado su calidad de mentalización, pero no corregimos este error después de despejar y confrontar los resultados.

Todavía nos parece necesario **desgajar este grupo de mentalizaciones inciertas** valorando más otros criterios significativos entre los cuales, en este estudio por lo menos, **los criterios anamnésicos** nos parecían tener un lugar más relevante.

Finalmente, insistimos sobre el hecho **que no se produjo ningún embarazo en el grupo de mujeres con una mala mentalización**. Podemos extraer de estos resultados, que la mala mentalización debe de ser un argumento de la estrategia de la indicación y sin duda un elemento de ponderación en la multiplicación de la repetición de los intentos.

Esta posición, por supuesto que puede ser criticada: ¿el psicosomatólogo puede ser el censor de una técnica?

B) A continuación quisiéramos extraer de nuestras entrevistas un cierto número de **elementos cualitativos** que pueden permitir una mayor reflexión sobre el alcance de la procreación médicamente asistida.

En la demanda de FIV están presentes cuatro protagonistas:

- 1) **Los personajes femeninos**, madres o representantes maternos e hijas.
- 2) **Los personajes masculinos**, es decir, el padre de la mujer que pide la FIV y el padre del niño que supuestamente va a venir del que no podemos imaginar el lugar más que a través de lo que nos dice su compañera, ya que vemos a ésta en primer lugar,
- 3) **El niño que va a nacer** a propósito del cual veremos que rara vez se trata de un objeto que tiene una representación para la madre: podríamos hablar del deseo narcisístico, reparador de los daños sufridos por la futura madre.

A este particular, las demandas hechas por mujeres teniendo ya un hijo tienen un tono maternal completamente diferente, y mucho más evidente.

4) **Los médicos** que encarnan la omnipotencia fundada en las proezas técnicas, garantes del deseo del hijo, que n muy frecuentemente no puede ser asumido ni por la madre ni por el padre.

Estos serán entonces los personajes de este drama que seguiremos a través de los datos recogidos.

Los personajes femeninos

La mujer que pide una FIV, y éste es el punto más claro de este estudio, posee una organización psicosomática frágil, en más de la mitad de los casos. La investigación de un embarazo es una gestión destinada a pasar de la dependencia pulsional de la madre original al mundo del deseo, de la posición narcisística a la posición de sujeto. Tiene que ver, sea con la separación de la madre todopoderosa poseyendo la clave de la humanidad entera, sea con la identificación con ella (o a quedar indiferenciada de ella en el peor de los casos). Este movimiento no aparece sin ir acompañado de una gran ambivalencia, entre el amor y el odio destructivo.

Muchos autores son los que insisten (9-11) sobre la vertiente edípica de la búsqueda de un embarazo. Se ha hablado mucho de la búsqueda de un hijo del padre, en la que el médico sustentaría una representación edípica. Nosotros mismos hemos oído llorar a mujeres recordando a su padre muerto, que no llegaría a conocer a su descendencia, e incluso a una paciente que había prometido a su padre, en su lecho de muerte, que tendría un hijo en memoria de él. ¿No es suficiente para mostrar la naturaleza edípica de esta empresa?

Por el contrario, pensarnos que el deseo de embarazo está constantemente guiado de la búsqueda de satisfacción narcisística (3, 6, 10, 18). "Tener un hijo como todo el mundo para sentirse a la altura de los demás, pero la FIV no es exactamente como todo el mundo."

Otra paciente dice: "me siento desbloqueada, preparada para asumir todo esto, capaz de ser madre, de llevar un hijo dentro de mí (lo que viene a decir capaz de estar embarazada). Era la relación con mi madre la que me bloqueaba, porque cuando yo era un feto, el huevo, vaya, quizá lo viví mal, porque quizá mi madre no tenía ganas de tener un hijo en ese momento. Nunca le he hablado de esto, y creo que nunca le hablaré de ello, ya que podría hacerle daño, y a mí también...". Vemos de pasada, como la defensa consiste en un borramiento voluntario de las representaciones agresivas para no tener que sufrir de la angustia de separación, en los casos de mala mentalización, o de la angustia de pérdida del amor del objeto. Vemos igualmente que muy pocas mujeres acceden al sentimiento de culpa con relación a su madre (17). Cuando constatamos en ellas una actitud maternal con los propios hermanos, yendo en casos más allá de una simple idealización pensamos que se trata de suprimir los afectos, de neutralizar las representaciones afectivas negativas con relación a la "mala madre" que han tenido. Esta actividad, hecha de funciones maternales frente a los hermanos más pequeños, sirve para hacer el vacío a nivel mental, y de esta manera, conservar el control. De la misma forma, el maratón que representa la FIV, desempeña un papel de sustitución del objeto cuya falta no es elaborable. Entonces podemos entender mejor la obstinación con la que multiplican los intentos, ya que la FIV es una defensa, del mismo nivel que un síntoma cualquiera. "Cuando la mujer de mi hermano estaba todavía embarazada (dice la Sra. M.), me hacía daño, porque yo sabía

que no podía tener hijos. Pero digamos, que ahora, desde que me trato, reacciono mejor, ya que me digo que para mí hay una solución. Espero que las FIV van a funcionar." Percibimos lo lejanas que pueden estar las aperturas hacia el duelo o la sustitución.

Esta posición narcisística no puede sobrepasarse hacia la posición de sujeto que gracias a la madre satisface una necesidad, objeto de la autoconservación, y objeto permitiendo la constitución del objeto interno, y posteriormente apta a tener a su hijo, a favorecer y aceptar el desarrollo en el niño de todo aquello que ella ha inducido. "La madre temiendo el instinto de su hijo" le prohíbe salir de su prehistoria (16), o más bien "la verdadera madre es la que está dispuesta a perderlo todo, incluso al hijo. Madre porque perdedora, perdedora porque madre. La integración de esta pérdida, atributo de la imagen materna originaria, bien parece un resorte esencial de la filiación femenina" (4). Así pues, en la historia de estas mujeres infértiles y en las gestiones a las que se someten, todo confluye en la evitación de la simbolización de la pérdida.

Esta posición narcisística se encuentra, con toda evidencia en la relación de estas mujeres con sus madres, en una realidad conflictiva de su historia común donde pueden recuperarse las huellas indiscutibles de conflictos edípicos todavía intactos, pero también en la historia por llegar. La Sra. D. dice: "Pienso que el proyecto de este hijo va también a poner las cosas en su sitio con mi madre, porque para ella, yo no hago lo que todo el mundo. Tendré cuidado de que no acapare al futuro niño. Por otra parte, no le he hablado de estas gestiones. Ya está, para ella, he sobrepasado el nivel en que ella podría tener influencia sobre mí, yo decido. Ella no lo piensa, sólo me dice ¡te compadezco! No dice nada sensato, aunque de todas formas no tengo ganas de oír nada sensato; ¡este recorrido es algo que me pertenece! Ella, está de alguna forma muerta, ya no puedo recurrir a ella." Vemos la fuerza destructiva que saca de su esperanza de embarazo, que puede llevar hasta la espera de la muerte real de la madre para hacer la petición de FIV. No obstante, en otros casos, el niño en proyecto, ofrecido a la madre de nuestra paciente, anula la maternidad para permitir a la hija un segundo intento identificatorio, pero en tanto que hija, no como madre. Así, esta paciente que presenta una obstrucción tubárica post-infecciosa, y que tuvo que sufrir de una ausencia congénita de parte del esternón dice: "lo que me da miedo es que haya varios (niños), porque mis costillas están simplemente cosidas entre ellas: tengo miedo de que, si hay varios bebés, se muevan en el interior con los pies... Me hubiera gustado ser mimada por alguien. Mamá estaba bastante ocupada con todo el mundo. No se atrevía a lavarme, tenía miedo de hacerme daño en el vientre". Encontramos en esta asociación, lo que reviviría de sí misma en el embarazo. Evoca de inmediato la muerte de su padre cuando ella tenía 5 años, y el suicidio de su hermana poco tiempo después, de esa hermana que la bañaba. Añade: "desde el momento en que se tiene un pequeño problema, sea sexual u otro, mamá entra de lleno, como en esto, luego en cuanto llegue, va a saber todo lo que he hecho, todo lo que he dicho, nos lo decimos todo. Le he preguntado si no le importaba tener un niño, ahora, con ella, porque Bruno y yo queremos uno. Ha dicho "sí" ¡vamos a seguir haciendo toda una familia así!".

Verdaderamente tiene un lenguaje en el que no permite distinguir a su madre de ella.

Otro aspecto de la relación con la madre puede ser también subrayado en el interés de "llegar hasta el final". ¿Pero el final de qué? Sentimos que las más interesadas son las que más violentamente desean mostrar el camino de "la verdadera maternidad" a sus madres. Numerosos autores son los que hablan de masoquismo a propósito de las demandas de

FIV (1). Ciertamente, la culpa es buena consejera para guiar un masoquismo expiatorio, pero no aparece en mujeres bien mentalizadas. El rigor de la técnica es la sumisión con la que se pliegan, precio a pagar por una "falta"; ser estéril, haber abortado, no satisfacer las exigencias reales o imaginarias de los personajes venerados de la familia o las de un compañero amado. Puede ser también el precio a pagar por un deseo ambivalente de tener un hijo, en la medida en que el consenso social acepta solamente un deseo claro, lo que es imposible para cualquier maternidad (3-6).

Pero más frecuentemente se trata de un masoquismo primario desprovisto de valor económico. A través de este intento de autodestrucción se expresa el intento de reencontrar a la madre ausente y agredirla agrediéndose. La no representación del objeto externo materno, resultado de las "catástrofes" vividas lleva a un verdadero agotamiento de lo imaginario donde la somatización provocada por la FIV, es una salida operatoria, no aportando ningún beneficio en el dominio mental, como esta paciente mal mentalizada que en menos de dos años ha sufrido una apendicetomía, cuatro colonoscopias y cuatro intentos de FIV tras un aborto. "Yo, tengo todo en buen funcionamiento salvo las trompas, no veo lo que va a arreglar su invento (se refiere a la entrevista). Yo ya tengo costumbre de hacerme despedazar." Groddek decía: "las mujeres que odian a sus madres no tienen hijos". Ya nos damos cuenta de que es mucho más complejo. Tener un hijo nacido de una FIV, puede ser una realización "de amátrida". Es la privación de la referencia materna original idealizable, la que está en juego. La restauración narcisística deberá de pasar por el doloroso camino de la violencia, por la galera masoquista sometida a la técnica del odio.

El objeto envidiado, no es probablemente la madre que ha tenido hijos, es la mujer que pare. Cualquier cosa es buena para reparar a esa madre (13). Como apoyo de esta propuesta, vemos, en nuestra serie, que todas las mujeres que ya han tenido un hijo antes de su demanda de FIV y que tienen una suficiente mentalización, cesan de plantear la cuestión de la identificación maternal y tienen una verdadera representación del hijo que va a venir, y que podrá ser esperado por lo que él sea, saliendo de una gestión parcial hacia la espera de un objeto de amor total.

Antes de abandonar el territorio femenino queda por precisar alguna constatación concerniente a la obstrucción tubárica. Nuestra investigación de los elementos de desorganización pudiendo explicarla, aparece negativa. Ciertamente, podemos detectar elementos traumáticos, como un aborto o un infanticidio, o una ruptura afectiva. Sin embargo, no hemos podido evidenciar los síntomas de una desorganización progresiva (15). Todo se une para que las obstrucciones tubáricas aparezcan como teniendo el valor de una enfermedad regresiva. Frecuentemente son interpretadas como castigo, el precio a pagar para la reparación de una falta consciente. No podemos impedirnos el pensar también a este respecto en la evocación de somatizaciones simbolizantes descritas por Christophe Dejours (7).

"Ciertas somatizaciones sobrevienen fuera de un proceso de desorganización progresiva. Estas somatizaciones aparecen como etapas de simbolización en el camino que lleva de la excitación a la pulsión y a la representación mental de los conflictos. Funcionan para el aparato psíquico como precursores de las representaciones mentales. Podríamos hablar de apertura psicósomática."

Christophe Dejours (7) distingue las somatizaciones simbolizantes de las regresiones reorganizadoras de P. Marty (15), por el valor de reunión que contienen dice también, que: "se anuncian por la palabra del paciente que designa por adelantado el lugar del cuerpo que estará implicado: la elaboración fantasmática se apoya sobre la parte lesionada del cuerpo...".

Por el contrario, el autor indica que la motricidad, la sensibilidad y la sensorialidad son las funciones implicadas. La localización tubárica escapa a esta orientación funcional, pero por el contrario en ningún caso escapa a la violencia y al rechazo, tal y como lo hemos indicado.

Los personajes masculinos

El padre de la madre está ciertamente presente en las peticiones de FIV. "Lo que tendrá que soportar la madre es el ataque a través de su hijo de lo que, dentro de ella, permanece como representación de su propio padre en la dimensión edípica, que a partir de ese momento representará para el futuro niño, al padre primitivo, primer eslabón de lo que será su historia. Esto supone, para poder actuar, que la madre haya desinvertido suficientemente esta representación, es decir, que el padre de su hijo, sea para ella más importante que su propio padre, desde ese momento, entregado al afecto vestigio de su hijo (H. Normand) (16),"

Este aspecto del problema constituye el núcleo central a lo largo de nuestras entrevistas. El cónyuge, futuro padre del niño, a posteriori, si se recurre a un donante exterior (2 de nuestros casos por oligo o azoospermia), está frecuentemente ausente de la representación. Su papel es el de un donante intra o extraconyugal. Esto favorece el fantasma monoparental o de partenogénesis, tanto para la futura madre ya no estará obstaculizado por la proximidad edípica envidiosa. Esto sin contar con el valor económico de la esterilidad de algunas parejas, que no pueden pasar a la relación a tres, desde la relación de dos. La infertilidad activa, ocupando el lugar de un tercero (5).

La tecnología médica, no está ahí para arreglar las cosas, transformando la sexualidad deseosa y fecundante en una breve masturbación. Esta actividad mantiene el deseo de ser madre como un deseo de potencia fálica completamente opuesto al deseo de feminidad, que está totalmente reprimido, en todos los componentes de la escena. Así pues, el padre del niño probeta, acabará siendo el amante castrado, ese marido "que no puede tener", según las palabras de una de nuestras pacientes. "No será el hijo de mi mando, él es estéril, vendrá del donante." O también: "Yo ya tengo costumbre de que me despedacen. En cuanto hay alguna cosa, nunca son los hombres. Estamos solas a la hora de tener hijos, ¡si no hubiera hombres! (tono pesaroso) ... es una lástima, son necesarios los dos (18)."

El niño

Tal y como lo hemos dicho, no se trata de un deseo de hijo, salvo en las mujeres con un embarazo previo y para las que el hijo por llegar, tiene una verdadera representación, con fantasías sobre el sexo y el nombre deseado.

En los otros casos, el niño que sale de la probeta es un niño narcisístico. Quedando embarazada, una mujer reencuentra a su madre: esto puede ser volverse a ella y

prolongarla. También puede tener que ver, con lo que significa ser madre de un niño que tendrá derecho a todas las atenciones maternas, que ella misma no ha tenido. "¿Cómo querría usted que fuese este niño?"; "Me gustaría que se me pareciese (risas), que sea mono, ah, ¡y que no tenga mal genio!, que duerma por la noche, me gustaría que fuese como yo, que tenga carácter, que sepa lo que quiere, bueno, ¡un chico, vaya!"

En ocasiones, el esperado es un niño muñeca; "mi hija, dice una paciente, está en 4º, han hablado: mamá, ¿ya sabes que haciendo un niño in vitro puedes tener 2, 3 ó 4?" Le dije "si, ya pasa", entonces ella me dijo: "mejor, así seremos numerosos". Tienen gracia, la hija dice: "tendré una hermanita", el hermano, "me gustaría tener un hermano" he dicho que..."

Vemos sin dificultad todo lo que se deposita en este niño por llegar y nacerá con un hándicap, tanto más pesado, cuanto que ha sido largamente preparado. La gestión de la FIV es parceladora, lo que se reúne con el interés de un cierto número de mujeres por un objeto parcial.

Los médicos

Ellos son los padres de estos niños, padre-madre confundidos en este personaje todopoderoso y asexual. Se instaura una nueva forma de sexualidad recuerdo de las teorías sexuales infantiles.

Hemos hablado ampliamente de las exigencias sádicas de la técnica que completan el masoquismo de ciertas. Ya no vamos a seguir insistiendo sobre este punto (1).

Quisiéramos decir unas palabras sobre el hecho de que la técnica de la FIV viene a llenar el deseo "escópico" de los médicos. Este se concreta por medio de la visualización del embrión de 2 a 4 células que va a ser implantado. Puede ser mostrado en una pantalla a la futura madre y designado ya como niño. Todo está a la luz. La madre, tiene el riesgo de estar, si no se tiene en cuenta, desprovista de toda actividad imaginaria, teniendo en cuenta de que la ecografía ocupará el lugar de mostrarlo todo de este niño. ¿Qué queda entonces por pensar? Técnicamente es admirable, aunque inquietante, para el sueño y la ilusión creadora, y por supuesto para acceder al duelo que acompaña a toda maternidad.

En fin, una encuesta como ésta, plantea la cuestión de una abertura a la representación, sin futuro. ¿Sería oportuno que en el momento en que una mujer se adentra en la cruda realidad de su trayecto biológico, y posteriormente, si se inicia su gestación, mientras que está enteramente ocupada en ella misma, el hacerle abrir esta caja de Pandora de las representaciones? (18)

En su totalidad, este estudio vuelve a mostrarnos la importancia de los componentes mentales en los fenómenos biológicos más originarios. Este retorno a lo originario necesita de una aproximación psicosomática muy completa. En efecto, se trata de una aventura prehistórica durante la cual, un acompañamiento, permitiría sin lugar a dudas la evolución hacia una mentalización más elaborada, lo que, esperamos haber mostrado, y que sería beneficiosa para los cuatro partenaires presentes: Madre, padre, hijo y médico.

Quisiéramos que este trabajo reconforte a los psicopsomatólogos a pesar de las reservas éticas que puedan formularseles, y tranquilizar a los organicistas, que no tendrían nada que perder, si las madres pudiesen reencontrar su serenidad, a pesar del corto-circuito del síntoma que representa toda procreación asistida.

Este trabajo quiere ser un homenaje a Pierre Marty del que el pensamiento, se puede aplicar en un dominio tan fundamental como el de la procreación: Hemos tratado de aproximar los deseos que han hecho que un "huevo" haya podido ser fecundado, de los pensamientos que comprendemos como suyos, y que hemos mostrado con nuestra pluma.

Burdeos, septiembre-octubre 1992

Agradecemos al profesor Dubecq, el que nos haya permitido llevar a cabo este trabajo, en el Servicio de Maternidad del CHU de Burdeos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ATHEA, N. (1990): "Stérilité interventionnisme et masochisme". **Rev. de Med. Psycho-som.**, 21-22, 19-30.
- (2) BYDLOWSKI, M., DAYAN-LINTZER, M., CAHEN, F., FONTY, B., y LEVAGUERSE, U (1983): "Approche psycho-médicale de l'infertilité". **J. Gyn. Obst. Biol. Repr.**, 12:269-276.
- (3) BYDLOWSKY, M., y DAYAN-LINTZER, M. (1985): "Désir d'enfant, mal d'enfant". **Rev. De med. Psychosom.**, 1:25-42.
- (4) BYDLOWSKY, M. (1992): "Les infertiles". **Nelle Rev. Psychan.**, 45:143-160.
- (5) CAHEN, F. (1985): "De deux a trois: l'inconcevable enfant". **Rev. de Med. Psychosom.**, 1:45-50.
- (6) CUXIER-HEMEURY, F., LEZINE, I., y AJURIAGUERRA, J. de (1987): "Désir d'enfant". **Psychiatrie d'enfant**, XXX, 1:59-83.
- (7) DEJOURS, CH. (1989): **Recherches psychanalytiques sur le corps. Répressions et subversión en psychosomatique**. Payot, 1 vol.
- (8) FAURE, S., y PRAGIER, G. (1987): "Les enjeux d'une recherche psychanalytique sur la stérilité féminine". **Revue Francaise de Psychanalyse**, 6:1.543-1.567.
- (9) FAURE, S., y WEIL, E. (1988): "La procréation assistée, le psychanalyste et la stérilité". **Rev. de Med. Psychosom**, 15:93-104.
- (10) FAUVIN-SANTIAGO, M, (1990): "Arrêt de la FIV: expressions du "vouloir-mère"". **Rev. de Med. Psychosom**, 21, 22:71-80.
- (11) GOLOMBOK, S. (1992): "Psychological functioning in infertility patients". **Human Reproduction**, 7, 2:208-212.
- (12) HEDOU, B., FRYDMAN, R., y PLACHOT, M, (1990): **Stérilité féminine et procréations médicalement assistées**. Doin Editeurs, 1 vol. París.
- (13) LE GUEN, A. (1984): "L'envie du bébé et la connaissance du vagin". **Adolescence**, 2, 2:253-260.
- (14) MARTY, P., STORA, B.: "La clasificación psicopsomatica Marty/IPSO". **Psicoterapia analítica**, n.º 1.
- (15) MARTY, P. (1990): **La psychosomatique de l'adulte**. P.U.F., 1 vol.
- (16) NORMANO, H. (1992): "Des mères à la mère: naissance d'une topique". **N. Rev. Frse. Psychan.**, 45:131-142.

(17) PARAT, C. (1991): "A propos de la répression". **Rev. Frse. de Psychosomatique**, 1:93-113.

(18) SILVESTRE, C. (1989): "La vie en ce jardin (réflexions à propos du désir d'enfant)". **Topique**, 43, 1:33-59.