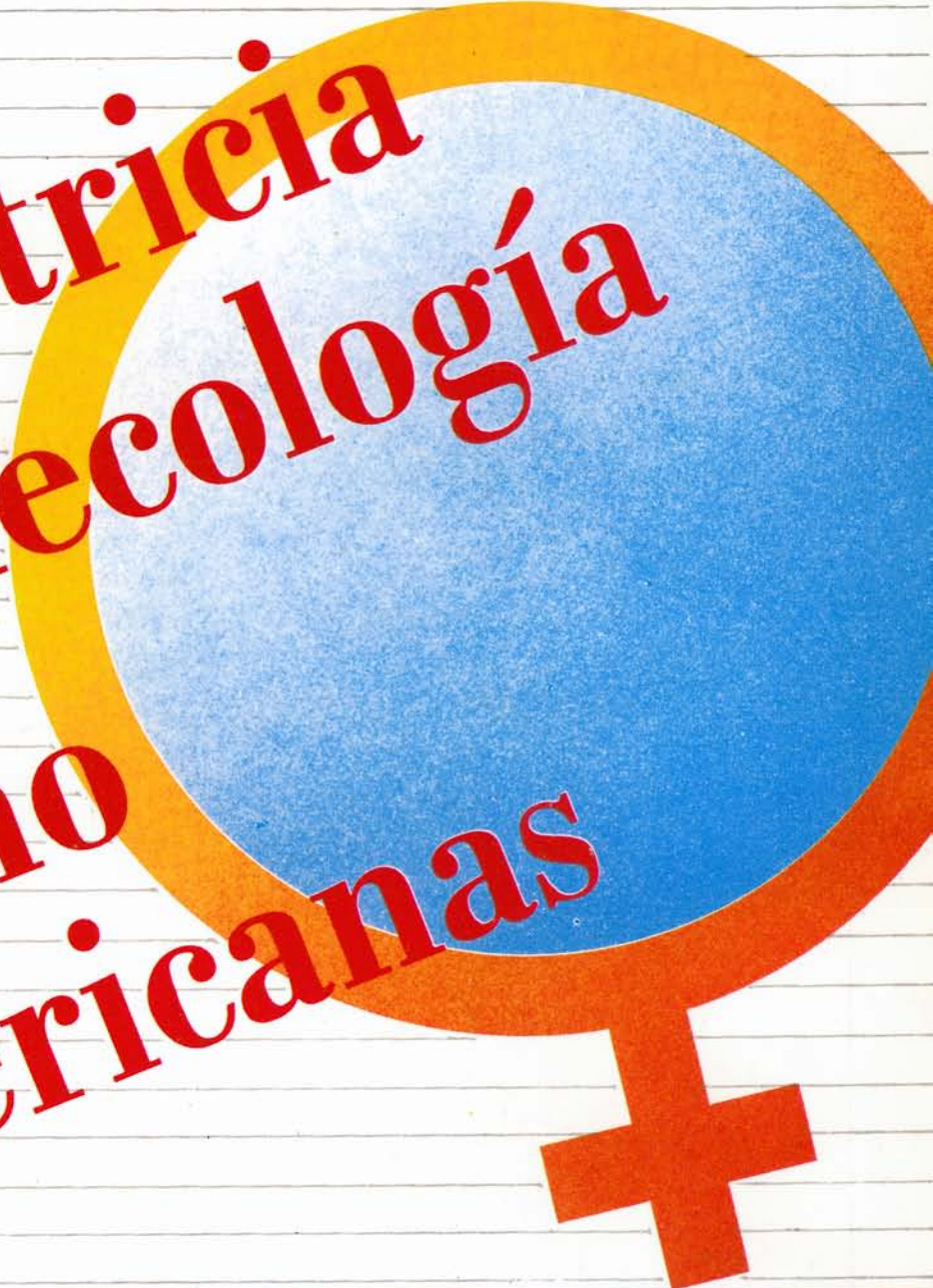


OGIA

Nº 1 - Año 1998

obstetricia y ginecología latino americanas



ORGANO DE DIFUSION

Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (F.A.S.G.O.)
Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio A.A.P.E.C. - Asociación Argentina de Oncología Ginecológica
Sociedad Latinoamericana de Uroginecología y Cirugía Vaginal - Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Mendoza
Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (ALOGIA)
Incluida en el Index Medicus Latino-Americano (IMLA).

BUENOS AIRES • ARGENTINA

Duelos en infertilidad.

L. URDAPILLETA

Resumen:

El presente ensayo trata sobre los diferentes tipos de duelos por los que atraviesan las personas con problemas de reproducción en el difícil camino de la búsqueda de su hijo biológico.

Desde el punto de vista psicológico y a diferencia de la visión popular, la pérdida por la que se inicia un duelo, no sólo es la muerte de un ser querido; se puede entrar en duelo por la pérdida de un sueño, de un proyecto, de una amistad, de una función física, de una parte del cuerpo, de bienes materiales, etc. Un duelo es un proceso adaptativo, normal y necesario para la recuperación y reestructuración frente a las pérdidas.

Infertilidad es sinónimo de duelos. Duelos para muchos invisibles, excepto para los protagonistas: fracaso de tratamientos, abortos espontáneos, muerte perinatal, diagnósticos definitivos (azoospermias, menopausia precoz), etc.

Alrededor de cada uno de nosotros probablemente haya alguna persona que atravesó o esté atravesando en este momento alguno de estos procesos, y quizás subestimemos el impacto y el dolor que producen. El objetivo de este artículo es alertar a quienes afortunadamente no vivieron estos duelos de la necesidad de darles tiempo y apoyo a aquellos que los sufren.

Palabras clave: duelos - infertilidad - abortos espontáneos - diagnósticos definitivos.

Summary:

The present essay refers to the different types of mournings that persons with reproductive disorders go through during the pursuit of their biological son.

From a psychological point of view and opposed to the popular concept, the loss for which mourning is begun, is not only the death of a loved one; a mourning can be started by the loss of a dream, of a project, of a friendship, of a physical function, of a part of the body, of material possessions, etc. Mourning is a normal adaptative process, needed for the recovery and restructuring of the person after the losses.

Infertility is synonymous of mournings. Invisible mournings for many, except for the protagonists: treatment failures, miscarriages, stillbirths, final diagnoses (azoospermias, premature menopause).

In the surroundings of each one of us there will probably be some person that went or is going through some of these processes, and perhaps we underestimate the impact and pain they produce. The objective of this article is to alert those who fortunately did not live these mournings of the need of giving time and support to those that are suffering them.

Key words: mournings - infertility - miscarriages - final diagnosis.

INTRODUCCION

Popularmente la palabra duelo describe la situación de una persona que ha sufrido la pérdida definitiva de un ser querido. Es un estado de dolor, aflicción pena, una demostración del sentimiento que profesaba por la persona fallecida.

Desde el punto de vista de la psicología, cuando decimos que una persona está en duelo, hablamos de alguien que está atravesando un proceso de separación de algo que ha perdido. A diferencia de la visión popular, la pérdida por la que se inicia un duelo no solo es la pérdida de una persona, se puede entrar en duelo por la pérdida de un sueño, de un proyecto, de una amistad, de una función física, de una parte del cuerpo, de bienes materiales, etc.

El duelo es un proceso necesario de adaptación a la nueva situación. Es un proceso de despedida, de revisión de la relación con lo que se ha perdido, de reparación del daño infligido por la pérdida; un proceso donde se proyecta el futuro a la luz de los cambios producidos por la pérdida.

Es desde esta perspectiva que el término duelo es tratado en este artículo. Como un proceso adaptativo que une el pasado con el futuro, que es la expresión de una serie de estados anímicos y que es normal y necesario para la recuperación y reestructuración frente a las pérdidas.

La gente infértil atraviesa muchísimos duelos. Y los duelos no son eventos, son procesos. Procesos que no se atraviesan ni concluyen por propia decisión; procesos que se ven influidos por muchos motivos. Esto sucede a menudo en la infertilidad. El duelo de una azoospermia pretende taparse con una donación de semen, el duelo de un aborto se intenta tapar con la frase "ya vendrá otro", el duelo de un hermano mellizo se oscurece por la necesidad de estar entero para el sobreviviente; el duelo del fracaso de una técnica se detiene por el comienzo de un nuevo intento, a quién está menopáusica se le ofrece un óvulo de otra señora, etc., etc.

Y un duelo lleva tiempo. Y porque los sentimientos que uno experimenta durante su transcurso son dolorosos hay una tendencia a querer concluir con él y seguir con la vida. Algunos pueden poner sus emociones al costado y seguir el camino, pero muchos otros sienten que ese dolor invade cada aspecto de sus vidas y les impide funcionar de la forma previa. El dolor va pasando con el tiempo, pero es poco lo que se puede hacer para apurar el proceso.

¿Por qué digo que estas parejas atraviesan muchos duelos? Hay duelos con la llegada de cada menstruación que, obviamente indica que este mes tampoco se embarazaron; duelo con la noticia de los diagnósticos, especialmente cuando son definitivos. Nadie espera ser estéril, y que un simple resultado de laboratorio de-

termine que ese hombre es azoospermico y que no hay nada que hacerle, es una bomba en los oídos, el alma y la vida de ese hombre y su esposa.

Hay duelos cuando irónicamente luego de desear tanto que la menstruación no apareciera, lo que indicaría un embarazo, la misma no viene más. La menopausia, todos saben, en la edad correcta es un evento que conlleva un proceso difícil para muchas mujeres. Pero no se imaginan lo que significa un diagnóstico de menopausia precoz, en una mujer de a lo mejor 28 años y que de repente se siente no solo estéril sino mucho menos mujer. Ese sangrado mensual que reafirma para tantas la identidad femenina, que conlleva para la mayoría la maternidad, vuela de un plumazo. Y con él tantas ilusiones. Y esto sin entrar a hablarles de lo que experimentan como efectos colaterales y lo difícil de resignarse a tener que tomar hormonas de reemplazo de por vida.

Luego tenemos una gama de eventos que se relacionan a la imposibilidad de llevar a término el embarazo, que si bien son sumamente dolorosos para cualquier persona, son especialmente desgarradores para quienes lograron embarazarse luego de años de búsqueda infructuosa. Me refiero a los abortos espontáneos, los embarazos ectópicos, aquellos pacientes que padecen de abortos recurrentes, la muerte perinatal y partos de un feto muerto.

Finalmente, también atraviesan duelos o microduelos, el fracaso de tratamientos (ej. cirugías reparadoras de trompas, meses de tratamiento hormonales) y el fracaso de tratamientos de Reproducción Asistida (R.A.) sea de baja complejidad (inseminación) o de alta complejidad (Fecundación In Vitro (F.I.V.)).

Me voy a detener a explicarles un poco más profundamente qué les ocurre a las personas que sufren alguno de estos duelos.

DUELOS POR PERDIDAS DE EMBARAZOS

Abortos espontáneos:

La pérdida de un embarazo es un trauma físico y emocional. Nadie está preparado para un aborto y cuando sucede es un shock para la mente y en muchos casos también para el cuerpo.

Si bien generalmente no es considerado como una situación médica seria, puede ser dolorosa, confusa y amenazante para la mujer. Hay tan poca difusión y discusión sobre estos temas en la sociedad que las mujeres no saben qué esperar cuando comienza.

No todos los abortos son iguales, ni impactan de igual forma. Es importante considerar en qué momento de la gestación ésta se interrumpe, si necesita de un logrado o no, si comenzó con pérdidas o si fue abrupta, etc.

Los abortos de las primeras semanas (2 a 5) pueden pasar casi inadvertidas ya que la pérdida de sangre es similar a la de un período menstrual, y si hay contracciones no son demasiado fuertes.

A veces comienza con una amenaza de aborto, o sea una pérdida de sangre que requiere quietud total y que mantiene a la pareja en una tensa espera de la cual no se sabe el final.

A veces la pérdida conlleva una situación física amenazante donde la mujer sufre un evento médico traumatizante con gran sangrado y contracciones fuertes y, generalmente, no sabe qué le está pasando ni qué hacer. Encontrar quién lo ayude, ubicar al médico, o llegar a una guardia puede convertir este evento en una ordaña. Generalmente hay miedo a lo que físicamente le está pasando, el miedo a morir, a lo desconocido, a una histerectomía... La magnitud de lo físico puede oscurecer los componentes emocionales.

Dentro del drama que significa esto, sobre todo para un infértil, también hay que considerar en que medio socioeconómico se encuentra la pareja. Porque si son pacientes fijas de algún obstetra privado, seguramente serán bien atendidas, en un sanatorio, con cuidados de enfermeras y seguramente acompañada por su esposo o familiares. Pero esto no es así para todas. No es fácil llegar a una guardia, tener que esperar o no tener a alguien a quien llamar por teléfono. Muchas veces las internan en los pisos de parturientas, y puedo recordar varias, aún en sanatorios prestigiosos, que no pueden olvidar el dolor de salir del quirófano, ya sin su preciado bebé, y ver los ositos de peluche rosa o celeste, colgados de las puer-

tas de las habitaciones, mientras las llevan a las suyas.

Las mujeres que han tenido un aborto no solo sufren o se enlutan por el bebé que han perdido, además sufren por no estar más embarazadas. Frecuentemente experimentan los mismos estadios de dolor y sufrimiento que se siente cuando un ser querido muere.

Al principio sienten aturdimiento e incredulidad, para pasar luego a la realidad de la pérdida que implica el proceso de duelo que puede durar desde menos de un mes a más de un año. En los primeros tiempos el dolor es muy intenso y abarcador, y luego de a poco va cediendo. Durante este proceso se sienten vacías, tristes, enojadas, irritables, insensibles, ansiosas, celosas de aquellas más afortunadas, preocupadas con la pérdida e incapaces de comprometerse ni obtener placer en la vida.

La pregunta de por qué esto ocurrió, la cual muchas veces no tiene una respuesta específica, se repite constantemente. Al ser humano le cuesta mucho soportar la incertidumbre y quieren encontrar una relación, y en este intento se incriminan, suponen que es un castigo, que todo lo malo les pasa a ellas, que no se merecían el hijo, etc., etc. Obviamente esto acentúa su dolor.

Otro sentimiento casi siempre presente es el aislamiento. Los otros no entienden la intensidad del dolor. Es un dolor privado. Ellos sienten la muerte pero nadie la ve y generalmente no hay qué enterrar. La gente puede tomar posturas diferentes. Algunos en un intento de ayudar a minimizar su dolor, dicen las frases célebres como "ya te vas a embarazar de nuevo", "por algo será", "probablemente el bebé no venía sano", etc. Nada consuela. Otros ni siquiera intentan ponerse en el lugar de quién perdió el bebé y no los "cuidan"; así hablan de sus bebés, de sus problemas en el embarazo (que por supuesto resultó en un hermoso bebé sano), o dicen que "no es para tanto".

Otro punto a tomar en cuenta es que los hombres y las mujeres enfrentan y experimentan el aborto y sus consecuencias de manera diferente. Es común para los hombres el estar más preocupados acerca del sufrimiento de sus mujeres que de la pérdida del bebé. Hay hom-

bres que no están profundamente envueltos y no se apegaron al bebé aún, pero hay otros que están profundamente tristes por la pérdida. Pero se recuperan más rápidamente. A veces parecen menos emotivos y en parte se debe a que todo el foco de la atención está sobre su esposa y puede haber sido dejado de lado por los profesionales médicos durante la crisis. Tampoco los familiares y amigos se acuerdan de él, sino de su esposa mayoritariamente. Así, probablemente, reprima sus sentimientos y parezca desapegado del dolor de su mujer. También sienten que deben estar fuertes para sostener a sus mujeres pensando que siendo positivos e imbatibles harán que sus mujeres se sientan mejor. La mujer siempre está más apegada a su embarazo y cuando lo pierde, el dolor es más intenso y duradero que el de su marido.

Embarazos ectópicos:

Todo lo que estuve comentando, también le ocurre a las parejas que tuvieron embarazos ectópicos. A ello se le suma el temor a la pérdida de la fertilidad. De hecho, a veces ocurre, y las mujeres pierden sus trompas y solo podrán concebir a través de un FIV. Los síntomas, cuando se presentan, son preocupantes ya que es una situación de emergencia médica. Y por lo tanto el foco está allí y no en la agitación emocional que el riesgo de vida y la muerte de su bebé producen. Este tipo de experiencia es también difícil para el marido que ha tenido que sobrellevar la emergencia médica con el pánico de que algo le ocurriera a su esposa, más el dolor de la pérdida del embarazo.

Abortadoras habituales:

También nos encontramos con otro subgrupo dentro de quienes tienen problemas reproductivos que son las abortadoras recurrentes o habituales. Este problema afecta aproximadamente al 5% de las parejas que buscan formar una familia y se describe como la ocurrencia de dos o más abortos consecutivos. Las causas son variadas y no siempre hay una terapéutica salvadora.

Desde lo emocional, el aborto recurrente es una experiencia que causa una infelicidad y desazón inconmensurable. Muchas parejas piensan que nunca lograrán llevar un embara-

zo a término y para la mayoría es el más trágico evento de sus vidas. El embarazo en sí mismo es terrorífico. Esperanza y alegría, constantemente batallan con una sensación de pavor. El quedarse embarazadas es un desafío amenazante que se va tornando cada vez más difícil a medida que las pérdidas se van acumulando.

Cuando están embarazadas viven ansiosas y este sentimiento se incrementa alrededor de la fecha de la anterior pérdida. Si además, a esto se le suma la dificultad de lograr el embarazo, es fácil imaginar la tortura emocional en la que viven estas parejas.

Estos tres subgrupos que he mencionado comparten el hecho de que generalmente no tienen un cuerpo que enterrar; y esto dificulta la posibilidad de hacer duelo. Aún cuando sientan el dolor de una muerte, no tienen nada tangible por qué enlutarse. Esto ayuda a que muchas veces se trate de tapar el dolor, para no sufrir más. Y es sabido que en algún momento esto aflorará.

Cuándo empezar a buscar de nuevo

Si el embarazo fue relativamente fácil de conseguir, y fue el primer aborto, la pareja usualmente focaliza en embarazarse de nuevo en cuanto se sienten emocionalmente listos. Cuando se vuelven a embarazarse viven con temor, que sólo pasa cuando la fecha del aborto fue superada, cuando oyen los latidos, o lo ven por ecografía.

Pero para quienes son infértiles o ya tuvieron abortos anteriores la carga es mayor. A las infértiles se les viene encima la dificultad para embarazarse; quizás ese aborto haya sido el primer y último embarazo que lograrán.

Para quienes perdieron otros embarazos, el próximo será un tiempo de mucha ansiedad y fácilmente caerán en estados de pánico. Los chequeos en el baño para ver si se manchó con sangre la bombacha pueden ser infinitos.

Más allá del consejo médico de cuándo iniciar la búsqueda nuevamente, es importante que la pareja se dé un tiempo; que pueda hacer el proceso de duelo necesario para no llegar tan cargada de tristeza y ansiedad al próximo embarazo. Ellos saben que un hijo no sustituye al anterior y, si todavía están sufriendo

por el que han perdido, sería mejor que esperasen un tiempo más.

Una mujer puede querer buscar enseguida por, entre otras cosas: miedo a la infertilidad; preocupación por su edad o preocupación por la distancia entre los hijos, etc.

Si se embaraza antes de los seis meses de ocurrido el aborto pueden surgir dificultades con el hijo subsiguiente: 1. Falta de apego y responsabilidad por depresión de la madre en duelo; 2. Síndrome del chico reemplazo; 3. Chico sobreprotegido, dificultades en la separación - individuación.

Si bien cada pareja debe considerar el tiempo de buscar un nuevo embarazo de acuerdo a su decisión personal, ésta tiene que ser una decisión informada. La información debe incluir aspectos concernientes a las necesidades físicas y emocionales y a su recuperación como también sobre las posibles consecuencias emocionales y físicas de esperar y no esperar.

DUELOS POR DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS Y FRACASO DE TECNICAS

Diagnósticos definitivos

Si bien cualquier diagnóstico definitivo siempre conlleva mucho dolor y necesidad de hacer un duelo, tomaré algunos como ejemplos:

Menopausia

Durante años desearon que la menstruación no llegara ese mes anunciando un embarazo; irónicamente cuando eso ocurre, ruegan desesperadamente que ese sangrado mensual aparezca y que sus ciclos no se acaben para poder seguir albergando la esperanza de embarazarse.

Los ovarios y el útero, símbolos de femineidad y fertilidad, se volvieron inútiles. Y así se sienten ellas.

La mayoría de las mujeres focalizan primero en la pérdida de la fertilidad. Luego empiezan a aparecer los síntomas propios de la menopausia y así también tienen que lidiar con los sofocos, la sequedad vaginal, el insomnio, la irritabilidad, la depresión y eventualmente la osteoporosis. Y así lentamente aparece la pérdida, real o imaginaria de la femineidad. Si bien

algunos médicos reducen estos síntomas con terapia de reemplazo hormonal, ningún remedio sana el alma ni el dolor que significa para una mujer, que no pudo completar su familia, el saber que nunca lo logrará. Y aunque la ovodonación existe, no todas las mujeres pueden ni quieren tomar esta alternativa, ni ella excluye el duelo por la pérdida de su propia fertilidad.

Histerectomía

Esta intervención produce gran impacto no sólo emocional sino también físico. A ella se llega generalmente luego de haber sido diagnosticado con alguna patología pocas veces liviana. Muchas veces además de el útero se extirpan los ovarios y los anexos. Todo el aparato reproductor desaparece. Generalmente es por la "integridad física" de la paciente, por su vida. Pero para ellas es una paradoja ya que su continuidad y su trascendencia se mueren. Por un lado deberían estar contentas, pero por el otro es el fin de su posible maternidad. Dicen "me vaciaron, me siento vacía y debería estar feliz".

La pérdida tiene distintos significados: no puede concebir, no puede menstruar, puede sentirse distinta en sus relaciones sexuales.

Azoospermia

Un diagnóstico de azoospermia trae inevitablemente un severo shock a la pareja.

El hombre lo vive como un ataque a su masculinidad; una masculinidad que se fue forjando desde siempre. En la adolescencia comparan sus genitales; más adelante relatan sus hazañas de poder sexual; muchos se cuidan de no embarazar a sus parejas con preservativos convencidos de su capacidad reproductiva. Poder y potencia se equiparan con el tamaño y la función de sus órganos sexuales y esto a su vez modela su autoimagen y autoestima. Cuando el análisis dice "azoospermia", el castillo se derrumba. Ya no son "hombres".

Además al hombre le preocupa pasar su linaje a través de su apellido y ligar genéticamente una generación con otra. Carlos padre, Carlos Jr., etc.

Cuando un diagnóstico intratable de azoospermia es seguido de la mención de donación

de semen, difícilmente el hombre se da la oportunidad de hacer el duelo por la pérdida del hijo biológico y cree o le dice a su mujer que "va a ser lo mismo".

Estudios han puesto de relieve la incidencia de disfunciones sexuales que los diagnósticos definitivos pueden generar en quienes lo reciben. Generalmente decrece mucho el deseo de hacer el amor y esto se debe a tres causas principales: depresión, el sentirse defectuosos y la sensación de "¿Para qué?". Unos pocos sobrecompensan y aumentan su frecuencia de relaciones, total "esto sí puedo hacer". Es frecuente que puedan aparecer algunos períodos o episodios de impotencia luego del diagnóstico pero son luego superados en un plazo, generalmente no mayor de tres meses.

Fracaso de Técnicas

Las técnicas empleadas frente a problemas reproductivos pueden dividirse en aquellas tendientes a la corrección o curación del factor de infertilidad y aquellas técnicas que no curan sino que buscan un embarazo (R.A.).

Cuando el fracaso es de una técnica de corrección, suele haber desilusión y dolor y pocas veces duelo. Se perdió esta posibilidad, pero todavía hay otras.

Cuando el fracaso de estas técnicas significan que van a tener que pasar a R.A. (de baja o alta complejidad) puede haber un duelo por la pérdida de la posibilidad de concebir por relaciones sexuales. A algunos les cuesta mucho resignarse a que no concebirán su hijo en una noche de amor ¿apasionada? La pareja necesita tiempo para hacer el pasaje de "concepción natural" a "concepción artificial".

Finalmente nos encontramos con los duelos que acontecen cuando una técnica de embarazo fracasa. Si fue una inseminación o un GIFT, albergan muchas esperanzas, pero nunca sabrán si se formó un embrión o no. Pero para aquellas parejas a las cuales se transfirió embriones al útero de la esposa, pierden sus bebés, sus hijos; y estos son duelos fuertes. La noticia de una subunidad beta negativa es devastadora. Durante doce días estuvieron "embarazados", y muchos embriones ya tenían nombre y sexo.

Ellos no solo sufren por la pérdida de su tan esperado hijo no nacido, sino también por la pérdida de sus recursos físicos, emocionales y financieros. Dolor y rabia, dolor y bronca. Mil preguntas de "¿Por qué falló?", "¿Qué hice mal?", "¿No fui buen nido para mis hijitos?".

Además es frecuente que el staff de la clínica, que antes estaba dedicado a la pareja y sus necesidades, no esté disponible para ayudarlos en el largo proceso de sufrimiento que tienen por delante.

Newton et al (1990), encontraron que luego de un primer ciclo fracasado, hombres y mujeres incrementan significativamente su ansiedad y síntomas depresivos (más las mujeres que los hombres). Además vieron que las mujeres sin hijos son más vulnerables al stress del fracaso que aquellas que tenían hijos previos.

Dorothy Greenfeld (1988) encontró en un número pequeño de pacientes, que los síntomas manifestados por este sufrimiento asemejaban a los de una mujer que sufría una pérdida de embarazo o aborto espontáneo, y que el grado de dolor se puede predecir observando el apego al embarazo esperado

Cuando decir "Basta"

¿De quién es la decisión? ¿Del médico, de la pareja, de la economía de la pareja, de la red de familiares o amigos, de líderes religiosos, de la cultura?

La realidad es que la pareja es quién casi siempre debe tomar la decisión, más allá de querer hacerlo o no. Los médicos rara vez sugieren parar; además, hoy en día hay "solución para todo". Se ofrecen óvulos, semen, vientres y hasta hay algunos (pocos, por suerte) profesionales antiéticos que embarazan mujeres de sesenta y pico de años.

El aspecto emocional también se ve influenciado ya que aún cuando la pareja quiera discontinuar los tratamientos médicos, puede que no siempre sean apoyados en esa decisión por sus familiares, amigos, médicos u otras parejas infértiles. Hasta lo cultural puede dificultar la decisión ya que se valora el esfuerzo y la tenacidad y se condena el "abandonar" o el "fallar".

A nivel pareja, la decisión puede resultar difícil. No siempre ambos cónyuges están en el mismo estadio del proceso propio de la infertilidad, y esto puede traer conflictos y malos entendidos. Pueden aparecer mecanismos psicológicos tendientes a evitar el dolor que saben deberán afrontar; por ejemplo, negar la realidad que les dice que las chances de embarazarse son casi nulas. Por lo tanto la comunicación entre ellos es fundamental. Deberán conversar mucho del tema; profundizar en todas las posibles implicancias de seguir adelante o de parar, considerando las necesidades de cada uno, sabiendo y animándose a enfrentar los sentimientos dolorosos y el futuro.

Infertilidad es sinónimo de duelos. Duelos para muchos invisibles, excepto para los protagonistas.

Alrededor de cada uno de nosotros probablemente haya alguna persona halla atravesado o lo esté haciendo en este momento, por alguno de estos procesos y quizás no estemos enterados, o quizás subestimemos el impacto y el dolor que producen. Nadie nos preparó para ser infértiles y quienes no padecieron en carne propia esta desgracia es lógico que no la reconozcan. El objetivo de este artículo es abrir los ojos de todos aquellos que afortunadamente no vivieron estos duelos, pero que seguramente pueden apoyar a aquellos que sí.

REFERENCIAS

- 1) Friedman R. Dealing with the emotional aspects of miscarriage. *Resolve National Newsletter*. Vol. XIX, N° 4, Fall 1994.
- 2) Imber-Black E. Rituales de curación y celebración. *Sistemas Familiares*. Año 5, N° 1, Abril 1989.
- 3) Covington S. The miscarriage dilemma. Vol. XVII, N° 3, October 1992.
- 4) The emotional impact of miscarriage. *Resolve National Office*.
- 5) Clapp D. Ectopic pregnancy. *Resolve National Office*.
- 6) Friedman R & Gradstein B. *Surviving pregnancy loss*, Little, Brown and Co., Boston, 1992.
- 7) Harkness C. *The infertility book*, Celestial Arts, California. 1992.
- 8) Scher J & Dix C. *Preventing miscarriage*. Harper Perennial, New York. 1990.
- 9) Diamond K. *Motherhood after miscarriage*. Bob Adams, Inc., Massachusetts. 1991.
- 10) Galzer E & Cooper S. *Without child*. Lexington Books, New York. 1988.
- 11) Davis D, Stewart M, Harmon R. Postponing pregnancy after perinatal death: Perspectives on doctor advice. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 28,3: 481-487. 1989.
- 12) Bryan E. Perinatal bereavement after the loss of one twin. *J. Perinatal Med.* 19 (1991) Suppl. 1.
- 13) Berger D. Impotence following the discovery of azoospermia. *Fertility & Sterility*. Vol. 34, N° 2, August 1980.
- 14) Greenfeld D, Diamond M, De Cherney A. Grief reactions following in - vitro fertilization treatment. *J. Psychom. Obst. & Gynaec.* 8 (1988), 169-174.
- 15) Newton C, Hearn M, Yuzpe A. Psychological assessment and follow up after in - vitro fertilization: Assessing the impact of failure, *Fertility & Sterility*, Vol. 54, N° 5. November 1990.
- 16) Menning B. *Infertility. A guide for the childless couple*. Prentice Hall, New York. 1988.
- 17) Wallace E. When should infertility patients consider stopping treatment? A doctor's view. *Resolve National Newsletter*, Vol. XVII, N° 2. July 1992.
- 18) Hammer Burns L. *When is enough enough?* Serono Symposia. Washington. 1993.
- 19) DePuy C, Dovitch D. *The healing choice. Your guide to emotional recovery after an abortion*. Fireside, New York. 1997.
- 20) Luebberrmann M. *Coping with miscarriage, USA*. 1996.