

Indução da Ovulação

Newton Eduardo Busso

*Professor Assistente e Mestre em Ginecologia e Obstetrícia
pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Diretor da UNIFERT — Clínica de Fertilidade Conjugal.
Secretário Executivo da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana — São Paulo, Brasil*

Aníbal A. Acosta

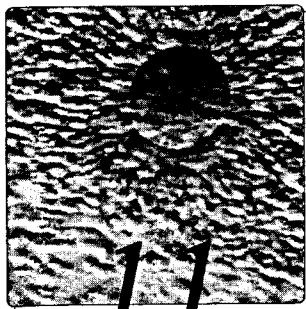
*Professor Emérito de Obstetrícia e Ginecologia
da Eastern Virginia School of Medicine — Virgínia,
Estados Unidos. Diretor Científico do Centro de Estudos
em Ginecologia e Reprodução — CEGYR — Buenos Aires, Argentina*

José Remohi

*Professor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia
da Faculdade de Medicina da Universidade de Valência.
Diretor do Instituto Valenciano de Infertilidade (IVI) — Valência, Espanha*

 **Atheneu**

São Paulo • Rio de Janeiro • Belo Horizonte



Psicologia da Anovulação

11

Leticia Urdampilleta
Dario Fernandez

Durante os últimos 300 anos a Medicina Ocidental alopatrica separou a mente do corpo. Nenhum outro sistema médico na história mundial, incluída a medicina ocidental prévia ao século XVII efetua esta distinção. Ainda que em alguns meios médicos haja dificuldade em aceitar que a mente pode alterar o corpo, crê-se solidamente no contrário (que o físico pode alterar a mente). Tranquilizantes, antidepressivos e anestésicos constituem um exemplo do elo. Já que é óbvio que o corpo pode afetar a mente, por que há resistência em pensar que inverso também pode ser verdadeiro?²⁴

Na prática clínica os médicos vêm-se levados a pensar no psicológico como uma das origens possíveis de várias doenças, todavia a maioria das vezes não podem dar conta de como se produz essa influência da mente sobre o físico. Talvez fosse apropriado, ao abordar este tipo de fenômeno, abandonar a dualidade cartesiana mente — corpo e a casualidade linear, para pensar na simultaneidade de percepção e expressão do ser humano como um todo, compreendendo através de modelos policausais e de interação circular.

Com o desenvolvimento das neurociências (psiconeuroimunoenocrinologia, psiquiatria biológica, neuropsicologia, psicofisiopatologia, psicologia cognitiva), especialistas de diversas áreas estão gerando novos modos de ver o ser humano e encontrando respostas para velhas intuições clínicas.

A anovulação, como outras desordens do organismo das pessoas, vê-se modelada em determinados sintomas e enfermidades cujas origens e conseqüências nem sempre são exclusivamente do âmbito médico. Também há diversos aspectos de ordem psicológica que intervêm tanto na gênese como na manutenção e possível resolução ou não desta enfermidade, que preocupa tanto a médicos como às mulheres que a padecem.

Não há de fato estudos que possam comprovar que existem fatores emocionais únicos que influenciam esta ovulação. Não há testes psicológicos especificamente destinados ao efeito e provavelmente nunca haverá um totalmente confiável dada a qualidade multifatorial de qualquer evento psicológicamente significativo. Mas tanto médicos como psicólogos conhecemos empiricamente este fenômeno e, se

não podemos explicar sua etiologia, sabemos que não deixa de ser uma realidade.

Hoje em dia a ciência pode descrever em termos bioquímicos o fenômeno da anovulação, compreender os mecanismos de ação que a sustentam e tentar tratamentos curativos ou paliativos que nem sempre curam e implicam efeitos indesejados em alguns casos. A etiologia, ainda em algumas formas de anovulação, é desconhecida.

Na área psicológica pode-se enfocar o tema desde a etiologia ou desde os efeitos. Tentaremos abordá-lo dentro destas duas formas.

É importante esclarecer que quando dizemos “psicológico” não estamos implicando necessariamente psicopatologia.

Dentro dos fatores etiológicos temos fatores psicológicos que afetam o estado físico, como determinados traços de personalidade (ansiedade) e transtornos mentais (transtornos por ansiedade, transtornos adaptativos, transtornos de estado de ânimo, transtornos de conduta alimentar).

Os efeitos psicológicos da anovulação sobre as mulheres são vistos fundamentalmente naquelas que buscam descendência, sendo então os efeitos da infertilidade que mencionaremos.

FATORES ETIOLÓGICOS

CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS QUE ALTERAM O FUNCIONAMENTO NORMAL DO CICLO MENSTRUAL E REPRODUTIVO

A influência dos estados psicológicos sobre a função menstrual e reprodutiva tem um perfil multifatorial. É muito difícil, senão impossível, determinar reações lineares causa-efeito. O impacto que uma condição psicológica, aguda ou crônica, tenha sobre o organismo vai estar determinado por uma combinação de fatores, tais como: traços de personalidade, presença ou não de transtornos mentais, experiências prévias, disponibilidade de suporte sócio-emocional, exposição a uma fonte produtora de estresse (externa ou interna), efetividade das estratégias de adaptação que a pessoa

apresenta frente a uma situação estressante e a labilidade ou sensibilidade do sistema límbico. Resumindo, a resposta endócrina de uma pessoa aos estímulos ambientais e internos depende de variáveis psicológicas, socioambientais, históricas e neuroendócrinas.

TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Os traços de personalidade são pautas duradouras na forma de perceber, pensar e relacionar com o ambiente e consigo mesmo, e se fazem presentes em uma ampla gama de contextos pessoais e sociais²².

Uma variável de grande importância clínica é a ansiedade. Pode apresentar-se como um traço de personalidade; pode gerar transtornos por ansiedade (transtornos de ansiedade generalizada, transtornos de estresse pós-traumático etc.) e pode estar associada a transtornos adaptativos e/ou a depressão.

Spielberger⁵⁹ define a ansiedade como um estado emocional específico com sentimentos desagradáveis pela consciência do nervosismo, tensão e apreensão com ativação do sistema nervoso autônomo (SNA). Assim mesmo, ele diferencia a ansiedade como estado de ansiedade como traço da personalidade¹³.

Spielberger conceitua um estado de ansiedade como uma reação que qualquer sujeito experimenta frente a alguma situação específica que se entende como perigosa ou ameaçadora, caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo etc., acompanhados por uma ativação do SNA.

O traço ansiedade, por outro lado, define a tendência de uma pessoa de perceber qualquer situação estressante como perigosa, com seus sintomas concomitantes. A ansiedade é uma característica da personalidade que tem maior ou menor vulnerabilidade ao estresse. O traço ansiedade será tanto maior quanto maior for a ansiedade com que a pessoa reaja a um estímulo específico.

O grupo do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Gasthuisberg da Bélgica, dirigido pelo Dr. Demyttenaere, tem estudado a influência de certas condições psicológicas sobre a função neuroendócrina reprodutiva. Eles têm utilizado o Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI) de Spielberger e cols.⁵⁹ para avaliar em que medida esta variável psicológica pode influir nos transtornos do sistema hipotálamo-hipofisário-gonadal. Demonstraram que o conceito do traço ansiedade é real para explicar os níveis de resposta psiconeuroendócrina ao estresse (estado de ansiedade e níveis plasmáticos de PRL, cortisol e testosterona). Demyttenaere e cols.¹⁷ Também encontraram correlação entre o nível de ansiedade e as chances de gravidez em mulheres com ciclos normais em inseminação artificial heteróloga (IAH) e na taxa de abortos prematuros em mulheres grávidas mediante este procedimento.

O traçado básico é que a reação endócrina ao estresse é dependente do traço ansiedade: quanto maior a ansiedade maior a resposta hormonal. Pequenas variações na secreção de PRL e cortisol podem interferir sobre o ciclo menstrual e produzir causas sutis de infertilidade como síndrome foliculo luteinizado não roto (LUF) e deficiências na fase lútea^{8,18}.

Demyttenaere e cols.¹⁷ demonstraram que as taxas das concentrações plasmáticas de PRL, cortisol e testosterona produzidas por estresse emocional específico variavam em função do traço ansiedade. Encontraram que as mulheres com alto traço ansiedade apresentaram maiores níveis de PRL, cortisol e testosterona e que, além disso sua resposta endocrinológica ocorria antes do que naquelas com baixo traço de ansiedade. Em outras palavras, enquanto que as mulheres com baixo traço de ansiedade reagem frente à presença de estresse, as mulheres com alto traço de ansiedade respondiam endocrinologicamente com uma liberação antecipada. Isto implica que mecanismos psicológicos de adaptação como a antecipação, a reflexão e a assimilação mental intervêm como papel importante na regulação hormonal durante a situação de estresse. Eles especulam que as características da personalidade determinam o modo como as mulheres experimentam e reagem ao estresse produzido pela infertilidade e que estas características psicológicas e endocrinológicas poderiam influir na sua probabilidade de concepção¹⁷.

Este grupo também comprovou em um estudo com 116 mulheres com ciclos normais que entraram no programa de IAH que, quanto maior a ansiedade menor a probabilidade de concepção. Encontrou uma relação estatisticamente significativa entre o nível de ansiedade de cada mulher e o número de ciclos de IAH necessários para conseguir a gravidez. De 60 mulheres que engravidaram, 12 tiveram abortos prematuros. Quando compararam a ansiedade de ambos os grupos, encontraram que o grupo de abortadoras mostrou uma taxa de ansiedade maior que o grupo de mulheres que prosseguiram com sua gravidez¹⁸.

Harlow e cols.³⁹ também relataram uma tendência ao aumento da taxa de gravidez em pacientes com procedimentos de reprodução assistida (RA) quanto menor for sua ansiedade.

É interessante lembrar que a ansiedade constitui uma característica de personalidade e define portanto uma norma de condutas que permanece relativamente estabelecida ao longo da vida de uma pessoa. Pessoas com alto nível de ansiedade podem ter respostas psiconeuroendocrinológicas exageradas frente ao simples estresse da vida cotidiana. Isto implica que pacientes que têm uma vida normal: boas relações com família, situação econômica estável, ausência de situações altamente estressantes etc., podem na realidade apresentar as sutis características psicobiológicas de uma pessoa submetida ao estresse crônico, com as conseqüências estabelecidas sobre o funcionamento do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal.

Em relação ao estado de ansiedade que reflete o grau de resposta de uma pessoa frente a uma fonte atual de estresse, Demyttenaere e cols.¹⁶ relataram que em mulheres com ciclos de fertilização *in vitro* (FIV) este fator influencia a chance de engravidar. O nível de ansiedade medido na fase folicular prematura e 90 minutos antes da aspiração folicular correlacionou negativamente com o valor do β -HCG medido 15 dias depois da aspiração folicular e também com o resultado do tratamento (gravidez ou não).

TRANSTORNOS MENTAIS

No popular, o termo transtorno mental está associado a alterações psicopatológicas severas do tipo psicose. No vo-

bulímico psicológico, este termo refere-se a um conjunto de alterações. Cada transtorno é definido no DSM-IV²² como uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico de significado clínico, que aparece associado a um mal-estar, uma incapacidade ou a um risco significativamente aumentado de morrer ou sofrer dor, incapacidade ou perda de liberdade. Qualquer que seja sua causa, deve-se considerar como a manifestação individual de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica.

Numerosos transtornos mentais têm sido associados a alterações do ciclo menstrual e reprodutivo por diferentes fatores: transtorno de estado de ânimo (depressão maior, depressão menor, transtorno depressivo não especificado); transtornos por ansiedade (transtorno por estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade generalizado, fobias simples ou sociais, crises de angústia, transtornos de ansiedade não especificado, transtorno obsessivo compulsivo); transtornos adaptativos (que cursam com estado de ânimo depressivo, com ansiedade, com transtornos de comportamento, com alterações mistas dos subtipos antes mencionados); transtornos de conduta alimentar (bulimia nervosa, anorexia nervosa, transtorno de conduta alimentar não especificado).

É de se notar que um sintoma que participa de todos esses transtornos é o estresse e que as reações neuroendócrinas que geram o estresse podem influir em alguns casos sobre a função reprodutiva.

Historicamente há três momentos diferentes na forma de entender o estresse. Na primeira conceitualização é levado em conta e estabelecido que a reação do sujeito dependia do tipo e da intensidade do estímulo que provocava a reação de estresse. Num segundo momento o foco foi colocado no sujeito e estabelecia-se que o impacto produzido por um estressor, dependia de mecanismos internos do indivíduo (como interpretava situações e que estratégias de adaptação psicológicas e orgânicas colocava em jogo). A postura atual resume as anteriores e a reação de estresse é vista como uma resultante da interação dinâmica entre o estressor e o sujeito.

Por um lado existem experiências de vida armazenadas que considerariamos estressantes como guerra, abuso sexual, acidentes. Porém há outras circunstâncias que em determinadas pessoas com características de resposta hipersensível podem desencadear o mesmo efeito traumático que as anteriores (ex.: falta ou perda de relacionamentos afetivos importantes na infância ou adolescência, uma relação interpessoal patológica ou abusiva etc.).

Resumindo, há dois pontos que consideramos importante destacar: primeiro, o peso que as características individuais têm na reação de estresse. Segundo, o fato de que não é necessário que o estressor tenha uma grande potência, já que só a tensão que implica a vida cotidiana pode produzir em algumas pessoas reações orgânicas e/ou psicológicas de importância exagerada.

Isto tem interessantes implicações clínicas quando chega o momento de fazer o diagnóstico diferencial em uma mulher com transtornos em seu ciclo menstrual, pois pode haver reações psicológicas que podem estar fora do evidente. Uma paciente que, aos olhos do médico, leva uma vida absolutamente normal, pode na realidade estar sofrendo de

uma ativação orgânica que se corresponderia com situações altamente traumáticas.

TRANSTORNOS POR ANSIEDADE — TRANSTORNOS DE ESTADO DE ÂNIMO

Há décadas numerosos pesquisadores estão estudando a associação de fenômenos emocionais e alterações reprodutivas. O Dr. Samuel Yen introduziu o conceito de anticoncepção hipotalâmica endógena para estudar as alterações do eixo reprodutivo produzidas por fatores psicossocioambientais e nutricionais. Em 1998, em Buenos Aires, Yen estabeleceu que essa latência reprodutiva pode ser vista como um mecanismo cerebral de proteção que bloqueia o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal (HHG) para evitar o nascimento de uma criança em circunstâncias que não sejam ótimas para a sua sobrevivência.

Outros pesquisadores^{53,57} têm estabelecido que frente a experiências estressantes o organismo, tanto de animais como de humanos, reage com um aumento da atividade do eixo HHG. Este fenômeno tem sido atribuído à necessidade, em caso de emergência, de preservar a função da córtex adrenal, à custa da atividade gonadal. Em termos comparativos, isto pode ser observado no reino animal quando um macho abandona a conduta de cortejo de uma fêmea no cio para passar rapidamente à conduta de ataque ou fuga quando percebe que outro macho invade seu território.

Voltando ao conceito de anticoncepção hipotalâmica endógena, Yen sustenta que a restrição pré-puberal na secreção de GnRH é causada por uma inibição central da secreção hipotalâmica de GnRH. Visto que aos elevados níveis de gonadotrofinas, que se registram no primeiro ano de vida, segue-se um declínio que chega a um estado hipogonadotrófico na idade de 6-8 anos, processo que ocorre na ausência de função ovariana.

“O conceito de ativação puberal do programa de secreção de GnRH implica declínio dos inibidores hipotalâmicos que permitem um progressivo aumento da amplitude dos pulsos de GnRH-LH, sem mudar sua frequência. Esta hipótese de inibição hipotalâmica aplicada às alterações menstruais sugere que a diminuição da pulsatilidade GnRH-LH, que pode ocorrer em graus diversos, é a causa subjacente aos estados anovulatórios”⁵³.

Mudanças menores na pulsatilidade do LH podem causar deficiências na fase lútea. Uma diminuição importante na pulsatilidade GnRH-LH foi associada a casos de amenorréia hipogonadotrófica hipoestrogênica, o que se assemelha aos estados pré-puberal e pós-parto.

Entre os reguladores centrais e periféricos da secreção hipotalâmica de GnRH têm-se relatado o incremento de IGFB P1, CRF e opióides endógenos.

Resumindo, ainda em ausência de amenorréia o estresse pode causar compromisso ovariano. A ativação mínima ou intermitente dos neurônios do SNC que medeiam as respostas aos estressores externos ou internos e que regulam a função hipotalâmica pode levar a um compromisso parcial da secreção de GnRH. Isto pode manifestar-se clinicamente em oligomenorréia e deficiências da fase lútea⁸.

Há uma variedade de fatores que podem estar ligados ao hipogonadismo-hipotalâmico: exercício excessivo (par-

ticularmente correr), baixo peso, perda ou flutuação de peso, desordens na conduta alimentar, desordens afetivas, uso de narcóticos, estresse externo ou pessoal. Algumas condutas que podem interferir no ciclo reprodutivo podem ser adaptativas a estressores psicológicos⁸.

Quando se avalia uma mulher com amenorréia funcional hipotalâmica (AFH), é difícil encontrar a associação com um único fator dos anteriores mencionados, sendo mais provável que se mostrem vários deles associados.

Vários dos hormônios que regulam a adaptação do organismo às situações de estresse: CRF, POMC (ACTH, beta-endorfinas e corticosteróides adrenais) atuam como papel importante na modulação direta ou indireta das funções reprodutivas⁵³.

Os hormônios relacionados ao estresse poderiam influir nos três níveis do eixo HHG. No hipotálamo, inibindo a secreção de GnRH: o fato de que o CRF é liberado durante a situação de estresse e a proximidade anatômica dos neurônios que secretam CRF e GnRH sugerem a possível ação da CRF como inibidora da liberação de GnRH. De fato, a injeção de CRF dentro dos ventrículos cerebrais de ratas e primatas inibe a secreção de GnRH e a injeção de antagonistas de CRF reverte esta ação inibitória⁵³.

No hipotálamo, a elevação de corticosteróides circulantes estaria produzindo o efeito inibitório sobre a liberação de GnRH, correlacionado à ativação prolongada do eixo HHA. A inibição do eixo HHG é observado em circunstâncias patológicas que elevam o nível de corticosteróides no plasma, como na síndrome de Cushing. O tratamento com altas doses de corticosteróides causa freqüentemente mudanças adversas do eixo HHG. Está em discussão se esses efeitos se produzem no nível hipofisário ou gonadal.

Em relação às gônadas produzir-se-ia uma alteração da ação estimuladora das gonadotrofinas sobre a secreção dos esteróides sexuais. O fato de que o estresse produza uma diminuição da testosterona faz com que se pense que a mesma é causada por uma redução da secreção de LH ou por efeito direto sobre as gônadas dos POMC, corticosteróides e/ou CRF dessensibilizando-as do efeito das gonadotrofinas⁵³.

Sabe-se que os fatores psicológicos contribuem na produção de AFH, porém obteve-se para definir um perfil psíquico das mulheres que sofrem deste quadro. A Dra. Sarah L. Berga, além de tentar definir um perfil de personalidade, propõe interessantes tratados explicativos a respeito da etiologia da AFH⁷.

Em relação ao perfil da personalidade, encontrou em mulheres com AFH certas características comuns. Em geral, são mulheres inteligentes, amistosas, com objetivos, competitivas, com êxito profissional, porém que apresentam certos traços disfuncionais como reações excessivas frente a situações de estresse, estratégias erradas de adaptação ao estresse (negação e perfeccionismo), alta sobreexigência, rigidez, intenso autocontrole, incomodadas em situações sociais e dificuldade para descontraír.

Em relação à etiologia da AFH, Berga propõe que as mulheres que sofrem representam uma variação humana de modelo de "choque inevitável", tomado da experiência com animais. Neste modelo experimental, deseja-se produzir em ratas um estado de inaptidão e indefesa aprendidas. No caso de mulheres com AFH a exposição à situação de "choque

inevitável" ocorreu na infância e estava determinada por uma falha na função familiar cujas principais características foram a manipulação e o amor condicional. Este tipo de vínculo deteriora a auto-estima e a sensação de segurança, gerando um estado permanente de insegurança básica e temor ao fracasso. Isto explica em parte porque ao chegar à idade adulta essas mulheres tendem a ter êxito na vida pessoal e profissional: o motor de seu êxito é uma grande auto-exigência e perfeccionismo seguido da necessidade de responder impecavelmente ao que se espera delas, a fim de preservar sua frágil auto-estima.

Por outro lado, o equivalente ao conceito de "incapacidade e indefesa aprendidas" veria-se refletido numa gama de condutas disfuncionais, desenvolvidas na idade adulta, que guardam grande semelhança com aquelas pessoas que sofrem de transtorno por estresse pós-traumático (TSTP). Estas condutas estão caracterizadas por uma alta reação e respostas disfuncionais ao estresse e, paradoxalmente, dependência do estresse e calma frente ao mesmo. Berga sugere que essas características poderiam ser manifestações do aumento da atividade opióide e de uma hipersensibilidade do neurotransmissor noradrenérgico.

Em relação à possível influência de experiências emocionais precoces (infância), sobre a atividade hipotálamo-hipofisária, vários autores têm sugerido que situações como separação dos pais ou a violência familiar estariam associadas ao risco de desenvolver um quadro de hiperprolactinemia na idade adulta³.

Recentemente Assies e cols.³ voltaram a testar esta hipótese, confirmando os achados anteriores. Tendo estabelecido esta relação, eles perguntam-se se nestas pessoas os valores elevados de PRL existiam desde a infância e tornaram-se evidentes só na idade fértil. Eles responderam que isto não deve ter ocorrido dado que a maioria das mulheres que compunham a amostra de sua investigação desenvolveu os sintomas logo após um período de menstruações regulares. Tyson e cols.⁶² acharam que 12 das 13 mulheres hiperprolactinêmicas (com galactorréia, amenorréia e sem evidência nem diagnóstico de tumor pituitário), que compunham sua amostra, declararam ter vivido experiências psicologicamente estressantes num período imediatamente anterior ao começo de sua irregularidade menstrual. Este achado abre caminho para uma explicação alternativa que as experiências traumáticas na infância poderiam, em algumas pessoas, sensibilizar a hipófise e em particular a secreção de PRL. Deste modo, a estimulação fisiológica (pílulas anti-concepcionais ou estrógenos) ou experiências estressantes recentes poderiam iniciar a hipersecreção de PRL. Seria necessário desenhar investigações que colocassem à prova esta hipótese, como, por exemplo, medir níveis de PRL em crianças que tenham vivido experiências traumáticas recentes e correlacionar os níveis plasmáticos de PRL após a exposição a fatores de estresse controlados.

Giles e Berga (1993), em estudo no qual compararam mulheres eumenorréicas com mulheres com amenorréia de origem orgânica e mulheres com AFH, encontraram que estas últimas tinham maior tendência a apresentar alterações cognitivas que se expressavam em atitudes disfuncionais e mostraram maior dependência pessoal. Além disso, as mulheres do grupo das amenorréicas (orgânicas e funcionais)

relataram dificuldades para adaptar-se ao estresse da vida diária, o que sugeriria que a amenorréia está associada a uma deterioração dos mecanismos de resposta ao estresse, que as faria mais passíveis que as mulheres eumenorréicas de sofrerem distúrbios psiquiátricos, em especial transtorno de estado de ânimo (ex.: depressão). A partir destes resultados os autores levantam a hipótese de que as mulheres com AFH apresentariam características cognitivas que as fariam sensíveis ao estresse da vida cotidiana, produzindo alterações em nível central e neuroendócrino. Sendo assim, poderia-se pensar na possibilidade de modificar esta hipersensibilidade às tensões cotidianas mediante tratamentos psicológicos apropriados que poderiam restaurar os níveis normais de GnRH, baixar a hipercortisolínia e, eventualmente, levariam a uma recuperação espontânea dos ciclos menstruais. É de grande importância determinar se esta terapêutica é viável já que nenhuma das opções hoje oferecidas às mulheres com AFH (substituição hormonal ou indução de ovulação) conduz a uma correção da alteração central e neuroendócrina ou à recuperação espontânea do ciclo menstrual.

A influência do socioambiental sobre a fertilidade também foi tema de estudo. O estresse social é um dos fatores mais comumente observados dentro dos elementos ambientais que afetam negativamente a fertilidade em mamíferos. Este estresse social produz-se por condutas que vão desde segregação até agressão física. Seu impacto parece vir do fato de que a perda do suporte social implica ameaça para a sobrevivência. O suporte social facilita o acesso a recursos vitais e fornece proteção contra predação e agressão. Dentro deste contexto podemos definir o estresse psicossocial em humanos como aquele que é consequência de pressões e carências externas ou de preocupações acerca da falta ou ineficácia dos recursos pessoais, sociais ou ambientais. Assim como a presença do apoio social atua como amortecedor de impacto de um de um estressor sobre o corpo, sua ausência pode ser um estressor em si mesmo.

Wasser e cols.⁶⁸ desenvolveram um estudo para averiguar se, além do estresse produzido pela infertilidade em si mesma, havia um estresse psicossocial maior em mulheres com anormalidades funcionais do eixo HHG comparadas com mulheres com causas anatômicas de infertilidade (ex.: obstrução tubária, aderências pélvicas). Eles estabeleceram que se o estresse psicossocial pode chegar a ser uma causa da infertilidade, ele deveria ser mais evidente naquelas mulheres inférteis cuja etiologia fosse dependente das mudanças ambientais (ex.: amenorréia secundária; fase lútea inadequada).

Como conclusão estabeleceram que o estresse psicossocial contribui significativamente na etiologia de algumas formas de infertilidade. Eles encontraram uma tendência significativa no aumento do estresse psicossocial à medida que o fator anatômico de infertilidade faz-se menos evidente. Uma análise retrospectiva revelou diferenças entre o grupo de causa funcional e o de causa anatômica a respeito de: número de fontes de suporte social, a satisfação com o referido suporte, a confiança no apoio dos amigos, conflitos familiares, hostilidade, ansiedade e ansiedade fóbica. Finalmente, sugerem que a psicoterapia orientada a fortalecer a rede de suporte social destes indivíduos poderia ser um dos

tratamentos mais valiosos na recuperação de certas formas de infertilidade na mulher.

Não só transtornos gerados por estresse (principalmente transtornos por ansiedade) poderiam influir sobre o funcionamento do ciclo feminino. Alguns autores estabelecem que certos transtornos de estado de ânimo também poderiam produzir distorções nesta área. Berga (1989) relatou numa investigação com mulheres com AFH desordens afetivas (depressão maior, depressão menor e transtornos de ansiedade generalizada) em 33%.

Fachinetti e cols.²⁵ estabeleceram que a depressão poderia influir indiretamente já que algumas consequências da depressão como a distorção cognitiva, a ineficácia das estratégias de adaptação e as atitudes negativas ampliam o grau de tensão e de resposta frente a situações estressantes. Encontraram que aquelas mulheres com AFH que apresentavam desordens afetivas (transtornos de estado de ânimo: depressão maior, depressão menor. Distímia, transtorno depressivo não especificado e transtorno por ansiedade: fobia simples, fobia social, transtorno por ansiedade generalizada, crise de angústia (ataque de pânico), transtorno obsessivo-compulsivo) e eventos da vida estressantes teriam uma redução de 50% dos pulsos de LH, comparadas com mulheres com AFH sem desordens afetivas nem eventos de vida estressantes e com mulheres eumenorréicas.

Os estados depressivos poderiam conduzir a problemas de fertilidade através de mecanismos neuroendocrinológicos como o aumento dos níveis de PRL e cortisol, através de mecanismos psicoimunológicos como a deterioração das defesas que normalmente poderiam prevenir contra doenças sexualmente transmissíveis ou através de mecanismos condutores como a mudança drástica dos hábitos alimentares ou o abuso de substâncias (álcool, drogas). Lapane e cols.⁴² encontraram que as mulheres com história de sintomas depressivos tendiam a situar-se nos extremos da curva de distribuição normal do índice de massa corpórea (IMC) e que tendem a ter em sua história mais doenças sexualmente transmissíveis do que as mulheres que não haviam relatado sintomas depressivos durante a vida. Concluíram, além disso, que a depressão poderia afetar indiretamente a fertilidade através da ativação do eixo HHG e provocaria então disfunção tireoidiana. Grodstein e cols.³⁶ relataram que o uso de antidepressivos (tricíclicos e IMAO) por período maior que seis meses aumentaria notoriamente o risco de sofrer alteração da ovulação.

TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTAR

Entre os transtornos da conduta alimentar encontramos anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e o transtorno de conduta alimentar não especificado. Todos eles influenciam em alterações do ciclo menstrual através de alterações graves da conduta alimentar tendo-as como sintoma fundamental.

A amenorréia é uma característica universal da A.N. e muito freqüentemente em pacientes com BN também encontramos irregularidades menstruais, porém a proporção com amenorréia é menor. Inclusive, sem chegar a dispor de transtornos tão severos como a AN ou a BN, autores como Falk e Halmi²⁶ têm encontrado que condutas alimentares

anormais associam-se a amenorréias persistentes mesmo depois da recuperação do peso.

Segundo Yen⁷⁰, os déficits nutricionais e suas adaptações endócrino-metabólicas podem contribuir no desenvolvimento e na permanência da AFH do tipo psicogênico. Pode-se encontrar em mulheres com AFH com sinais subclínicos de transtornos de alimentação e que não são atletas em peso estável, porém com severas restrições na ingestão de gorduras na sua dieta. A ingestão nutricional desbalanceada em AFH psicogênica associa-se com múltiplas alterações endócrino-metabólicas. Essas alterações são similares às aquelas encontradas em atletas de alto rendimento com AFH⁴³.

Descreveremos as características fundamentais dos transtornos de conduta alimentar.

ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa é um transtorno mental que consiste no propósito contudente de manter peso corporal mínimo, um medo intenso de ganhar peso e numa alteração significativa de percepção da forma e do tamanho do corpo. Além disso, as mulheres têm amenorréia.

A perda de peso é resultado da diminuição da ingestão total, vômitos provocados e uso inadequado de diuréticos, laxantes e enemas. O medo da obesidade não desaparece ainda que o indivíduo perca peso e, de fato, vai aumentando mesmo que o peso diminua. O nível de auto-estima das pessoas que sofrem deste transtorno depende em grande parte da forma e do peso do corpo. Normalmente as pessoas com este transtorno têm pouca consciência de suas alterações, negam-na, podem explicar histórias pouco verdadeiras.

Os sintomas mais freqüentes associados são: depressão, retraimento social, irritabilidade, insônia, perda de interesse pelo sexo, pensamentos obsessivos e condutas compulsivas. Este transtorno tem uma taxa de mortalidade entre 10% e 20% e produz-se principalmente por inanição, suicídio ou desequilíbrios eletrolíticos.

Distintas teorias ou posturas psicológicas falam de variadas motivações que desencadeariam num indivíduo este transtorno. Entre elas encontramos:

- A forte pressão cultural acerca de um estereótipo de beleza onde a magreza é altamente valorizada (ainda que à custa da saúde) e a união entre o ser valorizada ou não, querida ou não, de acordo com uma determinada aparência física;
- Dificuldades para o funcionamento autônomo, para estabelecer a identidade e consentir com a separação de seus pais⁴⁰, medo de transformar-se em mulher (interesse em ser feminina, atrair o sexo masculino, ter atividade sexual, ter filhos etc.)
- Minuchin *et al.*⁴⁷ sustentam que existe certo tipo de organização e funcionamento familiar condizente com o desenvolvimento e a manutenção deste transtorno. Os membros da família estão vinculados a padrões de interação familiar nos quais os sintomas de sua filha desempenham um papel central para evitar o conflito que se sobressai e na manutenção de um certo equilíbrio familiar. São famílias unidas (uma forma particular de proximidade e intensidade que faz com que qualquer mudança repercuta ao longo

de todo o sistema familiar), famílias superprotetoras (isto retarda o desenvolvimento da autonomia e o bom desempenho de seus filhos) e muitos rígidas nos seus princípios.

Dentro da personalidade da paciente com anorexia destacam-se alguns traços: grande necessidade de aprovação externa, tendência à conformação, falta de respostas a necessidades internas, perfeccionismo e escrupulosidade. São indivíduos com expectativas pessoais muito altas e grande necessidade de agradar e adaptar-se aos desejos dos outros a fim de garantir uma auto-estima vulnerável⁴⁰.

BULIMIA NERVOSA

A característica essencial deste transtorno consiste entre outras causas em métodos compensatórios inapropriados para evitar o ganho de peso. Estes ocorrem, em média, ao menos duas vezes por semana durante um período de três meses. A auto-estima dessas pacientes está exageradamente influída pelo peso e pela silhueta corporal.

O peculiar deste transtorno é provocar vômitos, uso excessivo de laxantes, diuréticos, enemas ou outros fármacos, e jejum ou exercício excessivo.

Os indivíduos com este transtorno sentem-se geralmente muito envergonhados, tentam ocultar os sintomas e têm condutas de alteração de controle (não podem evitar nem os vômitos nem a indução do vômito e têm dificuldades para acabar com estas ações).

O paciente bulímico encontra-se normalmente dentro do peso considerado normal, apesar de alguns apresentarem desvios para cima ou para baixo da normalidade.

Dentro dos transtornos associados à BN encontramos: transtornos de estado de ânimo (especialmente o transtorno distímico e o transtorno depressivo maior) e elevada incidência de sintomas de ansiedade ou transtornos de ansiedade. Também têm-se observado dependência e abuso de substâncias (álcool e estimulantes) em aproximadamente 1/3 dos pacientes. Assim mesmo, associa-se a transtornos de personalidade, sendo o transtorno limite da personalidade (Bordelines) o mais freqüente²².

O paciente bulímico tem dificuldade para controlar seus impulsos e algumas vezes tem gestos automutilantes. Com freqüência, são pessoas sexualmente ativas e algumas vezes, inclusive, promíscuas.

O prognóstico é proporcional à severidade do transtorno de personalidade subjacente, à qualidade do sistema de apoio e à motivação para recuperar-se.

O aspecto saudável da pessoa com BN, ao contrário daquela que sofre de AN, comprova que a sintomatologia pode permanecer oculta muitos anos. A hipocalcemia, a parada cardíaca por desequilíbrio eletrolítico e o suicídio são os motivos de morte predominantes neste grupo²².

Dentro das alterações endócrinas nas pacientes com BN encontramos que 50% com peso normal apresentam amenorréia ou alterações menstruais. Também têm-se encontrado alterações no eixo HHA em pessoas bulímicas com peso normal, colocando em evidência que estas alterações não são produzidas por modificação no peso exclusivamente e sim que haveria uma alteração no nível hipotalâmico⁴⁸.

As pacientes com transtorno de alimentação constituem seguramente um número elevado de consultas dos ginecologistas, submetendo-se a uma diversidade de estudos e tratamentos sem fazer referência a seus transtornos alimentares. Algumas mulheres com amenorréia ou infertilidade, que estão em acompanhamento por ginecologistas não relatam suas mudanças alimentares e podem aparentar peso normal.

Recordemos que estas patologias psicológicas caracterizam-se, entre outras coisas, porque quem as padece nega e esconde por todos os meios a vontade de, ao restringir a ingestão calórica ou provocar vômitos, diminuir seu peso. Particularmente, as pessoas bulímicas armam rituais sofisticados para evitar que seus vômitos sejam descobertos.

Diversos autores têm investigado sobre a possível relação das alterações menstruais em mulheres com transtornos da conduta alimentar e sua relação com desordens mentais.

Bates e cols.⁴ encontraram que em 47 mulheres com esterilidade sem causa aparente e disfunções menstruais, que restringiam sua ingestão calórica para controlar seu peso, 36 seguiram uma dieta destinada a aumentar seu peso para alcançar seu peso corporal ideal e a menstruação retornou na maioria (73%) com subsequente concepção espontânea. Comparativamente, 97% das mulheres infertéis e seus esposos haviam sido avaliados previamente por infertilidade com uma variedade de estudos diagnósticos sem que a perda de peso fosse identificada como causa de infertilidade.

Stewart e cols.⁵⁸ descobriram que de 67 pacientes que consultavam por esterilidade, 16% sofriam de AN ou BN e outros distúrbios alimentares. Entre aquelas mulheres infertéis que tinham amenorréia ou oligomenorréia, 58% tinham distúrbios alimentares. Este achado soma-se à evidência já conhecida e sugere que se faça uma história nutricional e de distúrbios alimentares nas pacientes infertéis, especialmente as que têm anormalidades menstruais.

Copeland e cols.¹⁴ realizaram uma investigação acerca dos ciclos menstruais prospectivos em pacientes com distúrbios alimentares distintos e seus comportamentos psiquiátricos. Eles encontraram que as desordens afetivas (depressão maior ou menor, mania ou hipomania, esquizofrenia, transtorno de pânico, desordens fóbicas, transtornos de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, abuso de substâncias e/ou álcool, psicose e transtornos de personalidade anti-social) eram mais prevalentes entre as pacientes com amenorréia. Também afirmaram que estes transtornos podem predispor a paciente a ter amenorréia hipotalâmica por si mesma, sugerindo que o incremento do estresse psíquico, talvez mediado pela secreção de CRF, poderia alterar a liberação de gonadotrofinas. Crêem, assim mesmo, que esta pode ser também a explicação de maior prevalência dos transtornos de ansiedade entre aquelas com amenorréia persistente.

Garfinkel e cols.³⁰ questionam os métodos de classificação e diagnóstico da AN, comprovando que a amenorréia não separa as mulheres com AN e aquelas com todas as características exceto a amenorréia. Assim, questionam a utilidade da amenorréia como critério diagnóstico.

O papel da amenorréia na AN não é claramente compreendido. Esta surge num número menor de mulheres, inclusive antes da perda significativa de peso, talvez devido à mudança da dieta que resulta em alteração nos neurotrans-

missores cerebrais ou talvez como reflexo do estresse psicológico que o indivíduo está sofrendo antes da doença. Assim, também encontramos mulheres que têm muitos sintomas psicológicos e de comportamento característico da AN e estão menstruando mesmo após a perda de peso.

É importante notar que, em seu estudo, Garfinkel comparou três grupos de mulheres:

- a) anoréxicas com síndrome completa;
- b) anoréxicas com síndrome parcial (sem amenorréia);
- c) controles normais;

d) encontrou nas mulheres com síndrome parcial não só um maior número de transtornos mentais que nos grupos restantes, mas também histórias familiares e experiência prévias mais complexas.

Garfinkel cita os estudos que tentam explicar a relação entre a síndrome com a amenorréia e a que cursa sem ela e sustenta que esta última seria uma fase de distúrbios alimentares já que muitas mulheres que têm a síndrome parcial, com o decorrer do tempo, desenvolveriam síndrome completa.

O grupo de pacientes com síndrome parcial tinha disfunções significativas em relação ao grupo-controle nos seguintes transtornos mentais: depressão maior (atual e passada), transtornos por ansiedade (incluindo fobia social e simples, agorafobia, distúrbio do pânico e distúrbio de ansiedade generalizada) e dependência de álcool do passado.

Assim, mesmo em sua história familiar estas mulheres mostraram diferenças significativas a respeito de seus controles em relação a: viver com pais com alcoolismo, depressão e intenção de suicídio, tratados por distúrbios emocionais ou dependência de drogas, pais hospitalizados pelos motivos anteriores, pais desempregados ou envolvidos com problemas policiais.

Também encontraram altas taxas de abuso sexual nos grupos de pacientes com distúrbios alimentares enquanto que no grupo sem amenorréia via-se uma alta frequência de problemas familiares.

Estes resultados enfatizam a importância tanto dos transtornos alimentares como dos transtornos mentais, e experiências traumáticas de vida que muitas mulheres podem ter associadas já que ainda não estejam em amenorréia, e é possível que num futuro próximo desenvolvam pelo menos transtornos em seu ciclo.

Os distúrbios alimentares são também mais frequentes entre as atletas e bailarinas de balé que na população em geral. Ambos os grupos submetem-se a medidas extraordinárias para alcançar o peso que julgam necessário para sua atividade, muitas vezes mantido de maneira sutil por treinadores, companheiras ou mesmo seus pais. Todavia, pode ser difícil reconhecer atletas ou bailarinas com distúrbios alimentares já que suas atividades requerem grande treinamento e disciplina.

Nestas circunstâncias os fatores que influenciam a função menstrual são mais complexos que a consequência da diminuição do peso. A evidência atual indicaria que uma combinação de estresse físico, psicológico e nutricional poderia atuar em conjunto na determinação do tempo de início e do índice de progresso puberal, a função menstrual e a fertilidade.

O impacto do controle do peso e do exercício sobre a função menstrual e a fertilidade relacionam-se com perdas marcadas e abruptas do peso, em particular quando estão ligadas a estresse psicológico e físico que perturbam a produção hipotalâmica de GnRH, sofrendo alterações endócrinas sutis como defeito da fase lútea no início e logo chegando a oligomenorréias ou amenorréias⁵².

A incidência do psicológico estaria vinculada ao fato de que, sendo o hipotálamo um tradutor biológico que traduz o emocional em sinais somáticos através do neuroendócrino e neurovegetativo, é também quem, desde o núcleo arqueado, inicia a cadeia de eventos que conduzem à ovulação através dos estímulos hormonais.

Gadpaille e cols. (1994) demonstraram num estudo de 32 mulheres atletas que os distúrbios alimentares são mais freqüentes em atletas amenorréicas que nas eumenorréicas. Oito das 13 mulheres amenorréicas reconheceram ter distúrbios alimentícios e 11 de 13 relataram distúrbios afetivos nelas ou em parentes de primeiro ou segundo grau, comparadas com uma entre 19 no grupo de eumenorréicas para os distúrbios afetivos e zero em 19 para os distúrbios alimentares.

EFEITOS DA ANOVULAÇÃO

O principal efeito psicológico que sofrem as pessoas frente a quadros de anovulação apresenta-se quando buscam descendência. Por este motivo consideramos importante fazer referência nos aspectos psicológicos da infertilidade.

INFERTILIDADE

Historicamente, estudos psicológicos sobre infertilidade focalizavam primariamente a mulher sobre a qual se pensava que era hostil e muito dependente de sua mãe ou que agressivamente imitava o papel masculino. Também sustentava-se que a mulher infértil era conflitante e ambivalente acerca da maternidade, o que resultava na sua incapacidade de conceber. Logo, vários investigadores tentaram averiguar se o nervosismo das mulheres e homens inférteis havia causado ou contribuído para sua infertilidade³⁷.

Numerosos estudos foram realizados para ver que as características da personalidade poderiam fazer com que as pessoas tivessem uma tendência maior de ser inférteis. Todavia, desde os princípios dos anos 80, a maioria dos estudos teve problemas metodológicos que tornam difícil decidir se certas características psicológicas predispõem a que casais se tornem inférteis ou se a infertilidade conduz a problemas psicológicos.²³

No final dos anos 80, vê-se claramente que a patologia emocional ou psicológica que freqüentemente se nota em homens e mulheres inférteis é mais atribuída à reação do casal à infertilidade que a causa da mesma³⁷.

Existem reações de tensão psicológica quando uma condição médica ou seu tratamento causam estresse significativo, porém não necessariamente causam psicopatologia significativa. Segundo Berg, existe um perfil de "tensão da infertilidade": tristeza, irritabilidade, tensão, preocupação, frustração, isolamento social e alienação. Sugere estar alerta para estes sintomas tanto como a morbidade psiquiátrica,

porém afirma que os pacientes inférteis não constituem uma população psiquiátrica⁶.

Hoje, a investigação da infertilidade psicossomática focaliza-se na resposta fisiológica da infertilidade como uma reação ao estresse, por exemplo, anovulação em mulheres e baixa produção espermática em homens³⁷.

Entretanto, na área dos casais com diagnóstico de infertilidade funcional ou esterilidade sem causa aparente, há muito para investigar já que uma proporção importante deles concebe sem nenhuma intervenção médica.

Portanto e com base em evidências hoje disponíveis, é pouco para se afirmar que os fatores psicológicos têm atuação importante na etiologia da maioria das formas de infertilidade.

Recentemente, foram feitas tentativas mais sistemáticas para determinar quais as dificuldades vividas como consequência pelos casais inférteis. Diferentes estudos têm produzido resultados contraditórios e demonstrado que o impacto da infertilidade no funcionamento psicológico é complexo e está influenciado por vários fatores. Dois fundamentais são o estágio específico de investigação ou tratamento nos quais os casais são estudados e as estratégias de adaptação que os casais usam para lidar com sua infertilidade.

A avaliação psicológica deveria ser realizada logo que os casais começassem a experimentar dificuldades, já que isto reduziria a confusão com fatores tais como os testes e procedimentos diagnósticos, fracassos etc.⁶⁶. Além disso, deveria selecionar-se cuidadosamente os grupos-controle já que sendo a infertilidade uma situação crítica os parâmetros de comportamento e as emoções habituais modificam-se.

Mas, além da avaliação dos distintos autores, poderíamos definir neste quadro particular que sofrem em maior ou menor grau todas as pessoas que estão tentando ter um filho e não conseguem dentro dos transtornos adaptativos²².

A característica essencial do transtorno adaptativo (TA) é o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um componente psicossocial identificável. A expressão clínica consiste num mal-estar superior ao esperado, dada a natureza desse fator, ou numa deterioração significativa da atividade social, profissional, acadêmica.

O TA deve resolver-se nos seis meses que se seguem ao desaparecimento do fator desencadeante (ou de suas consequências). Todavia, os sintomas podem persistir por um período prolongado de tempo (mais de seis meses) se aparecerem em resposta a um fator crônico (por ex.: uma enfermidade médica incapacitante) ou a um fator estressante com repercussão importante (dificuldades econômicas a partir de um divórcio).

O estressante pode ser um acontecimento simples ou dever-se a fatores múltiplos; pode ser, às vezes, recorrente ou contínuo, pode afetar uma pessoa, uma família, grupo ou comunidade ou ser independente de acontecimentos específicos do desenvolvimento.

Os TA podem cursar com sintomas predominantes como ânimo depressivo, ansiedade, misto (ânimo depressivo e ansiedade), com transtornos de comportamento, com alterações mistas das emoções e do comportamento, ou reações não adaptativas (queixas somáticas, isolamento social, inibição acadêmica ou de trabalho etc.).

A CRISE DA INFERTILIDADE

A infertilidade é uma enfermidade que transcende os limites do orgânico, pois sua presença implica interrupção do projeto de vida dos casais envolvidos. Para maioria das pessoas, ter filhos e formar uma família são metas em determinado momento de sua evolução pessoal ou do casal. Estar impedido de alcançar esta meta produz uma crise que afeta principalmente o psíquico, na relação do casal, nas relações familiares e sociais e em alguns casos em nível profissional.

Embora na psicologia o conceito de crise refere-se a eventos de curta duração, pensamos ser aplicável a uma experiência psicológica da infertilidade, fazendo uma única ressalva de que é uma situação que se prolonga no tempo e que pode converter-se em ciência. A proposta de chamar "crise da infertilidade" a esta interrupção do processo evolutivo, estabelecido por Menning⁴⁵, baseia-se na sua correlação com o conceito de crise estabelecido por Caplan¹²:

- a) é um evento sumamente estressante;
- b) geralmente é um problema insolúvel;
- c) o problema ultrapassa os recursos das pessoas envolvidas pois está além de seus métodos de resoluções habituais;
- d) o problema ameaça importantes metas individuais;
- e) o problema pode evidenciar importantes temas não resolvidos, do presente e do passado (pessoais, familiares, do casal). Os efeitos desta crise têm quatro áreas de impacto.

No particular, gera deterioração da identidade através de uma grande diminuição da auto-estima e de mudanças negativas na auto-imagem. É freqüente encontrar também grandes alterações emocionais, como, por exemplo, períodos de depressão, ansiedade, apatia, irritabilidade, hipersensibilidade, desassossego, sensação de falta de controle, raiva, isolamento etc.^{2,21,34,45}.

Para a maioria das mulheres o "ser mãe" (gravidez, parto, criança) é um pilar fundamental de sua identidade feminina^{20,54}. Isto segue ainda, apesar das mudanças sociais das últimas décadas, graças às quais os desenvolvimentos profissional e de trabalho ganharam terreno na construção da identidade de muitas mulheres. Paradoxalmente, esta nova possibilidade de fortalecimento da identidade, que surge do desenvolvimento profissional, faz com que a mulher busque a maternidade em idade avançada, o que implica diminuição na sua taxa de fertilidade e portanto possíveis problemas para conseguir sua gravidez, o que deteriora esse aspecto de sua identidade e de seu bem-estar.

O impacto da crise no casal é similar, porém dadas as diferenças de gênero, os modos de adaptar-se a esta dolorosa situação e de expressar a comoção de seu mundo interno, em homens e mulheres, desenvolvem-se de maneira distinta. A mulher tem grande facilidade para conectar-se com seu mundo interno e expressar sentimentos de dor, temor, desamparo e pedir o que necessita para sentir-se melhor. As estratégias de adaptação feminina são principalmente analisar, examinar e enfrentar o problema e compartilhar com os outros sua vivência. Ao contrário da mulher, o homem tem restrições para manifestar sentimentos que traduzam fraqueza, falta de autonomia, incapacidade para resolver seus próprios problemas e desenvolve estratégias de adaptação que envolvem a negação e atividades afastadas do problema^{55,60,61,69}.

Nachtigall e cols.⁴⁹ relataram diferenças de intensidade do dano psicológico produzido pela infertilidade na mulher, e no homem. Na mulher a comoção produzida pela infertilidade tende a ser a mesma, independentemente de quem parte o dano físico. Quando o problema reprodutivo está no homem, a profundidade da crise psicológica não é similar à da mulher, porém se o problema de fertilidade está na mulher o impacto é menor.

No casal, as diferenças nos modos de adaptação, estilos de comunicação e intensidade do impacto põem à prova a capacidade de comunicar-se aberta e sinceramente, a capacidade de empatia, de dar apoio emocional, de tolerar as diferenças de opiniões, de sentimentos ou de tempo. Embora a maioria das pessoas com problemas reprodutivos opine que a experiência da infertilidade tenha melhorado sua relação de casal e diferentes pesquisadores têm confirmado esta afirmação^{2,34}, isto não implica que não atravessem momentos críticos. Uma área especialmente prejudicada no casal é a sexualidade, tema que será desenvolvido mais adiante.

A relação com a família e amigos vê-se afetada por diversos fatores, especialmente naqueles casos em que o casal mantém sua infertilidade em segredo. A mulher é a mais afetada no meio familiar e social. Vários fatores contribuem para este fato. Em situações informais as conversas entre mulheres tendem a se concentrar sobre temas relacionados à maternidade. Por este motivo, reuniões familiares ou com amigos podem converter-se em situações dolorosas ou difíceis de manejar. Evitar este tipo de reuniões pode ser uma conduta defensiva freqüente. Além disso, perguntas, comentários, sugestões acerca do tema "ter filhos", quase sempre estão dirigidas às mulheres, ainda que seu esposo esteja presente, vivendo a mulher maior pressão, convertendo-se no porta-voz do casal frente à família e amigos^{15,33,38,45}.

No trabalho, pode haver abandono ou menor rendimento por depressão ou porque alguns trabalhos tornam-se dolorosos (por exemplo, professor primário, obstetras) e pelo tempo que consomem certos tratamentos.

No social, o isolamento e evitar situações dolorosas, como estar com famílias com crianças ou com mulheres grávidas, são condutas adaptativas freqüentes, para diminuir o contato com o que sentem que não vão conseguir nunca ou pelo menos imediatamente. Mitos e crenças socialmente partilhados, como, por exemplo, a associação entre fertilidade e virilidade, entre fecundidade e feminilidade, a afirmação que diz que um casal deve ter filhos e até cedo no casamento, são fontes de sentimentos de inadequação nestes casais^{15,33,38,45,54}.

Há fatores que em alguns casos complicam a situação dessas pessoas. Um deles é a religião. Por exemplo, o catolicismo coloca-os numa situação paradoxal, pois estimula que os casais tenham filhos porém ao mesmo tempo proíbe muitos dos procedimentos médicos que ajudariam os casais inférteis a conseguir este "feito". Os judeus ortodoxos vêem a infertilidade como um castigo. Outras religiões aceitam o divórcio ou o abandono da mulher se esta é infértil. Mas além destes inconvenientes devemos destacar que muitas vezes a fé religiosa atua como fator de apoio e sossego para quem a segue.

Resumindo, em muitos casos vamos encontrar pessoas atravessando um período de deterioração emocional e psi-

quico e com alterações em sua rede de relações (casal, amigos, família, trabalho), ainda que isto não seja muito evidente numa consulta médica.

ESTIMULAÇÃO DA OVULAÇÃO — SEXUALIDADE — CONFLITO DA METADE DO CICLO

Diferentes pesquisadores têm demonstrado que tanto a crise psicológica produzida pela infertilidade como alguns métodos diagnósticos e tratamentos médicos orientados para que o casal consiga seu filho biológico podem produzir alterações negativas da sexualidade. A disfunção sexual mais freqüentemente relatada e de maior incidência nesta população é a diminuição do desejo, sozinho ou associado a outras disfunções como, por exemplo, disfunção na fase de excitação ou de orgasmo, tanto em homens como em mulheres. Também têm-se descrito disfunção na ereção, falta de lubrificação vaginal, evasão de relações sexuais, especialmente nos dias periovulatórios e na ejaculação precoce^{9,19,29,41,64,67}.

Tanto no diagnóstico como no tratamento dos problemas ovulatórios existem fatores que influem negativamente sobre a sexualidade. Por outro lado, a deterioração sexual produzida pela crise da infertilidade pode interferir nos tratamentos que impliquem estimulação da ovulação e relações sexuais programadas.

Existe um problema sexual que é exclusivo daqueles casais com problemas reprodutivos que podem buscar gravidez através de relações sexuais. Este problema recebe o nome de "conflito da metade do ciclo" e consiste na evasão (voluntária ou involuntária) de relações sexuais nos dias férteis^{15,41}. Esta falta de relações sexuais pode dar-se inclusive quando a mulher tenha recebido estimulação da ovulação e o casal tenha orientação médica para ter relação sexual²⁷.

Há várias causas que induzem o início do problema: o sexo muda de significado, o que antes fazia por prazer agora converte-se em trabalho porque as relações nos dias periovulatórios tornam-se insatisfatórias. Fazer amor transforma-se em fazer bebês, o sexo começa a ser dirigido para os períodos férteis, gerando perda da espontaneidade e exigência de rendimento, fatores ambos que influem negativamente sobre o desenvolvimento sexual das pessoas¹.

O contato sexual pode converter-se numa experiência dolorosa que lembra a impossibilidade de conceber, o que permite considerar o evitar as relações como uma reação defensiva frente a uma dor futura (a chegada da próxima menstruação). Por isso é freqüente que aqueles casais com diagnóstico que os permitam buscar uma gravidez mediante relações programadas não podem tê-las nos períodos férteis devido a brigas, cansaço ou excesso de ocupação. Paradoxalmente esta tentativa defensiva contra a dor da infertilidade poderia prolongar ainda mais a situação, toda vez que o casal sinta o mês que tiveram relação como perdido, o que faz com que o balanço da sua situação seja ainda mais negativo, tornando o não ter relação como estratégia defensiva.

A monitorização da ovulação pode influir sobre a sexualidade do casal. O controle da temperatura basal implica perda da privacidade pois deverão anotar as relações que têm ao longo do mês. A sensação de ser "três na cama" é referida freqüentemente por casais que estão usando caderne-

ta de temperatura basal. Além disso, o termômetro e não o casal decide o momento de ter relação, com as conseqüências que todos conhecemos do sexo a pedido.

O uso de análogos de GnRH (conduta necessária e habitual em alguns esquemas de estimulação de ovulação) pode gerar efeitos físicos e psicológicos na mulher, transtornos no vínculo do casal e em sua sexualidade. Transtornos físicos como mal-estares transitórios e desgosto influem claramente sobre o estado de ânimo. Se a estes somarmos efeitos diretos sobre o psicológico como a instabilidade emocional (irritabilidade, hipersensibilidade, choro fácil) faz com que um ou ambos os membros do casal comecem a pensar que "algo" anda mal entre eles em vista das alterações de conduta da mulher. Aparece uma distorção na comunicação que, se não for corrigida, pode levar o casal a realmente ter problemas. Ao informar o casal das alterações que pode produzir este tipo de medicação antes de iniciar o tratamento, permite-se uma compreensão dos fatos num contexto adequado e a necessidade de mudanças necessárias para enfrentar esses efeitos secundários ao tratamento médico⁵⁰.

Em nossa experiência clínica temos encontrado muitas vezes o fato de que o casal tenha diminuído notoriamente seu contato sexual nos dias férteis e não tenha contado ao médico. Os pacientes têm grande dificuldade para relatar a existência de problemas sexuais, sendo prévio ou tendo surgido logo após a descoberta do problema reprodutivo ou do seu tratamento. A comunicação dos pacientes com o médico acerca de sua sexualidade é, na maioria dos casos, muito escassa e de pouca profundidade. Além disso, os médicos interrogam sobre a sexualidade de seus pacientes na primeira ou segunda entrevista e poucas vezes voltam ao tema, mesmo quando o casal segue em tratamento durante anos.

Estes fatores podem contribuir para que esta alteração na sexualidade torne-se inadvertida para o médico. Não contar um dado importante pode influir em erros diagnósticos ou no tratamento. A existência ou não de relações sexuais nos dias férteis é tema que deveria ser checado periodicamente pois o conflito da metade do ciclo pode somar-se como um fator a mais, independentemente de que haja um diagnóstico prévio que justifique a infertilidade do casal.

REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Os aspectos psicológicos envolvidos no tratamento da reprodução assistida têm como base a conjunção de uma série de circunstâncias as quais os pacientes têm que enfrentar quando decidem por essa opção: aspectos emocionais, financeiros, demanda física do tratamento, processos legais, éticos e morais dentro da comunidade.

Geralmente o casal que entre num programa de RA tem uma história de tratamento de infertilidade que inclui terapia medicamentosa e/ou cirurgias com muito tempo gasto e muito fracassos. Se a isto somarmos o otimismo extremo com que começam, várias vezes desmensuração e irrealista, compreende-se por que estão vulneráveis à ansiedade e às reações de dor. Poucos dão-se conta realmente de que, ao fazer tratamento de RA, estão fazendo um tratamento de tentativa de gravidez, sendo uma tentativa e não uma garantia de que dentro de nove meses sairão da clínica com um bebê nos braços.

Os casais que desejam realizar alguma técnica de RA de alta complexidade são compostos por pessoas com certo tipo particular de personalidade. Individualmente, são pessoas mais ambiciosas, mais independentes, mais criativas e com maior tendência a buscar ajuda quando a necessitam do que o restante dos casais inférteis³².

Freqüentemente nos deparamos com mulheres que estão dispostas a fazer qualquer esforço necessário na tentativa de gravidez. Não importa as várias injeções, coletas de sangue, ecografias, entradas em centros cirúrgicos, que as técnicas as imponham. Isto não quer dizer que não sintam temor e angústia frente a elas e sim que, apesar de senti-las, enfrentam-nas e superam-nas. Também superam o temor de uma eventual gestação gemelar ou múltipla, o temor dos hormônios e suas místicas conseqüências, o medo que as discriminem ou a seu futuro descendente, a não poder suportar um fracasso, uma dor física.

Como casal, sua relação conjugal é muito boa. De fato, chegam a um acordo onde ambos aceitam investir dinheiro, tempo, esforço físico e psíquico que esses tratamentos implicam. Além disso, devem enfrentar juntos possíveis opiniões sociais acerca de sua decisão: "Quem não pode ter um filho, deveria aceitar isto e adotar"; "É um egoísmo..., havendo tantas crianças sem quem as cuide"; "As técnicas de RA são antiéticas"; "Os médicos negociam com a dor dos inférteis" etc.

A condenação de certas posturas religiosas e/ou éticas também é algo que muitos enfrentam. Alguns casais devem confrontar a decisão de fazer determinados tratamentos com seus valores pessoais. Geralmente, logo num determinado tempo (relativamente curto na maioria dos casos) há uma reestruturação da escala de valores e estes questionamentos deixam de ser um problema.

Mesmo sabendo da porcentagem êxito-fracasso das técnicas, aceitam, nas na tentativa de não deixar de fazer nada que a ciência possa oferecer. O desejo de esgotar todas as possibilidades de ter um filho biológico e o medo de arrepende-se no futuro por não haver decidido são muito fortes^{44,51,71}.

Tudo anteriormente mencionado são condições necessárias para decidir empregar o tratamento, porém logo, durante o transcurso do mesmo, aparecem novas situações que devem enfrentar e que também são exclusivas de quem concorda com técnicas de alta complexidade²⁷. Poderíamos dividi-las em:

Dificuldades Externas a Eles

- dificuldade para organizar os horários de trabalho (as mulheres) e cumprir suas tarefas. Isto é imperativo se devem esconder o fato que estão realizando um tratamento. Muitas deixam de trabalhar ou postergam seus estudos⁶⁷;
- pressão das famílias que cobram atitudes segundo sua própria visão do mundo e adotam uma conduta que vai desde condenação total até superproteção, atrapalhando o casal¹⁰;
- custo financeiro do tratamento e medicamentos que em muitos casos impedem a diminuição dos horários de trabalho, obrigando a fazer empréstimos, vender bens, cancelar férias ou diversões etc.³⁵;

- a exclusão da maioria dos serviços de medicina e convênios na cobertura destes tratamentos e em alguns casos nos cuidados das crianças nascidas através de RA;
- os questionamentos éticos-religiosos aos quais deparam frente à realidade de ter de tomar decisões que nem imaginavam (exemplos: criopreservação, doação de gametas etc.);
- estabelecer uma relação médico-paciente com o especialista em reprodução de sua total confiança e tranquilidade⁵⁵;
- a falta de informação da população em geral e em alguns casos deles mesmos a respeito de distintos passos e instâncias do tratamento^{35,44,55}.

Dificuldades Internas ou Próprias do Casal ou de Cada um dos Membros

- a ansiedade é um sintoma por excelência que surge em ambos os cônjuges ao longo de todo o tratamento^{5,11,16,35,55};
- o estresse relacionado às demandas do tratamento (especialmente na mulher)^{11,35,44,45,56};
- a maior ou menor capacidade de adaptação ao tratamento¹¹;
- a superestimação das chances de êxito na primeira tentativa^{11,34};
- o desespero ou inércia ao fracasso que experimentam logo após uma tentativa fracassada^{34,55};
- nos homens, a preocupação no fato de que suas mulheres devam suportar a carga física do tratamento; o esforço a que se submetem para esconder seus sentimentos a suas esposas e colocarem-se como apoio e a contínua negação como mecanismo de defesa⁶⁴.

CONCLUSÃO

Tanto a anovulação como os distúrbios do ciclo feminino e a infertilidade com seus diferentes tratamentos podem ser inesperados e dolorosos para os que sofrem, já que ninguém espera que isto lhe ocorra.

As pessoas inférteis atravessam muitos sofrimentos⁶⁵, os quais implicam atravessar um processo de separação de algo que tenham perdido. Pode-se sofrer não só pela morte de um ente querido como também pela perda de uma função física, de parte do corpo, de um projeto, de um sonho, de um filho que não nasceu. Estes sofrimentos devem ser reconhecidos e compreendidos, já que são a expressão de uma série de estados psíquicos normais e necessários para a recuperação e reestruturação frente às perdas.

Muitos de nossos pacientes provavelmente atravessam (ou atravessarão) alguns desses processos e é nosso dever conhecê-los.

BIBLIOGRAFIA

1. Abrahamson D, Barlow D, Abrahamson L. Differential effects of performance demand and distraction sexually functional and disfunctional males. *Journal of Abnormal Psychology* 98(3):241-247, 1989.

2. Andrews FM, Abbey A, Halman L. "Is infertility problem different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples". *Fertil Steril* 57:1247-1253, 1992.
3. Assies J, Vingerhoets J, Poppelaars K. Psychosocial aspects of hyperprolactinemia. *Psychoneuroendocrinology* 17(6):673-679, 1992.
4. Bates GW, Bates SR, Whitworth NS. Reproductive failure in women who practice weight control. *Fertil Steril* 37:373-8, 1982.
5. Beaurepaire J, Jones M, Thering P, Saunders A, Tennant C. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 38(3):229-240, 1994.
6. Berg B, Wilson J. Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertil Steril* 53(4):645, 1990.
7. Berga S, Girtan L. The psychoneuroendocrinology of functional hypothalamic amenorrhea. *Psychiatric Clinics of North America* 12(1):105-116, 1989.
8. Berga S. How stress can affect ovarian function. *Contemporary OB/GYN* 38(7):87-94, 1985.
9. Berger D. Impotence following the discovery of azoospermia. *Fertil Steril* 34(2), 1980.
10. Bovin J, Takefman J. Impact of the In Vitro Fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction* 11(4):903-907, 1996.
11. Callan J, Hennessey. Emotional Aspects and Support in In Vitro Fertilization and Embryo Transfer Programs. *J of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 5(5):290-295, 1988.
12. Caplan G. Principios de psiquiatria preventiva. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1980.
13. Casullo MM, de Figueroa NL, Aszkenazi M. Teoría y técnicas de evaluación psicológica. Buenos Aires: Psicoteca Editorial, 1991.
14. Copeland PM, Sacks NR, Herzog DB. Longitudinal follow-up of amenorrhea in Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine* 57:121-126, 1995.
15. Cooper S. Sex and infertility. RESOLVE National Office. February, 1990.
16. Demyttenaere K, Nijs P, Evers Kieboons G, Koninckx P. Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological responses during in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic research* 35:2321-243, 1991.
17. Demyttenaere K, Nijs P, Evers Kieboons G, Koninckx P. The effect of a specific emotional stressor on prolactin, cortisol and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety. *Fertil Steril*, 52:942-948, 1989.
18. Demyttenaere K. Psychoendocrinological aspects of reproduction in women. Louvain: Peeters Press, 1990.
19. De Vries, Degani S, Eibsschitz I, Oettingerr M, Zilberman A, Sharf M. The influence of the postcoital test on the sexual function of infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology* 3:101-106, 1984.
20. Domar A, Broome A, Zuttermeister P, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 58:1159-1163, 1992.
21. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husani N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 52(3):425-432, 1989.
22. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson, 1995.
23. Edelman R, Connolly K. Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology* 59:209-219, 1986.
24. Epstein G. Healing Visualizations: Creating Health Through Imagery. New York: Bantam Books, 1989.
25. Facchinetti F, Fava M, Fioroni L, Genazzani AD, Genazzani AR. Stressful life events and affective disorders inhibit pulsatile LH secretion in Hypothalamic amenorrhea. *Psychoneuroendocrinology* 18(5-6):397-404, 1993.
26. Falk JR, Halmi KA. Amenorrhea in Anorexia Nervosa: Examination of the critical body weight hypothesis. *Biol Psychiatry* 17:799-806, 1982.
27. Fernández D, Urdapilleta L. Effects of infertility and its treatment on human sexuality. 13th World Congress of Sexology, June 25-29, Valencia, España, 1997.
28. Fernández D, Urdapilleta L. Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos. *Sistemas Familiares* 3:35-47, 1995.
29. Ferroni P. Psychosexual sequelae of gynaecological conditions. *Sexual and Marital Therapy* 9(3), 1994.
30. Garfinkel P, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of Anorexia Nervosa? *British Journal of Psychiatry* 168:500-506, 1996.
31. Giles D, Berga S. Cognitive and psychiatric correlates of functional hypothalamic amenorrhea. *Fertil Steril* 60(3):486-492, 1993.
32. Given J, Jones G, McMillen D. A comparison of personality characteristics between In Vitro Fertilization patients and other infertile patients. *J of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 2(1):49-54, 1985.
33. Glazer E, Cooper S. Without child. New York: Lexington Books, 1988.
34. Golombok S. Psychological functioning in infertility patients. *Hum Reprod* 7(2):208-212, 1992.
35. Greenfeld D. Does psychological support and counseling reduce the stress experience by couples involved in Assisted Reproductive Technology? *J of Assisted Reproduction and Genetics* 14(4):186-188, 1997.
36. Grodstein F, Goldman M, Ryan L et al. Self reported use of pharmaceutical and primary ovulatory infertility. *Epidemiology* 4(2):151-156, 1993.
37. Hammer Burns L. Infertility as a boundary ambiguity: One theoretical perspective. *Family Process* 26:359-372, 1987.
38. Harkness C. the infertility Book. Berkeley, California: Celestial arts, 1992.
39. Harlow CR, Fahy UM, Wardle PG, Hull MGR. Stress and stress related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction* 11(2):274-279, 1996.
40. Herscovici CR, Bay L. Anorexia Nervosa y Bulimia. Buenos Aires: Paidós, 1990.
41. Jindal V, Dhall G. Psychosexual problems of infertile women in India. *Int J Fertil* 35(4):222-225, 1990.
42. Lapane K, Kierler S, Lasater M, Stein M, Barbour M, Hume A. Is a history of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in women? *Psychosomatic Medicine* 59:509-513, 1995.
43. Laughlin GA, Dominguez CE, Yen SSC. Nutritional and endocrine-metabolic aberrations in women with functional hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab* Jan;83(1):25-32, 1998.
44. Mahlstedt P, Macduff S, Berenstein J. Emotional factors and the in Vitro Fertilization and Embryo Transfer process. *J of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 4(4):232-236, 1987.
45. Menning B. Infertility: A guide for the childless couple. New York: Prentice Hall Press, 1988.
46. Miechenbaun D. Manual de inoculación de stress. Barcelona: Editorial Martinez Roca, 1987.
47. Minuchin S, Rosman BL, Bakre L. Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in Context., Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1978.
48. Mitchell JE. Metabolic and endocrine investigations in women of normal weight with Bulimia Syndrome. *Biol Psychiatry* 142:305-308, 1985.
49. Nachtigall R, Becker G, Wzny M. The effects of gender specific diagnosis on mens' and womens' response to infertility. *Fertil Steril* 57(1):113-121, 1992.
50. Pepping P, Niezgoda K. Coping with endometriosis. RESOLVE National Newsletter. Vol XXII(1), 1997.
51. Putkian M. The female triad. Eating Disorders, Amenorrhea and Osteoporosis. *Medical Clinics of North America* 78(2):345-356, 1994.
52. Reid RL, Van Vugt DA. Weight-related changes in reproductive function. *Fertil Steril* 48(6):905-913, 1987.
53. Rivier C, Rivest S. Effect of stress on the activity of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis: peripheral and central mechanisms. *Biology of Reproduction* 45:523-532, 1991.
54. Salzer L. The infertility book. New York: Harper Perennial, 1991.
55. Seibel MM, Levin S. A new era in reproductive technologies: the emotional stages of In Vitro Fertilization. *Journal of IVF and ET* 4(3):135-140, 1987.
56. Seibel MM. Infertility: The impact of stress, the benefit of counseling. *J of Assisted Reproduction and Genetics* 14(4):181-183, 1997.

57. Seyle H. Effects of adaptation to various damaging agents on the female sex organs in the rat. *Endocrinology* 25:615-624, 1969.
58. Stewart D, Robinson E, Goldbloom D, Wrigth C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* Oct:63:4(Part 1):1196-9, 1990.
59. Spielberger Ch, Gorsuch RL, Lushenene RE, Vagg P, Jacobs A. Manual for the state-trait anxiety inventory-STAI-self evaluation questionnaire. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1983. Harlow CR, Fahy UM, Wardle PG, Hull MGR. Stress and stress related homones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction* 11(2):274-279, 1996.
60. Tannen D. That's not what I meant. New York: Ballantine Books, 1992.
61. Tannen D. You just don't understand. Women and Men in Conversation. New York: Ballantine books, 1991.
62. Tyson J, Andreasson B, Huth J, Smith B, Lacour H. Neuroendocrine dysfunction in galactorrhea-amenorrhea after oral contraceptive use. *J Obstet Gynecol* 46:1-11, 1985.
63. Urdapilleta L, Brugo Olmedo S, Chillik C, Fernández D. Psychological traits of a male population undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI): a preliminary study. Proceedings of the 10th. World Congress of In Vitro Fertilization & Assisted Reproduction; May 24-28; Vancouver, BC Canada, 1997.
64. Urdapilleta L, Chillik C, Brugo Olmedo S, Fernández D. Sexual dysfunctions in a male population undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) treatment: a preliminary study. 13th World Congress of Sexology, June 25-29, Valencia, España, 1997.
65. Urdapilleta L. Duelos en infertilidad. *Obst y Ginec Lat Americ Vol* 56-Año 56-Nº 1-Abril Pag. 47-54, 1998.
66. Urdapilleta L. Esterilidad: Programas Preventivos (monografía). Cátedra de Psicoprofilaxias, Universidad de El Salvador, Buenos Aires, Argentina, 1991.
67. van Rooijen J, Slob A, Gianatten W, Dohle G, van der Zon A, Vreeburg J, Weber R. Sexual arousal and the quality of semen produced by masturbation. *Hum Reprod* 11(1), 1996.
68. Wasser S, Sewall G, Soules M. Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertil Steril* 59(3):685-689, 1993.
69. Wright J, Duchesne C, Sabourin S, Bissonnette F, Benoit J, Girard I. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril* 55(1):100-107, 1991.
70. Yen SSC. Reproductive Strategies in women: Neuroendocrine Basis of Endogenous Hypothalamic Contraception. In: First Magisterial Tribune in Human Reproduction: Pioneers of Ideas and Ideas of Pioneers; Apr 21-24; Buenos Aires, Argentina, 1998.
71. Zoeten MJ, Tynstra T, Alberda T, Alberda A. The waiting list for IVF. The motivations and expectations of women waiting for IVF treatment. *Hum Reprod* 2(7):623-626, 1987.