

La escucha de los procesos de renuncia y duelo en las configuraciones familiares actuales que son el resultado de la reproducción médicamente asistida



KATY BOGLIATTO¹

DOI: 10.36496/N136-137.A2

ORCID ID: 0009-0000-3539-5311

RECIBIDO: ABRIL DE 2023 | ACEPTADO: MAYO DE 2023

RESUMEN

En este trabajo, la autora se propone desplegar algunas facetas de la complejidad del trabajo psíquico al que se somete cada individuo cuando se acerca a un servicio de procreación médicamente asistida, con el deseo de ser padre y la esperanza de crear una familia. Se trata de una experiencia vital que pone a prueba el trabajo de transformación psíquica y de elaboración, no solo de lo sexual, con sus diferentes teorías sexuales infantiles. Sin embargo, es importante no omitir y dar un lugar a la importancia del trabajo de elaboración de renuncias psíquicas, así como a los procesos psíquicos inherentes al trabajo de duelo. La autora ilustra con viñetas clínicas la importancia del apoyo y del acompañamiento de las pacientes en el seno de un servicio de fertilidad.

DESCRIPTORES: PARENTALIDAD / DUELO / FERTILIDAD ASISTIDA
/ HIJOS / MATERIAL CLÍNICO / INTERCONSULTA

1 Analista didacta de la Sociedad Psicoanalítica Belga. katy.bogliatto@me.com

SUMMARY

In this paper the author proposes to unfold some facets of the complexity of the psychic work to which each individual is subjected when he or she approaches a medically assisted procreation service with the desire to become a parent and the hope of creating a family. It is a life experience that puts to the test the work of psychic transformation and elaboration not only of the sexual, with its different infantile sexual theories. It is however important not to omit and to give a place to the importance of the work of elaboration of psychic renunciations as well as to the psychic processes inherent to the work of mourning. The author illustrates with clinical vignettes the importance of support and accompaniment of patients within a fertility service.

KEYWORDS: PARENTALITY / ASSISTED FERTILITY / CHILDREN / MOURNING / CLINICAL MATERIAL / INTERCONSULTATION

En línea con la evolución de la condición de las mujeres en la sociedad occidental, y en estrecha relación con el progreso de los métodos anticonceptivos, la sexualidad y la procreación se han vuelto claramente diferenciadas desde hace medio siglo. Simultáneamente, la evolución de las técnicas de procreación médica ha hecho posible la procreación sin acto sexual y ha abierto el campo a nuevas configuraciones familiares y a la emergencia de nuevas parentalidades.

Como señala el antropólogo Maurice Godelier (2004), tres «fuerzas y fuentes» principales han modificado la forma y el ejercicio del parentesco durante el siglo XX en las sociedades occidentales contemporáneas: la valorización de la libre elección (particularmente en lo relativo al amor y a la sexualidad), la norma de igualdad en las relaciones entre hombres y mujeres, y el movimiento histórico de valoración de la niñez, básicamente atribuido a la creciente importancia del deseo por los hijos.

En línea con el pensamiento sociológico y antropológico, el lugar del hijo ha ido evolucionando con el tiempo. Hoy en día, el hijo es el fruto de

un deseo y de un proyecto parental. Ya no se supone que los hijos llegan «por casualidad», ya que la futura figura parental elige el momento de hacer realidad la procreación: «ya no tenemos hijos para nuestros parientes, para perpetuar nuestro linaje, sino sobre todo para llevar adelante un proyecto personal, fundar una familia» (Courduriès y Tarnovski, 2020, p. 29).

Si seguimos la descripción antropológica de la diversificación de las trayectorias familiares en la sociedad occidental, la construcción de la relación parental halla sus raíces en el pilar del deseo por los hijos y en la elección hecha posible por las técnicas de procreación para generar nuevas constelaciones familiares. De tal forma, la evolución de la sociedad, las tecnologías y la ciencia inevitablemente influyen sobre la trayectoria, tanto de la sexualidad de los individuos como de la parentalidad, haciendo posible la realización de deseos y fantasías que eran imposibles en el pasado. Este camino permite acceder a nuevas filiaciones simbólicas, que no siempre se encuentran directamente en línea con la filiación genética.

Sin embargo, participar de un proceso de *procreación* médicamente *asistida* (PMA) no es una aventura menor. Puede ser el último recurso para algunos pacientes o, en algunos casos, la única opción para mujeres, hombres y parejas (tanto homosexuales y heterosexuales como transgénero). Es un proceso que no carece de escollos, que implica un desafío emocional y que pone a prueba tanto lo biológico como lo psicológico. El aparato psíquico se verá movilizado con sus diferentes mecanismos de defensa, que aparecerán en primer plano para poder atravesar este momento de la vida en el que el deseo de procrear y el de la parentalidad serán puestos a prueba. También será un período de la vida en el que diferentes representaciones, construcciones conscientes e inconscientes de la parentalidad –tanto de la maternidad como de la paternidad– serán revisitadas.

A nivel individual y desde un punto de vista psicodinámico, reconocemos la complejidad de las trayectorias conscientes e inconscientes que conducen a la parentalidad en estrecha conexión con un ambiente favorable (Benedek, 1959; Balsam, 2012). Desde el comienzo mismo de la vida individual, la construcción de las representaciones psíquicas se encuentra en funcionamiento y es el resultado de un largo proceso de tejido interno de diferentes elementos psíquicos que se originan en movimientos de identificación y contraidentificación con las figuras parentales y sus ca-

racterísticas relacionales intra e intersubjetivas. Este proceso se encuentra íntimamente conectado con la psicosexualidad infantil, se relaciona con la vida fantasmática individual y se ve influenciado por el impacto de los componentes transgeneracionales psíquicos y relacionales, así como por los elementos culturales y societarios. Es por eso un largo proceso de transformación que también participa en la elaboración de un espacio psíquico para la recepción del hijo por venir.

Mi objetivo en este trabajo es delinear diversos procesos psíquicos de renuncia y duelo que cada individuo encuentra antes, durante y después de una trayectoria de vida que conduce a la construcción de una familia con la ayuda de un centro de fertilidad.

Efectivamente, en esta vasta situación clínica, no solamente la incertidumbre respecto del resultado del nacimiento de un hijo es omnipresente, sino que es una travesía que, por la complejidad y la variedad de las experiencias, pone a prueba la capacidad individual para enfrentar la renuncia, la pérdida y el complejo trabajo de duelo. Renunciar a la expectativa de la concepción de un hijo sin la intervención de un tercero, renunciar a la filiación biológica (en el caso de recurrir a la donación de gametos/embriones), vivir el duelo de abortos de fetos cuyos embarazos no progresaban o en los que había fallado la anidación del embrión, el duelo por los hijos imaginados o fantaseados que nunca llegaron a nacer, el duelo por los embriones congelados que no fueron usados y cuya destrucción fue decidida por los padres... son algunos ejemplos de una lista no exhaustiva de renunciaciones y pérdidas que podemos encontrar en un servicio de fertilidad y que requieren de nuestra máxima atención al acompañar a los pacientes.

Como primer ejemplo, la elaboración de la herida y el dolor que acompañan a la renuncia psíquica de la concepción natural de un hijo invitan a encontrar un nuevo balance entre el cuerpo y la psiquis, entre la intimidad de la sexualidad y la unión de los cuerpos, y el entrelazamiento de los deseos y las pulsiones eróticas y sexuales. Para algunos pacientes, esta renuncia ya habrá sido parte de un proceso psíquico de elaboración, especialmente para las parejas homosexuales, confrontadas en su elección de objeto de amor con la imposibilidad de la reproducción biológica, dada la realidad de la ley de la naturaleza. Para otros, será un primer obstáculo

emocional de conflicto a ser elaborado [*working through*] de forma individual y en la relación de pareja, con resultados variados, no sin haber experimentado el proceso, de todas formas, con una variedad de emociones, que también podemos comparar con una «montaña rusa emocional».

Sin embargo, elementos psíquicos más arcaicos, con sus mecanismos de defensa específicos, pueden surgir en cualquier momento del proceso y aparecer en un marco temporal que a veces puede presentarse muy demorado en relación con el comienzo del tratamiento. No es infrecuente encontrar parejas, mujeres y hombres durante las consultas terapéuticas en los servicios de fertilidad que aún se encuentran en pleno sufrimiento y se muestran incapaces de resolver esta primera renuncia (Raphaël-Leff, 1986, 1992).

Este es el caso de Simone, que me derivan las enfermeras porque ha sufrido un ataque de pánico después de una inseminación. En nuestro primer encuentro pone énfasis en la intensidad de su ataque: «He tenido un ataque de pánico aun más fuerte que cuando estuve en el quirófano». Gradualmente, fui descubriendo que lo que Simone llamaba su «ataque de pánico» había estado ahí desde el inicio de su tratamiento en nuestro servicio de infertilidad «de origen indeterminado en la pareja», ocho meses antes de nuestro primer encuentro.

Nuestros encuentros fueron puntuales e inicialmente marcados por una descarga y un desborde de afectos reprimidos e indiferenciados que aparecían al comienzo de cada consulta. El rostro de Simone se veía inundado por lágrimas silenciosas tan pronto entraba en mi consultorio, con «lágrimas-afectos» que esperaban ser recibidos, transformados y traducidos por el analista, antes de que ella pudiera expresar palabras.

Nuestros encuentros le brindarán a Simone el beneficio de un tercer espacio terapéutico, un espacio transicional (en el sentido winnicottiano del término) dentro del servicio de fertilidad, que acogía y contenía sus afectos. Con el tiempo, estos afectos indiferenciados se transformarán en emociones y palabras. En un espacio transicional de emociones y pensamientos compartidos con la analista, será donde el material sensorial, somatopsíquico que había permanecido cristalizado y congelado, lo que ella llamaba «ataque de pánico», se irá transformando progresivamente, a través de la intermediación de la relación transferencial-contratransferencial y de la capacidad de *revêrie* de la analista (Bion, 1962/2003). Las

puntuales consultas terapéuticas permitirán una progresiva apertura de caminos hacia la comprensión y la representación de la vida fantasmática de Simone.

Simone compartirá el peso de sus pensamientos obsesivos, así como dos escenarios de fantasía en los que están implicados su marido y las enfermeras de la sala, subyacentes a sus ataques de pánico. La primera fantasía tiene que ver con un error de manipulación, cuya dramática consecuencia es que el esperma utilizado no sea el de su marido, sino el de un desconocido. «¿Qué certeza puedo tener de que es el esperma de mi marido, y no el de un extraño, si no puedo ver lo que ocurre en el laboratorio?», me dirá en una mezcla de pánico y enojo. El segundo escenario implica su percepción paranoica de las enfermeras que va conociendo en cada nueva intervención: «Después de la inseminación, oía *las risas de las enfermeras en su sala*; yo me encontraba asustada en mi habitación, y estaba segura de que se reían de mí...». Me lo decía con su rostro inundado por las lágrimas.

Evidentemente, podríamos escuchar estos escenarios en el plano de la realidad concreta como una situación plausible, ¡nadie es inmune al error humano! Además, a nivel anecdótico, en el momento de nuestras entrevistas, la prensa informaba de un escándalo en un servicio de PMA de los Países Bajos donde el médico jefe del servicio sustituía las pipetas de esperma por otras ¡con su propio esperma! Pero a nivel inconsciente, podemos escuchar esta historia como el escenario de una escena primitiva con tintes edípicos, donde se despliega la triangulación del ver y ser visto.

Como podemos ver en el primer escenario, los efectos psíquicos conflictivos (ataque de pánico) serían el resultado del deseo de Simone «de ver», y «no poder ver» lo que sucede en el laboratorio, una escena (parcial primaria) seguida por sus consecuencias, que se despliegan en su segundo escenario fantasmático de «ser vista» y que *se rían* de ella las enfermeras (temor y pensamientos paranoides).

O, dicho en otras palabras, ¿esta fantasía del primer escenario no escenifica un deseo inconsciente de tener un hijo con Otro (¿un padre?) distinto de su marido? ¿Esta fantasía aparece acompañada emocionalmente de las representaciones de los efectos inconscientes conflictivos, expresados en la culpa y la angustia por la retaliación de las madres-en-

fermeras burlonas? La necesidad de Simone de *ver y controlar lo que pasa en el laboratorio* parece condensar un vano intento de reapropiarse de la escena de procreación de su futuro hijo, cuyo deseo original tiene raíces en sus escenarios sexuales infantiles y en su exclusión de la escena primaria. Estas son hipótesis que la analista puede imaginar, sin omitir los elementos preedípicos, tales como sus ansiedades más paranoides frente a las enfermeras.

Pero la escucha de la analista de los elementos más arcaicos y sensoriales también tiene un lugar importante, ya que estos representan los afectos no simbolizados necesitados y en espera de transformación. Tampoco debemos olvidar –y entonces agregaremos al complejo abanico de la escucha del analista trabajando en una clínica de fertilidad– que la connotación paranoide de este escenario también puede ser comprendida como un mecanismo de defensa para enfrentar la pasividad a la que la mujer debe someterse durante la PMA para seguir las instrucciones médicas, los múltiples exámenes médicos, las inyecciones de hormonas, etc., así como el impacto de los actos técnicos y médicos de diversos grados de invasividad sobre el cuerpo sufriente. Huellas sensoriomotrices necesitadas y a la espera de transformación psíquica ¡también poniendo al psiquismo a prueba!

Sin embargo, al escuchar este material, es muy importante adoptar una postura muy cautelosa y no apresurarse hacia interpretaciones salvajes, ya que el marco en el que transcurren estas consultas no es el de la cura psicoanalítica. Más bien, la meta es ayudar a los pacientes a tomar consciencia de la importancia de escuchar sus reacciones psíquicas somatoemocionales y promover un proceso de transformación y pensamiento.

En el transcurso de nuestros encuentros, la escena sexual puede acercarse gradualmente. Simone hablará del conflicto, teñido de sentimientos de culpa y envuelto en una corola de afectos ansiofóbicos, de los que nunca se ha atrevido a hablar ni a su marido ni al equipo médico, y que ella nombra como su «negativa a aceptar que tiene que pasar por una procreación *médicamente* asistida para tener un hijo». Este rechazo se reflejará a lo largo del tiempo en sus representaciones de la maternidad, que para Simone siguen estando íntimamente ligadas a una escena primitiva en la que la disociación entre sexualidad y procreación es fuente de ansiedad

y de comportamientos obsesivos de control. Simone describe a su madre siempre dependiendo de su padre y a la pareja parental siempre haciendo «todo juntos». También me enteraré de que Simone sufrió un agotamiento [*burn-out*] «profesional», exhausta por controlar todos sus «expedientes profesionales actuales»... un año antes de llegar a PMA, período en el que la pareja intentaba tener un hijo.

Formaciones reactivas, reacciones defensivas del yo frente a un retorno de lo reprimido, tomando la vía fantasmática del miedo a un error de manipulación que conduzca a la utilización del esperma de otro hombre. Este escenario abre el camino a la exploración de su relación con sus padres, a la búsqueda de figuras de representación y a la identificación con sus objetos internos.

Simone describe que sus padres son una pareja «unida» y que su padre, a quien describe como un hombre que nunca muestra sus emociones, «¡ni siquiera cuando le diagnosticaron cáncer!», es una importante figura de identificación, que juega un papel importante en su vida adulta y de quien Simone trata de tomar distancia. De hecho, Simone describe que su padre siempre tiene una «mirada» crítica y expectante sobre su vida y sus logros profesionales. Además, retrata a su madre, en contraste con su padre, como una mujer que está siempre «preocupándose por todo y por nada». Trata de mantener distancia de ambos en su vida diaria para no verse abrumada por las angustias de su madre y las «miradas» críticas de su padre.

Simone ha puesto una distancia geográfica entre ella y sus padres para protegerse, en un vano intento por luchar contra sus turbulencias psíquicas, y contra el retorno de lo reprimido edípico –así como de los niveles preedípicos más arcaicos– que el proceso en el centro de fertilidad resalta, desencadena y revela «a plena luz del día». Las defensas psíquicas de Simone se focalizan sobre una dialéctica relacional e impulsiva con sus figuras y objetos internos, donde el lugar de la pareja parental original parece permanecer indisociado e investido con afectos ambivalentes.

Por último, el recorrido de Simone por el PMA pasará por un momento de «pausa», en el que interrumpirá de forma temporaria sus consultas con el equipo médico, pero continuará sus consultas terapéuticas conmigo. Para Simone, se trataba de reapropiarse de su proyecto de maternidad, de sus afectos y percepciones corporales, de redescubrir la intimidad sexual

con su marido y, según me dijo, de «descubrir una calma contemplativa cultivando un huerto y observando la fertilidad de la tierra...». Una historia que también puede escucharse como una fantasía sobre los orígenes de la vida y en un proceso de identificación con la fértil-Madre-tierra.

En la segunda viñeta clínica, quiero abordar la experiencia psíquica de pérdida, su futuro y la importancia del lugar a darle en las configuraciones familiares que son el resultado de la ayuda de la PMA. Dentro del término *pérdida*, incluyo los abortos y los embarazos sin evolución (posteriores a una transferencia de embriones o a una inseminación) y, más específicamente en el caso de las mujeres, también incluyo la pérdida de ovocitos, ya que, a diferencia de los hombres, las mujeres tienen una reserva ovárica única y limitada. Como ilustran estos dos ejemplos: la pérdida de ovocitos tiene lugar luego de la estimulación de los ovarios que permite la recolección de un número n de ovocitos, de los cuales solamente un número de $n - x$ serán adecuados para su uso, donde x representa el número de ovocitos que se perderán; y el caso de la fertilización *in vitro*, donde varios ovocitos son fertilizados y se obtienen así varios embriones, pero algunos –o todos ellos– no serán adecuados para su transferencia o la criopreservación.

El impacto intrapsíquico e intersubjetivo de estas pérdidas, de origen biológico, tendrá como consecuencia el permear el proyecto parental de crear una familia, clásica o moderna. De esta forma, las huellas psíquicas, desde las más arcaicas (somatosensoriales) a los pensamientos más simbolizados, dejarán huellas psicosenoriales y serán una parte integral del tejido psíquico que fundará el proceso de parentalidad, tanto para las mujeres como para los hombres. Las huellas no-transformadas y no-representadas constituirán eventualmente vestigios cristalizados en diferentes niveles psíquicos, cubriendo el espacio psíquico de individuos que se han convertido en padres o no. Y el riesgo de repercusiones de distinto tipo en el entramado intersubjetivo de la relación figura parental-hijo en la futura constelación familiar a través de una narrativa de lo no-representado de la pérdida no es desdeñable.

Pero no todas estas pérdidas tienen la misma valencia psíquica económica, objetal ni narcisista, «situándose en el momento de la pérdida, en algún lugar entre la nada y el todo, entre la cosa y la persona en el continuo

proceso perinatal de humanización» (Missonnier, 2012, p. 63), teniendo un valor subjetivo y económico entre la pérdida de un objeto no totalmente representado que oscila con un nivel narcisista mayor de la pérdida y la aflicción. Es aquí donde el modelo de la *relación de objeto virtual prenatal* (Missonnier, 2009, 2012) enriquece la conceptualización de nuestra clínica. Este modelo nos permite escuchar el proceso de duelo con el que nos encontramos, un proceso de elaboración que, con una evidentemente amplia variabilidad individual, será confrontado al enfrentar la consecuencia de las pérdidas, cuya variabilidad de investimento puede oscilar entre un intenso investimento narcisista y un «más moderado» investimento (pre)objetal.

Será importante la escucha del analista de las narrativas, que a menudo toman la forma de un resumen condensado y médico de las diferentes etapas vividas, y tomarse el tiempo de deconstruirlo y desplegarlo para que se pueda esbozar una apertura posible hacia el camino de una elaboración necesaria de la pérdida, sin por ello –como hacemos en la clínica del duelo perinatal– adoptar un enfoque sistemático que favorezca un trabajo de elaboración del duelo: se tratará de respetar ante todo la narrativa de los pacientes.

En cuanto a Aline, a quien encuentro con su pareja, está enfrentando un *impasse* en el recorrido de su búsqueda de ser madre. Aline desea experimentar el embarazo, pero la aterra la idea de someterse a más manipulaciones médicas. Cuando le pido que me cuente más sobre su recorrido en nuestro servicio de fertilidad y me describa su experiencia de lo que ella llama «manipulación médica», Aline rompe a llorar. Sus lágrimas parecen transmitir una mezcla de dolor y enojo. Me dice que ¡ya no puede contar más el número de transferencias de embriones que ha tenido!

Sin embargo, a medida que empieza a contarme la historia de su trayectoria hacia la parentalidad y el proyecto de familia de ella y su pareja, me dirá que no vino a hablar conmigo del pasado, sino del futuro, ya que es en el futuro donde ella continúa proyectando su deseo de maternidad y el proyecto de familia de ambas integrantes de la pareja. El pasado representa el fracaso del que ella desea distanciarse porque la angustia por la repetición del fracaso invade su presente y la tetaniza.

A pesar de su requerimiento de no hablar del pasado, nuestros encuentros le permitirán hablar sobre su dolor y su tristeza, los que fácilmente relacionará con todos los «bebés que nunca nacieron». De forma

progresiva, Aline y su compañera comienzan a compartir pensamientos hasta entonces silenciados en relación con varios bebés imaginarios, con escenarios fantaseados durante el tiempo que pasaron en el centro de fertilidad, sin haberse atrevido nunca a expresarlos en voz alta. Pensamientos sobre el sexo, sobre la edad que tendrían hoy los bebés, así como sobre las diferencias de edades que habría en el imaginario grupo de hermanos, acompañados de diferentes escenarios imaginarios sobre el estilo de vida familiar que la pareja tendría si... Al ir reuniendo estas narrativas y mostrándoles la importancia de las huellas mantenidas en silencio en cada una de ellas dos y en la pareja, les propongo a Aline y su compañera que encontremos un ritual simbólico que pueda representar y contener las diferentes pérdidas que las dos integrantes de la pareja han experimentado para permitir un proceso de duelo de «sus bebés no-nacidos».

En una consulta posterior a que llegaron de un viaje a Italia, Aline y su pareja me describieron con emoción el ritual que habían creado juntas para simbolizar sus varias pérdidas, durante una jornada de senderismo en las montañas. Se turnaban para escoger piedras, que ubicaban una por una en un arroyo de la montaña. Cada piedra llevaba el nombre que habían elegido para cada embrión-hijo que no había alcanzado la vida... Un acto simbólico, cocreado y compartido por la pareja, que Aline me describió como un momento que simbolizaba el retorno al origen de la Madre tierra.

¿Y qué pasa con los hijos? Para finalizar, he elegido esta breve viñeta clínica que ilustra la importancia del trabajo psíquico de elaboración y transformación que tiene lugar en el hijo en relación con sus orígenes, con todo su corolario fantasmático, que pone en escena diversos escenarios sexuales infantiles.

Adam, de cinco años, despliega en su juego la historia de unos malvados ladrones de bebés, representados por animales elegidos entre los más feroces y carnívoros que encuentra en la caja de juego de mi consultorio. Me explica, con gran entusiasmo, que están todos bajo las órdenes del rey malvado, que les ordena robar los bebés del clan de las buenas mascotas. Sigue con una interminable e impotente batalla entre las imprudentes buenas mascotas y los feroces secuestradores de bebés. Es una batalla cruel y violenta que mantiene la decisión que resulta de la buena voluntad

del malvado rey, cuyos deseos y órdenes oscilan entre devolver los bebés a las buenas mascotas, mantenerlos presos o lanzarlos a un caldero para comerlos en la sopa!

Adam nació con la ayuda de la procreación médicamente asistida, fruto de una última esperanza de embarazo, de la última transferencia de embriones homólogos, luego de múltiples fracasos que se extendieron durante un largo período de tiempo. «Adam es un luchador», me dirá su padre, «incluso antes de nacer», mientras que la madre describirá la llegada de su hijo como la de un hijo para el que ella «había perdido toda esperanza».

Sin embargo, Adam aún no sabe nada sobre el camino de sus orígenes, pero sus representaciones fantasmáticas, escenificadas en su juego, muestran hasta qué punto el caldero psíquico del niño está tratando de liberarse de la sobredeterminación de las proyecciones parentales y sus deseos conflictivos de no poner en palabras su recorrido de reproducción asistida, con el duelo inherente a la misma, para crear su propia narrativa imaginaria sobre los orígenes y la filiación. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- Balsam, R. (2012), *Women's Bodies in Psychoanalysis*. Routledge.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase – A Contribution to the Libido Theory, *J.Amer.Psychoanal.Assn.*, (7):389-417.
- Bion, W.R. (2003). *Aux sources de l'expérience*, Paris, P.U.F., 2003. (Trabajo original publicado en 1962).
- Courduriès, F. y Tarnovski, F. L. (2020). *Homoparentalités*. EFB.
- Freud, S. (2005). *Deuil et mélancolie*. En J. Laplanche (dir.), *Œuvres complètes* (vol. 13, pp. 261-280). PUF. (Trabajo original publicado en 1917).
- Godelier, M. (2004). *Métamorphoses de la parenté*. Fayard.
- Missonnier, S. (2009). *Devenir parent, naître humain*. PUF.
- Missonnier, S. (2012). Le fantôme de l'Atlantide intime: *Réduction embryonnaire et deuil périnatal*. *Cliniques méditerranéennes*, 86, 59-69. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2012-2-page-59.htm>
- Raphaël-Leff, J. (1986). Infertility: Diagnosis of life sentence? *British Journal of Sexual Medicine*, 13, 28-30.
- Raphaël-Leff, J. (1992). The baby makers: An in-depth single-case study of conscious and unconscious psychological reactions to infertility and 'baby-making' technology. *British Journal of Psychotherapy*, 8(3), 278-294.