

Capitolo 13

Riduzione embrionaria multifetale

Le tecnologie riproduttive, specialmente la fecondazione in vitro (FIVET), hanno dato la possibilità alle coppie sterili di avere bambini; è grottesco, ma la FIVET porta spesso queste coppie ad avere a che fare con l'aborto: la fecondazione assistita spesso produce l'impianto di embrioni multipli e la seguente possibilità che il personale medico riduca il numero dei feti attraverso una procedura conosciuta come riduzione embrionaria multifetale (REMF), con la quale dei feti selezionati vengono soppressi attraverso una puntura al cuore.

La giustificazione per l'aborto dei feti in questi casi è che esso aumenterà la possibilità di portare a termine almeno un embrione, ma la ricerca su cui si basa questa teoria è generalmente svolta dai praticanti e dai sostenitori di questa procedura. Inoltre le analisi dei risultati non hanno mostrato un reale aumento della possibilità di nascite sane. Da molti critici giunge la richiesta di limitare il numero degli embrioni fecondati e impiantati.

C'è anche la questione se l'MFPR implichi il "consenso informato" da parte dei genitori perché la professione medica tende a presumere che i genitori non vogliono molti bambini e i medici possono non dare la scelta di quanti bambini possono avere. La conseguenza dell' MFPR per alcuni genitori, che diventa evidente quando cercano una terapia, è la sensazione di dolore, frustrazione, tristezza e colpa e di essere stati forzati dal personale medico ad abortire alcuni dei loro bambini. Fino adesso sono stati condotti pochi studi sull'impatto che gli aborti multifetali hanno sulla vita familiare con i bambini sopravvissuti. E' chiaro che debba essere fatta un'ulteriore ricerca su un impatto più ampio dell'MFPR.

Riduzione embrionaria multifetale

Come le tecnologie riproduttive hanno cambiato la pratica ostetrica, così hanno portato a un tipo di aborto che colpisce un gruppo di donne incinte diverso da quelle che non vogliono restare incinte. Queste donne vogliono fortemente avere un bambino e per ironia della sorte queste donne e i loro partner che soffrono di sterilità devono spesso trovarsi faccia a faccia con l'aborto.

C'è una foltissima letteratura che descrive dettagliatamente l'angoscia psicologica vissuta dalle coppie che desiderano avere bambini ma che non possono concepire in modo naturale. Il seguente passaggio descrive la sensazione in modo molto intenso:

Non puoi avere un bambino – l'indifferenza oltre la disperazione. Il desiderio ardente di un bambino – sapete cosa si prova a desiderare un bambino al punto che ogni altra attività nella vita, ogni cosa per cui avete lavorato e che avete progettato – lavoro, amici, famiglia, matrimonio, sembrano vuoti come una lattina? Provare un dolore emotivo così atroce che quando vedi la pancia di una donna incinta o un bambino appena nato il dolore diventa fisico?¹

Laffont e Edelman hanno concluso che la sterilità a lungo termine trattata con la fecondazione in vitro (FIVET) sovrappone fasi di illusioni e delusioni sulla già depressa e vulnerabile psiche delle coppie che hanno difficoltà a concepire.² Il processo può durare fino a nove cicli di trattamento perché poche coppie concepiscono al primo tentativo. In realtà, il tasso di successo totale della FIVET è materia di continua disputa. Oddens e colleghi hanno scoperto che per le donne coinvolte in questo trattamento il benessere psicologico può deteriorarsi dopo i cicli di trattamento falliti.³ Entrambi i partner vivono sbalzi psicologici durante il trattamento, e Bovin insieme ai suoi colleghi hanno osservato che gli "Sposi sembravano... rispondere entrambi... con sentimenti ambivalenti, come angoscia emotiva e sentimenti positivi di speranza e intimità. 4 "Ma la letteratura suggerisce che le donne risentano di reazioni maggiormente negative al fallimento della FIVET rispetto agli uomini.

176

I meccanismi di gestione della situazione usati da alcune donne per affrontare i cicli falliti, identificati da Lukse e Vacc,⁵ sono la negazione e desensibilizzazione medesime osservate spesso nella psicopatologia del post-aborto.

Seguendo questa ciclica altalena emotiva, la donna della fortunata coppia può trovarsi incinta. In numero crescente, comunque, queste gravidanze sono di "ordine superiore" con tre o più feti impiantati. "I tassi internazionali di gravidanze trigemine o di numero superiore dopo la fecondazione assistita sono del 7,3 per cento per concepimento. 6 "Per occuparsi di tali gravidanze, le donne devono mettersi sotto la cura di ostetrici esperti di alti rischi che conoscono le ultime ricerche sulle nuove tecnologie utilizzate nella gestione di gravidanze multiple.

Uno di questi nuovi approcci molto raccomandati è conosciuto come Riduzione Embrionaria Multifetale (MFPR) – una forma di aborto in cui i feti più raggiungibili vengono soppressi con la puntura di un ago al cuore e il numero totale delle gravidanze viene ridotto a due gemelli o a un individuo solo. I feti morti restano nell'utero fino al parto di quelli vivi. Questo approccio è stato sviluppato dai ricercatori genetici, alcuni dei quali sono attivi fautori degli aspetti della diagnostica prenatale del Progetto del Genoma Umano.

Mentre molti ricercatori terminano i loro studi con la richiesta di limitare il numero degli embrioni impiantati (che ridurrebbe la probabilità di un numero superiore di nascite multiple fino a livelli quasi naturali),⁷ molti altri studi in corso si dedicano al miglioramento delle tecniche per la MFPR. Ciò che è interessante negli studi su questo argomento è l'alto grado di sovrapposizione tra ricercatori. I dodici scrittori più prolifici in questo settore si citano l'un l'altro e spesso collaborano nella ricerca.⁸ Questo reciproco rinvio o "citazione incestuosa"⁹ è simile a quella trovata nella letteratura generale sull'aborto. Come negli altri settori dell'aborto, la maggioranza di questi ricercatori sono essi stessi dei praticanti della procedura dell'MFPR e alcuni hanno la caratteristica di essere non solo praticanti ma anche sostenitori e venire citati come esperti della rettitudine della procedura.

177

La procedura per abortire alcuni dei feti nelle gravidanze multiple è stata migliorata e diffusa al punto che tutte le più grandi cliniche universitarie del Nord America e dell'Europa dell'Ovest ora offrono di routine l'MFPR alle coppie, come opzione per gestire le gravidanze multiple. Un problema, comunque, è che la coppia che non aveva mai immaginato realmente di avere un solo bambino, e che ci è riuscita grazie alle tecniche avanzate della FIVET, può trovarsi nella condizione di dover affrontare ciò che i concessionari chiamano "opzione mandataria", quando hanno a che fare con l'inaspettata vincita. Per molte coppie la loro nuova situazione è molto sconcertante, non ultimo perché l'età gestatoria in cui avvengono questi aborti è costantemente aumentata al punto che Evans e colleghi stanno sostenendo l'uso della tecnica nel terzo trimestre (o dopo 26 settimane di gravidanza).¹⁰

L'uso di questa tecnica è spesso la logica conseguenza della psicologia e della disperazione delle coppie sterili ed essa stessa produce una logica descritta da Berkowitz e colleghi come La giustificazione medica per realizzare la riduzione embrionaria multifetale è filosoficamente simile alla "analogia della barca della

vita”... è giustificabile sacrificare alcune vite fetali “innocenti” per aumentare le possibilità di sopravvivenza o diminuire il rischio di seria mortalità dei sopravvissuti alla procedura. 11

Paragone con gli aborti genetici

Nel tentativo di fare dell’uso dell’MFPR un metodo più facilmente accettato della pratica ostetrica, la letteratura unisce la procedura alla già tollerata pratica dell’aborto per anomalie fetali o genetiche. Coloro che propongono questa tecnica credono che questo collegamento riguardi due importanti questioni: la prima è che essi concludono che le pazienti non tollereranno nascite multiple, così l’uso dell’MFPR eviterà il “trauma”¹² dell’aborto di una gravidanza voluta basandosi sul fatto che se non viene offerta la riduzione, la paziente sceglierà di abortire tutti gli embrioni. La seconda è che l’MFPR porterà all’obiettivo finale di avere il loro bambino. Questo principio di Giustificazione Etica è stata anche articolata da Chevernak e colleghi che lo esprimono in termini di tre obiettivi:

178

1. Realizzare una gravidanza che porta alla nascita di uno o più bambini con una minima incidenza di malattia e mortalità neonatale;
2. Realizzare una gravidanza che porta alla nascita di uno o più bambini senza alcuna anomalia prenatale rilevata;
3. Realizzare una gravidanza che porta alla nascita di un singolo bambino vivo.¹³

La letteratura della ricerca ritiene che i genitori che si trovano ad affrontare una potenziale nascita da tre a sette bambini in una volta sono “liberi” di scegliere di abortire la maggior parte di loro per realizzare una famiglia a loro misura. Gli individui che agiscono per disperazione, comunque, non sono “liberi”, e senza libertà non c’è vera scelta. L’impatto psicologico della scelta coercitiva è ben documentato nella letteratura della presa di decisione. Miller ha delineato parecchi modelli che si applicano alla decisione di abortire¹⁴ e Cassidy le ha spiegate in relazione alla decisione dell’aborto per anomalie fetali.¹⁵ L’opinione unanime tra gli psicologi è che le più grandi decisioni della vita basate sulla coercizione percepita o manifesta portano a una notevole angoscia psicologica. In Nord America, il modello prevalente di decisione medica si basa sul concetto di “autonomia personale” e consenso informato, che sono diventati i fondamenti di accettabilità etica per tutte le procedure mediche.¹⁶ Spesso comunque la decisione presa dalle coppie di ridurre

il numero dei feti può essere vista come una mancanza di vera autonomia personale a causa della disperazione dei genitori, della coercizione medica e della mancanza di consenso informato.

Mancanza di consenso informato

La capacità di una coppia di dare pieno consenso è seriamente compromessa a causa del trauma psicologico preesistente provocato dalla sterilità di lungo termine e dal processo della FIVET stesso. Mentre cresce il numero di questi aborti multifetali, le famiglie coinvolte si fanno avanti per discutere le seguenti questioni che iniziano ad essere affrontate nella terapia medica

179

180

e nella letteratura della guarigione del post-aborto. Kluger-Bell descrive una famiglia con tre figli nati da un parto unico, la cui FIVET ha portato a una gravidanza quadrigemellare. Come dice una sua cliente: "...Non volevo proprio scegliere di ridurli. E mi era stato detto dai dottori: "Oh, beh, non dovrà essere incinta di così tanti bambini". E molto probabilmente il numero doveva essere ridotto a due. E non sapendo nulla di tutto ciò, abbiamo pensato che la cosa era così com'era e basta". Solo quando questa famiglia espresse fortemente il desiderio di avere tutti e quattro i bambini, i dottori furono d'accordo a lasciarne avere tre. L'MFPR ebbe successo, "ma emotivamente c'è ancora un dolore che probabilmente resterà per sempre. Abbiamo provato per così tanti anni a creare la vita, era così contraddittorio e doloroso... nessuno ci aveva mai detto che potevamo prendere in considerazione di tenerli tutti e quattro... perché quella non era un'opzione?"¹⁷ Il novantanove per cento delle donne che subiscono la riduzione fetale aveva realizzato la gravidanza col trattamento di sterilità. Tuttavia, rappresentano un gruppo che Tabsh descrive come: "...altamente motivato ad ottenere un ottimo risultato di gravidanza. Tendono ad essere condiscendenti col programma dei medici per la loro cura..."¹⁸ e tuttavia acconsentiranno, come sottintendono Macones e Wapner, a qualsiasi approccio assicurerà loro con maggior probabilità un bambino sano. In generale, le donne che cercano un tale risultato fanno qualsiasi cosa gli esperti medici credano necessario.¹⁹

Per ironia, fino al 1995, l'atteggiamento delle pazienti per sterilità verso le nascite multiple non è mai stato studiato. Gleicher e colleghi hanno scoperto che l'esercizio della professione medica dell'MFPR è stato realizzato senza l'opinione dei gruppi di pazienti:

Tuttavia può non essere una sorpresa che il sondaggio qui riportato sul comportamento delle pazienti è in forte conflitto con la pratica universalmente accettata di minimizzare i tassi di gravidanze multiple... [pazienti sterili] esprimono un notevole desiderio di nascite multiple... La professione medica ha ritenuto finora che la decisione di minimizzare le nascite multiple... rifletteva il desiderio delle pazienti. Questo studio suggerisce il contrario.²⁰

181

La giustificazione etica dell'MFPR è il disperato desiderio dei genitori di avere un bambino sano. Ma qual è il prezzo psicologico?

Per le persone disperate, la via che promette la più grande speranza può sembrare l'opzione moralmente migliore, specialmente se la riduzione embrionaria viene presentata come la decisione medica appropriata – la decisione che garantirà loro un bambino vivo. Rifiutare tale opzione richiede libertà dalla coercizione e l'accesso ad altri approcci di gestione che danno alternative. E' chiaro che queste coppie non conoscono il criterio per una libera scelta e, in realtà, il vero livello di coercizione in questa procedura è impressionante nella recente letteratura della maternità sostitutiva.

Risultati medici della riduzione embrionaria multifetale

Il principale fondamento logico dell'MFPR è chiaramente la nascita di almeno un bambino sano. L'MFPR garantisce questo? Sembra essere materia di dibattito. Groutz e colleghi hanno scoperto che "contrariamente agli studi precedenti abbiamo scoperto una maggiore incidenza di complicanze durante la gravidanza dopo l'MFPR in confronto a gemelli avuti spontaneamente..."²¹ Souter e Goodwin hanno fatto una meta-analisi di tutti gli 83 articoli pubblicati sulla procedura dal 1989 e hanno rilevato che "c'è un generale consenso sul fatto che la riduzione di una gravidanza trigemina a due gemelli porta a notevoli vantaggi secondari: un costo minore e meno giorni all'ospedale e la diminuzione dell'incidenza di moderate malattie associate a prolungate ospedalizzazioni e parto prematuro per la mamma e il

bambino. Comunque non è chiaro se ci sia una maggiore probabilità che le coppie portino a casa un bambino sano se si sottopongono a una riduzione embrionaria multifetale".²²

Un recente studio svedese ha inoltre individuato la presenza di un aborto spontaneo post procedura nel 21 per cento dei casi intrapresi nel paese, un altro diciotto per cento è morto nel grembo o poco dopo il parto o era nato con dei difetti.²³ Allo stesso modo Elliott ha osservato che gli studi sulle gravidanze trigemine gestite correttamente "mostrano un risultato uguale o migliore per le gravidanze trigemine non ridotte in confronto alle riduzioni selettive".²⁴

Risultati psicologici sull'MFPR

Date le difficoltà riguardanti la procedura dell'MFPR, non sorprende che anche perseguendo l'obiettivo di essere genitori di un bambino, le coppie che hanno partecipato alla decisione dell'MFPR vivono il dolore e l'angoscia emotiva in coincidenza con la perdita di un bambino. Studi successivi di queste famiglie indicano il fatto che i genitori non vivono un disturbo psichiatrico rilevante e che "la nascita di bambini sani aiuta a ridurre l'impatto traumatico della riduzione fetale".²⁵ Ciò che non è sottolineato nella letteratura tuttavia sono le seguenti osservazioni:

1. C'è un tasso di abbandono e rifiuto notevole nei campioni degli studi.
2. Le coppie che hanno abortito l'intera gravidanza seguendo la procedura non vogliono partecipare alla fase seguente.
3. Non c'è uno studio del pieno impatto psicologico sui bambini che sono descritti dai praticanti come "i feti sopravvissuti".

Date queste limitazioni, gli studi che riguardano i risultati psicologici rilevano che una notevole parte del loro campione vive un'angoscia psicologica a seguito della procedura. Le reazioni affettive sono immediate e le reazioni di dolore intenso sono caratterizzate da pensieri ripetitivi e intrusivi e immagini di feti soppressi. Schreiner-Engel e colleghi testimoniano che il venti per cento di quelli che vogliono partecipare alla prosecuzione hanno avuto una disforia di lungo termine. "Il loro continuo senso di colpa sembrava dovuto a una illusoria convinzione che dovevano essere trovate delle soluzioni migliori". Le caratteristiche del gruppo più disturbato riguardavano le persone giovani, religiose, che venivano da famiglie più numerose, desiderose di avere più di due bambini e guardavano l'ecografia della gravidanza con maggior frequenza. Gli autori concludono che "guardare diversi feti vivi in ripetute ecografie

può interferire con la capacità delle donne di mantenere un atteggiamento emotivamente e intellettualmente distaccato verso la gravidanza multifetale”.26

182

183

E' interessante notare che i ricercatori ritengono che le donne che hanno subito lo stress e l'impatto emotivo della sterilità e del conseguente trattamento possono essere distaccate – e in un certo modo devono esserne capaci – dall'unica cosa che conta nella loro vita, cioè la gravidanza. La prospettiva va contro tutto ciò che è conosciuto sull'attaccamento fra madre e bambino e la comprensione psicosociale della natura della gravidanza.27

Garel e colleghi hanno rilevato il 44 per cento di tasso di rifiuto tra le pazienti della riduzione. Di quelli che hanno accettato di essere visitati un anno dopo e due anni dopo la procedura, un terzo ha dichiarato “sintomi di depressione persistente in relazione alla riduzione, principalmente tristezza e colpa. Gli altri hanno fatto commenti di tipo razionale e medico non esprimendo alcuna emozione”.28

In queste reazioni, diventa evidente il legame tra la mancanza di affetto come risultato dell'aborto liberamente scelto e una mancanza di emozione fra le donne che subiscono un aborto nella forma dell'MFPR. Un altro argomento d'interesse è l'impatto psicologico che ciò avrà sulle interazioni fra genitori e bambini sopravvissuti. A proposito di questi genitori, McKinney e colleghi hanno osservato: “Risposte coscienti o non coscienti alla procedura hanno sottolineato ambivalenza, colpa, e un senso di ferita narcisistica che aumenta la complessità del loro attaccamento ai bambini rimasti”.29 Nessuna ricerca è stata condotta sulle conseguenze a lungo termine dell'angoscia dei genitori sullo sviluppo psicologico di questi bambini e nessuno studio ha affrontato le dinamiche della Sindrome del Sopravvissuto al Post-Aborto.

Conclusione

Bisogna condurre una ricerca molto ampia sugli effetti che la riduzione embrionaria multifetale ha sui genitori e sui bambini sopravvissuti alla gravidanza. Ciò che la ricerca ha scoperto fino adesso suggerisce reazioni simili all'aborto indotto; cioè, sentimenti di dolore e perdita, alquanto minimizzati dall'aver portato a termine almeno alcuni feti. Certamente, per consentire ai genitori di prendere decisioni su

tali nascite, è necessario condurre ulteriori ricerche su questo argomento e devono essere condivise con loro le successive conclusioni, in modo che il loro consenso sia veramente informato conformemente agli attuali criteri per le procedure mediche.

184

Punti chiave Capitolo 13

- Per le coppie che non possono concepire un bambino, c'è una fortissima motivazione a fare tutto ciò che è raccomandato dal punto di vista medico per avere un bambino, o utilizzando la fecondazione in vitro (FIVET) o la riduzione embrionaria multifetale (MFPR). Con entrambi i metodi, c'è la possibilità di coercizione da parte del personale medico.
- La FIVET è spesso utilizzata in caso di sterilità a lungo termine e a volte sono necessari fino a nove cicli di trattamento perché avvenga il concepimento, che porta spesso a tre o più feti impiantati.
- Un approccio che i dottori raccomandano attualmente per assicurare una nascita viva nelle gravidanze multifetali è l'MFPR, una forma di aborto (una puntura di ago al cuore) per ridurre il numero dei feti. Questa procedura non garantisce che i feti sopravvissuti restino sani, ma porta di solito ad almeno una nascita viva.
- Le reazioni dei genitori alla perdita di alcuni feti concepiti sono simili a quelle vissute dopo l'aborto per ragioni genetiche; tristezza, colpa e depressione.
- La comunità dei ricercatori e dei medici ritiene troppo spesso che l'MFPR sia ciò che i genitori vogliono senza ottenere un vero consenso informato o dare a loro una scelta sul numero di feti da tenere in vita.
- Devono essere condotte ulteriori ricerche sugli effetti che ha l'MFPR sulle coppie e sulla loro futura vita familiare con i bambini sopravvissuti. La ricerca dovrebbe essere portata avanti da ricercatori non coinvolti nella realizzazione e nella promozione di questa procedura.