

TESTO CONFERENZA

Mi pare importante partire dal tema della infertilità – troppo spesso sottaciuto – e che ha a che fare direttamente col tema in questione perché quando si ha difficoltà ad avere figli si tende a ricorrere alla PMA.

L'infertilità, sia femminile che maschile, è in grande aumento in tutti i Paesi dell'area occidentale tanto che l'OMS l'ha dichiarata "emergenza globale". Le cause sono molteplici, da stili di vita disordinati, stress, problemi ambientali, come ad esempio l'inquinamento, e anche cause "sociali". Tra queste ultime vale la pena di riflettere sul fatto che nell'immaginario sociale (che, complice la tecnologia, vede il soggetto umano come capace di superare i limiti del biologico) viene silenziato il fatto che la fertilità femminile ha una curva che tende a scendere dopo i trent'anni e rapidamente dopo i trentacinque. Quando dicevo queste cose ai miei studenti rimanevano assai stupiti. In realtà le giovani donne e i loro coetanei maschi pensano che oggi non ci siano problemi ad avere figli nonostante si siano superati, anche abbondantemente, i trenta anni. E così l'età media delle madri Italiane è di 33 anni! Quando si parla di invecchiamento demografico e di prevenzione si tace, dunque, una prima evidenza: i figli vanno fatti da giovani.

Se il primo punto da tenere in considerazione è la diminuzione della fertilità, il secondo è che l'infertilità è un dramma, oggi come ieri, anche se tende ad assumere connotati diversi.

Un tempo, come noto, l'infertilità era attribuita alla donna e vissuta come un'onta che minacciava la sua identità. Oggi sappiamo che l'infertilità è attribuita in pari misura anche ai maschi e non è etichettata come un marchio negativo di cui vergognarsi. Pur tuttavia essa rappresenta un dramma che mette in crisi l'identità della persona e soprattutto tocca profondamente il vissuto della donna e il suo corpo. Il corpo della donna è, infatti, direttamente colpito dalla mancata esperienza della gravidanza e della maternità, anche quando essa è fertile e il suo partner no.

In una recente ricerca condotta presso il Centro Famiglia della Università Cattolica su un campione di coppie che si erano sottoposte alla fecondazione omologa, si è visto che le donne, anche quando la infertilità era a carico del maschio, avevano lo stesso vissuto "negativo" di quando era a carico di loro stesse. Il corpo della donna parla un linguaggio silenzioso ma potente, viscerale ed esso viene raramente ascoltato.

A rendere anche socialmente poco evidente la cruciale funzione del corpo della donna oggi, sta il fatto che è messa in ombra la maternità come “valore specifico” del femminile, come asse portante del suo “genio”, per usare un’espressione cara a San Giovanni Paolo II. Anche ora, nella nostra società, nella quale la maternità non è certo un fatto subito come poteva essere decenni o addirittura secoli or sono, questo “valore”, questo “privilegio” non viene fatto emergere con la forza che meriterebbe e finisce per essere misconosciuto anche dalle stesse donne. In realtà la cosa tocca il fondamento della vita perché tutti, donne e uomini, siamo nati da un corpo di donna e questo accomuna tutti gli esseri umani.

Sono sempre colpita dal fatto che tra molte giovani donne il “desiderio” di maternità si sia indebolito e poca attenzione venga data al delicato vissuto della donna e al travaglio psichico che caratterizza la maternità (una rara eccezione è il libro di Vegetti Finzi “L’ospite più atteso: Vivere e rivivere le emozioni della maternità”, 2017, Einaudi), mentre tutto si concentra sul, pur necessario, controllo medico. L’esperienza della maternità è del tutto medicalizzata.

Il desiderio di un figlio viene “paradossalmente” più evidenziato dalle coppie omosessuali, soprattutto lesbiche, portato avanti però nella forma del “diritto” della donna al figlio.

Vorrei a questo punto spendere qualche parola sul termine “corpo”.

Il corpo umano non è una cosa inanimata, un fatto biologico puro, è invece da subito un corpo vivente, innervato dal “mentale”, un mentale primordiale che successivamente si dispiegherà in tutta la sua complessità. In un testo bello e poco diffuso Benoit Bayle (“L’embrione sul lettino”, 2005, Masson) fa notare che, per indicare l’inizio della vita, usiamo la parola “concepimento”! Egli sostiene che possiamo parlare di statuto psichico dell’embrione e di una sua iniziale identità psico/socio/culturale.

La vita umana fin dall’inizio è avvolta in un grembo di senso, un vissuto primordiale inconscio, che avviene all’inizio nel corpo della donna/madre e poi “consegnato” al mondo familiare e sociale (si dice infatti “mettere al mondo”). Oggi con nuovi sofisticati strumenti siamo in grado di mostrare che c’è uno scambio psichico tra la madre e il bambino, che il bambino reagisce in modo specifico alla voce della madre. Di più: quando nasce gli viene dato un nome, i genitori e tutta la parentela “proiettano” su di lui una serie di immagini, di aspettative e anche di paure, gli viene, come dire, preparato un posto

nella genealogia/storia familiare. Dice sempre Bayle *“le stesse famiglie che si sono incontrate nel corso delle generazioni sono le stesse dell’embrione”* (p. ...)¹.

Tutto questo lavoro ed embricazione tra biologico e mentale è propriamente un processo di umanizzazione che distingue l’umano dal subumano e il travaglio del desiderio del figlio dovrebbe portare ad una sempre maggiore sensibilità e cura della donna e dell’incontro/relazione/unione con l’uomo di cui figlio è il frutto. Perché, è bene ribadirlo, la fecondazione avviene sempre e comunque da un incontro tra un gamete maschile e uno femminile.

Ma che cosa ne è di tutto questo nel nostro mondo che ha fatto eccezionali progressi nella conoscenza e nella tecnica? Quale tipo di cura è offerta a che si avventura nel campo della genitorialità specie se in difficoltà nel concepimento?

E qui si apre il tema della PMA di cui vorrei sottolineare il versante della cura anche in senso psicologico/esistenziale.

Di certo la PMA apre alla coppia nuove possibilità di venire incontro al dolore dell’infertilità che abbiamo visto essere fonte di dolore profondo. Ma chiediamoci: a che prezzo?

La tecnologia riproduttiva (si noti al proposito il termine “riproduttivo” assai meno significativo che “procreativo”) la fa da padrone e il criterio di giudizio di tale drammatica impresa si appiattisce sul versante del successo dell’intervento (che, come è noto, non è percentualmente elevato): di gran lunga sottovalutato il costo psicologico di tale intervento e gli effetti non banali sulla vita della coppia. La donna sottoposta a pesanti cure ormonali paga un dazio notevole, controlli e tentativi di concepimento “a freddo” incidono pesantemente sui rapporti sessuali che si fanno sempre meno frequenti e vengono privati di intimità.

Dalle ricerche sappiamo che vi sono diverse modalità di reazione a tale situazione.

La prima è quella protettiva: la coppia aumenta la coesione per far fronte al comune problema e, se riesce a mantenere viva la tensione generativa, può, nel caso di insuccesso, essere in grado di impegnarsi in altre forme generative (adozione, progetti di cura solidale, ...). La filiazione è infatti la più forte e naturale espressione della generatività, ma non l’unica.

¹ Questa appartenenza generazionale era più esplicita nelle generazioni passate che usavano spesso tramandare il nome dei nonni. Allora il pericolo, specie nelle situazioni di grave povertà e con troppi figli, poteva essere la trascuratezza e la poca sensibilità dei bisogni specifici di “quel” figlio. Oggi la “scena concezionale” è in genere di tutt’altra fatta, ha spesso altri protagonisti, la donna o la coppia e l’apparato tecnologico. Il figlio programmato ed intensamente voluto, iperprotetto e vissuto senza riferimenti alla sua genealogia finisce per essere inchiodato nel ruolo di essere conforme all’altezza del desiderio dei suoi genitori e della società.

Altre modalità sono o quella “rinunciataria” o quella della dissoluzione del rapporto, come è il caso del partner non sterile che cerca un compagno o compagna che possa consentirgli di avere un figlio.

In ogni caso le coppie raramente vengono adeguatamente informate dei rischi che dovranno affrontare (non c'è ad esempio nessuna linea guida su quanti tentativi sono permessi), non è previsto né consigliato un supporto psicologico alla coppia (è difficoltoso il dialogo profondo tra i due partner che capiscono che possono ferirsi, più facile affrontare i problemi contando su un terzo competente e sensibile...). Difficile “mettere parola” sul dramma che si sta vivendo e che la donna in primis sente vivacemente nel suo corpo.

L'esito è che la coppia è quanto mai sola (il tabù sulle difficoltà di concepimento viene in genere esteso anche alla cerchia parentale) e tutta concentrata e dipendente dall'esito.

Per quanto poi riguarda l'esito va distinto chiaramente il tipo di fecondazione omologa² o eterologa³: è soprattutto quest'ultima che ha a che fare con l'identità genetica del figlio differente da quello dei genitori che porta con sé non poche problematiche e vissuti conturbanti.

Tante le domande, i vissuti che agitano la coppia e in primis la donna, tanto il non detto.

Si è assistito al proposito ad un fenomeno di “silenziamiento” di tutto questo dolore e di questa problematica che è stata invece affrontata negli anni '90 e inizi del secolo, anche dalle femministe giustamente sensibili soprattutto al dramma della donna. Quale il vissuto profondo della donna che durante la gestazione sente di avere dentro di sé un corpo estraneo, di un donatore sconosciuto? D'altra parte, quale il rischio da parte del maschio? Quello di rimanere schiacciato dalla rivalità dello sconosciuto donatore? Quali le conseguenze quando il bambino viene alla luce? Se e quando comunicare la scelta dei genitori? Come non supporre che di fronte all'emergere di qualche problema comportamentale la difficoltà venga attribuita a quel “terzo” che ha consentito il concepimento? Del resto, quest'ultimo viene chiamato in causa nel caso di indagini sulla “familiarità” di certe malattie...

Sappiamo che la madre può chiedere a chi ha la responsabilità del parto di non rivelare il dato dell'eterologa, ma sappiamo molto poco sulle conseguenze del vissuto di questa disparità procreativa nei genitori (come coppia e come singoli) e del vissuto del figlio quando gli viene rivelato il tipo di

² Avviene quando vi è unione artificiale di seme e ovulo che appartengono alla coppia: in questo caso il nascituro avrà lo stesso patrimonio genetico dei genitori.

³ Avviene quando si utilizza un gamete esterno alla coppia (seme, ovulo o addirittura embrione): in questo caso il nascituro avrà il patrimonio genetico di uno solo dei genitori o di nessuno di essi nel caso dell'inserimento dell'embrione.

concepimento o peggio quando viene tenuto segreto. Se alle coppie viene raramente prospettato l'itinerario della PMA ancor più raramente vengono aiutati a rendersi conto delle conseguenze della loro scelta e della responsabilità che si assumono quando devono ricorrere ad un "terzo" (lasciando da parte il caso estremo dell'utero in affitto ...). All'opposto pensiamo al lungo percorso che devono fare le coppie che intendono adottare.

Di fatto le coppie che sono "obbligate" a rivelare quello che eufemisticamente viene considerato "donatore" sono le coppie omosessuali, specie lesbiche, più numerose di quelle gay che devono ricorrere all'utero in affitto.

Personalmente penso che il venire alla ribalta prepotentemente del tema delle coppie omogenitoriali abbia avuto una parte cruciale nel silenziare i problemi psicologico/esistenziali connessi alla PMA nelle coppie eterosessuali che si avventurano nell'itinerario della fecondazione eterologa. Il fatto di dover difendere la posizione e il "diritto" al figlio da parte delle coppie omogenee ha fatto erigere un apparato difensivo che ha fatto percepire come pericoloso ogni accenno agli aspetti problematici del ricorso alla eterologa, ha messo in secondo piano i vissuti dolorosi della disparità procreativa, ha banalizzato il rischio per il figlio di trovarsi ad affrontare il tema di una lacuna nelle origini, tema che è centrale nella costruzione dell'identità dell'essere umano. Non basta di certo a rispondere alla domanda del figlio sulle sue origini saper il nome del donatore (anche se è un progresso il farlo uscire dall'anonimato come oggi sempre di più si tende a fare).

Cosa ne sarà della cruciale domanda sulle origini ("Da dove vengo?", "In che storia mi inserisco?", "Chi sono i miei generanti?") che ad un certo punto verrà posta?

Questi interrogativi non sono in genere mai posti e questo delicatissimo problema trattato nei termini di percentuale di successo e di "normalità". È la normalità della moderna tecnologia che appunto ritiene "normale" tutto ciò che tecnicamente è possibile.

Tutto ciò, a mio parere, ha contribuito fortemente a "inibire" ogni riflessione. Così veniamo colti di sorpresa quando veniamo a sapere che anche le coppie eterosessuali ricorrono all'utero in affitto in quantità considerevole.

In breve, possiamo dire che il tema che attraversa le tecnologie riproduttive è al fondo l'idea di una scissione dello psichico con il biologico/genetico. Il potere anche economico (si pensi all'enorme business legato alla PMA nelle sue, ogni giorno, più sofisticate varianti...) della tecnologia tende a

relegare in secondo piano l'aspetto etico ed antropologico di che cosa sia l'umano e con esso a togliere parola e senso all'esperienza del generare.

Per quanto riguarda poi noi cristiani, diventa quanto mai urgente riscoprire il senso del corpo (come aveva ben intuito San Giovanni Paolo II) che è certamente al centro della Buona Novella.