

## **Fecondazione assistita di Alessandra Baglini<sup>1</sup>**

Devo parlarvi della fecondazione assistita dal punto di vista medico e psicologico.

Chi vi ricorre è in genere una coppia che ha oltre trentacinque anni di età: inutile ricordare come il matrimonio sia un evento che viene sempre più spostato in avanti, subordinato ad altre necessità, la conclusione degli studi, il raggiungimento dell'indipendenza economica ed abitativa, la stessa difficoltà nel trovare qualcuno o qualcuna che possa essere un partner di vita: dopo aver superato o raggiunto tutto ciò questa nostra coppia scopre di non riuscire a concepire un figlio.

E non è una circostanza tanto infrequente: secondo l'OMS nei paesi avanzati il 15 – 20% delle coppie sono sterili, dato che sembra destinato ad aumentare; ci troviamo di fronte alla sterilità, dal punto di vista medico, quando una coppia non riesce a concepire nonostante rapporti sessuali non protetti: secondo l'OMS tali tentativi devono protrarsi per almeno due anni perché si possa parlare di sterilità, sufficiente un periodo di 12 – 18 mesi per altri autori.

Definiamo primaria la sterilità della coppia che non ha mai concepito e secondaria quando invece si è avuto un concepimento o anche la nascita di un figlio vivo.

Per ipofertilità intendiamo invece la diminuzione statistica rilevante della capacità potenziale di iniziare una gravidanza, mentre ci troviamo di fronte all'infertilità quando è specificatamente l'elemento femminile della coppia ad avere difficoltà nel portare a termine la gravidanza.

Abbiamo poi la sterilità di coppia quando il mancato concepimento è legato alle caratteristiche della coppia: entrambi i partner potrebbero avere figli unendosi ad altra persona ma è proprio il loro incontro a rendere difficile la fecondazione.

Si definisce psicogena la sterilità alla cui origine si possono porre disturbi emozionali cronici e problemi psicosociali e idiopatica la sterilità dovuta a cause non conosciute.

Le statistiche non sono concordi, ma possiamo concludere che le cause di sterilità si dividono equamente: 1/3 maschili, 1/3 femminili e 1/3 di coppia o idiopatica; occorre però fare molta attenzione a non confondere, soprattutto per la sterilità psicogena, le cause con gli effetti: se molti autori ritengono che la componente psicoemozionale possa incidere sulla fertilità attraverso il sistema neurovegetativo e neuroendocrino è anche vero che le presunte cause di infertilità possono esserne in realtà gli effetti: frustrazione, senso di inadeguatezza e di perdita, depressione; inoltre sono frequenti i conflitti interni, correlati al desiderio di avere un figlio; tutt'altro che facile quindi la diagnosi di sterilità psicogena, spesso deducibile solo a posteriori.

Avrete notato, spero, che non ho definito la sterilità come una malattia.

In effetti, possiamo chiederci se la sterilità sia una malattia o invece un sintomo.

Dal punto di vista medico si parla di ostacolo alla possibilità di avere figli; se poi si considera la sofferenza che tale stato provoca allora dobbiamo considerare che ci dice il professor Carlo Flamigni del Comitato di bioetica: "sia il dolore psicologico che quello fisico sono malattia e perciò hanno diritto all'attenzione del medico e alle sue cure".

E se la sterilità è una malattia allora le tecniche di fecondazione assistita sono una cura e il figlio la terapia sostitutiva per la sofferenza causata dalla sterilità anche se la nascita di un figlio, in effetti, non risolve la situazione di sterilità della coppia: in questo senso, la fecondazione assistita è "un'aggirare l'ostacolo".

---

<sup>1</sup> Medico Psicoterapeuta

Ma da un punto di vista psicologico la sterilità è una condizione umana, un sintomo, un messaggio che il corpo invia; secondo la psicoanalista Joyce McDougall "le esplorazioni psicosomatiche rinviano ad un difetto della capacità di simbolizzazione, dell'attitudine ad elaborare mentalmente l'impatto di certi vissuti conflittuali. Si troveranno così diverse forme di atti - sintomi": e la sterilità potrebbe essere uno di questi atti - sintomi, la metafora di una verità inespressa, complicata oltre tutto dal rapporto tra il sintomo e chi lo subisce.

La "sterilità – sintomo" richiede la decifrazione del "messaggio" del corpo: alla sua base potrebbe rinvenirsi l'impossibilità ad assumersi un ruolo genitoriale, può essere parte di un sistema difensivo che andrebbe rispettato anziché distrutto, dato che probabilmente in quel contesto psicologico mantiene un equilibrio (e il figlio nato per curare la "sterilità – malattia" si troverebbe invece a doversi assumere un carico troppo elevato); e la donna sterile potrebbe soffrire non per la propria sterilità ma per la pressione sociale che essa comporta, sentirsi inadeguata se non ricorre alle tecniche che la scienza mette a disposizione.

Beninteso la visione della sterilità come sintomo, come messaggio del corpo, è tuttora vista con, usiamo l'eufemismo, scetticismo dalla medicina ordinaria; il mio testo di universitario di ginecologia, su cui le ultime generazioni di medici genovesi hanno studiato, di fronte alla sterilità idiopatica non desumibile da cause organiche precise afferma l'impossibilità di "trattamenti specifici e razionali".

Solo in casi eccezionali, quando estrema è l'evidenza psicologica, ad esempio come quando lo stato di gravidanza si realizza dopo una psicoterapia, allora la medicina ordinaria ha preso in considerazione l'aspetto psicologico, la possibilità psicosomatica.

È anche vero che l'approccio unicamente "psicogeno" alla sterilità è altrettanto sbagliato dell'approccio organico, dell'ignorare anche in condizioni di normalità la complessità dei vissuti individuali: in effetti, medicalizzare *sic et simpliciter* la sterilità può comportare gli stessi effetti negativi che si sono avuti dalla medicalizzazione assoluta del parto e della gravidanza che ha cancellato ciò che di culturale, sociale e psicologico era collegato all'evento nascita.

Possiamo vedere che quando le coppie si confrontano con la sterilità o l'infertilità possono chiedere un aiuto medico, oppure seguire la strada dell'adozione / affidamento o abbandonare il progetto di avere un figlio.

È l'opzione medica la più seguita ed immediata; devo a questo punto ricordare sia pure brevemente quali sono le principali tecniche di fecondazione assistita.

Nel 1978 nasce in Inghilterra Louise Brown la prima bambina nata da una fecondazione extracorporea; da allora i progressi nelle tecniche dei diversi tipi di trattamento sono stati notevoli.

Queste procedure, molto complesse e molto costose venivano indicate all'inizio soprattutto nei casi di sterilità tubarica irreversibile; successivamente sono state estese a molte altre cause; in seguito è stato possibile effettuare oltre alla fecondazione in vitro numerose altre operazioni:

- congelare una parte di embrioni prodotti;
- eseguire biopsie embrionarie per analisi genetiche del prodotto del concepimento;
- sottoporre un ovocita inserendo direttamente nel suo plasma un singolo spermatozoo.

In questo modo anche attraverso la donazione di ovociti ed embrioni ed il trasferimento di embrioni a madri diverse da quelle genetiche, si è straordinariamente allargato il campo del possibile.

Si è contemporaneamente aperto un ampio dibattito etico rispetto all'opportunità di effettuare realmente ciò che si presenta come tecnicamente possibile.

Le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) si possono differenziare in base a diverse caratteristiche:

- a) provenienza degli elementi biologici e
- b) localizzazione della fecondazione; questa può essere
  - b1) intracorporea, quando gli elementi vengono fatti incontrare artificialmente, ma la fecondazione come tale non è agita artificialmente;
  - b2) extracorporea cioè in vitro, nei casi in cui vi è un intervento diretto in laboratorio affinché ovulo e spermatozoo diano avvio alla segmentazione cellulare.

Vi sono tre livelli di trattamento che possono essere effettuati prima di giungere alla fecondazione.

Il primo livello comprende l'induzione dell'ovulazione e rapporti mirati oppure l'inseminazione artificiale ossia l'introduzione dello sperma nella cervice uterina durante il periodo dell'ovulazione.

Esse sono indicate nei casi di vaginismo, in alcuni casi di ipofertilità maschile (si utilizzano gli spermatozoi più attivi), in caso di mancanza di ovulazione della donna, quando si presentino problemi di sterilità tubarica.

Benché semplici queste tecniche entrano già in modo invasivo nella sfera intima del rapporto di coppia ed anche dal punto di vista fisico non sono del tutto esenti da controindicazioni; il rischio maggiore di questa tecnica consiste nella possibilità di indurre sindromi da iperstimolazione e gravidanze multiple; occorre quindi molta attenzione in merito alla crescita follicolare.

È anche da tenere presente che i rapporti mirati interferiscono in maniera pesante sul desiderio e sulla sessualità della coppia.

Il secondo livello è denominato Fertilizzazione In Vitro E Trasferimento degli embrioni o FIVET (2).

Il programma FIVET ideato per risolvere i casi in cui una donna soffre di occlusione tubarica non risolvibile è oggi esteso ad altre forme di sterilità, diminuendo progressivamente le controindicazioni; la FIVET viene utilizzata per endometriosi, sterilità idiopatica, presenza di anticorpi antispermatozoidi nel muco cervicale, prevenzione di infermità genetiche legate al sesso o a difetti del seme del partner, grave ipoplasia delle ovaie, mancanza di utero, controindicazioni gravi alla gravidanza, precedente sterilizzazione.

Una volta condotti gli accertamenti che verificano lo stato di sterilità si inizia il trattamento propriamente detto che consiste nelle seguenti fasi:

- 1) S'induce farmacologicamente l'ovulazione, stimolando una ovulazione multipla al fine di prelevare e fecondare più ovociti, considerando le possibili difficoltà di impianto e dell'annidamento;

---

(2) Altra tecnica è invece il Trasferimento Intratubarico dei Gameti o GIFT. Questa tecnica prevede l'inserimento dei gameti ( ovociti e spermatozoi ) nelle tube ed è indicata soprattutto nei casi di sterilità idiopatica. E' nata come alternativa alla fivet non comporta manipolazione embrionaria ma solo di gameti, il processo della fecondazione si svolge completamente all'interno dell'organismo della donna, anche in questo caso vi è induzione di ovulazione e aspirazione dei follicoli ovarici tramite laparoscopia, gli ovociti vengono collocati in dischi di coltura dove si controlla il grado di maturazione , circa due ore e mezzo prima del prelievo delle cellule uovo si preparano i campioni di sperma trasferimento dei gameti nella tuba , in un catetere vengono aspirati gli spermatozoi , poi si lascia uno spazio d'aria , poi 2 o 3 ovociti un altro spazio d'aria ed infine il mezzo di coltura, il catetere così riempito viene connesso con il laparoscopio già precedentemente inserito per il prelievo degli ovociti e inseriti nella tuba. È una tecnica invasiva perché prevede l'uso di laparoscopia e possibilità di provocare gravidanze extrauterine. È una tecnica che non prevedendo manipolazione di embrioni sembra rispettare maggiormente alcune istanze di ordine etico.

- 2) Gli ovociti vengono quindi prelevati (3) per via transvaginale, previa sedazione della paziente;
- 3) Viene analizzato il liquido seminale;
- 4) L'ovulo viene posto in terreno di coltura e dopo circa 5 ore viene in seminato;
- 5) L'ovulo viene quindi mantenuto in coltura per ulteriori 15 – 20 ore al termine delle quali viene valutata l'avvenuta fecondazione;
- 6) Dopo 2 – 5 giorni, e non prima, vengono trasferiti, per via transvaginale, gli embrioni nella cavità uterina; il numero massimo di embrioni che può essere trasferito è attualmente di 3 ed è in questa fase di impianto che si registra il maggior numero di fallimenti, più frequenti con il progredire dell'età della paziente;
- 7) Dopo 10 – 15 giorni iniziano i controlli ematici di gravidanza.

La FIVET – la tecnica ad oggi più utilizzata in Italia - comporta una serie di problematiche.

Innanzitutto la percentuale di successi è molto variabile, dipendendo dall'affinamento della tecnica: si ha comunque una certa quota di perdita di embrioni che, oltre tutto, non possono più essere congelati per utilizzarli in un successivo eventuale reimpianto; la legge in collegamento al divieto di congelamento ha introdotto il divieto di fertilizzare ovociti in eccesso.

In secondo luogo, è sempre presente il rischio di iperstimolazione ovarica – l'induzione alla ovulazione viene effettuata tramite somministrazione di farmaco omologo dell'ormone – iperstimolazione che non sempre è da attribuirsi al medico: è molto sottile, per non dire invisibile, il confine tra stimolazione "utile" e stimolazione eccessiva; inoltre può esservi, alla base della complicazione, una eccessiva sensibilità ovarica alle gonadotropine.

L'iperstimolazione ovarica può essere di tre livelli:

- a) ormonale, con assenza o quasi di segni clinici;
- b) moderata, con notevole aumento delle ovaie, versamenti ascitici nell'addome, nausea, vomito e dissenteria;
- c) severa, con peggioramento dell'ascite, comparsa di idrotorace, emoconcentrazione, disturbi elettrolitici, alterazioni della coagulazione, rischi di tromboembolia. In casi per fortuna rari, la vita della paziente può correre un pericolo reale.

---

(3) La tecnica del prelievo delle uova dai follicoli è stata completamente modificata dall'introduzione delle sonde vaginali per ecografia pelvica: si può eseguire il prelievo degli ovociti per via vaginale introducendo lunghi e sottili aghi da aspirazione, raggiungendo quindi i follicoli ed utilizzando la guida fornita dalle immagini ecografiche. Un ulteriore vantaggio è stato poi quello di poter eseguire l'intero intervento senza anestesia generale, ma solo con l'impiego di una analgesia più o meno profonda a seconda delle necessità. La laparoscopia trova ancora applicazione nei casi in cui o è opportuno eseguire una laparoscopia diagnostica preliminare oppure non esistano ecografisti di sufficiente esperienza o strumenti adeguati. È possibile che i prelievi transvaginali si rivelino, prima o poi, dannosi: l'intervento può infatti determinare una infezione pelvica acuta, si sono verificate perforazioni dei vasi sanguigni con emorragia ed ematomi, persistenza di dolori pelvici; necessario quindi che le pazienti vengano informate di queste possibili complicazioni. Le novità che hanno prodotto i maggiori progressi nel campo della procreazione medicalmente assistita sono oltre alla possibilità di produrre embrioni in vitro, il loro congelamento (crioconservazioni) e la diagnosi pre – impianto. Il congelamento dei gameti o embrioni avviene in azoto liquido a – 196 gradi. Il congelamento del seme maschile ha una storia antica: i primi tentativi furono eseguiti con la neve e il ghiaccio nella seconda metà dell'800, la scoperta dell'azoto liquido permette i primi interventi negli anni 40 in ambito zoologico e negli anni 60 anche sull'uomo. Risale al 1982 la prima gravidanza ottenuta in Australia con embrioni congelati. Da quando la crioconservazione è entrata a far parte integrante delle tecniche sono aumentate le percentuali di successo nelle nascite e sono diminuiti i rischi per la salute delle donne sia perché vengano loro risparmiate stimolazioni ovariche e prelievi di ovociti ripetuti per ogni ciclo di intervento, sia perché è possibile trasferire in utero solo gli embrioni che hanno maggiori possibilità di sviluppo, dosandone il numero a seconda delle condizioni e dell'età della paziente. La legge 40 ha cancellato tutto questo, con la conseguenza che per mantenere la possibilità di gravidanze, la donna dovrà triplicare il numero dei cicli, con conseguente peggioramento delle sue condizioni e delle stesse probabilità di una gravidanza.

Tale tipo di complicazione è statisticamente in diminuzione, ma le iperstimolazioni moderate si presentano almeno nel 3 – 4% dei casi e le severe nello 0,8% - 1%; peraltro il miglioramento dell'assistenza medica fa sì che la prognosi sia quasi sempre favorevole.

Un'altra delle grandi novità che le tecniche hanno introdotto in medicina è collegata con la possibilità di eseguire nell'embrione, prima dell'impianto, indagini genetiche volte ad identificare alcune malattie.

La diagnosi pre – impianti consiste nell'effettuare su una cellula dell'embrione mentre si trova nello stadio di 6 – 8 cellule un test genetico per verificare la presenza di malattie ereditarie in caso di coppie a rischio; è una tecnica che anticipa la diagnosi prenatale (tramite amniocentesi e villocentesi); attualmente sono 90 le malattie individuabili tramite diagnosi pre – impianto.

La legge 40 prevede che i genitori siano informati su loro richiesta dello stato di salute degli embrioni: è vietata però la selezione degli embrioni, sia perché il numero massimo di embrioni generabile è tre, sia perché sussiste l'obbligo di trasferirli tutti anche se malati.

È da tenere presente che la legge 40 impedisce anche la ricerca sugli embrioni; ciò quando le cellule staminali che si trovano nell'embrione sono altamente indifferenziate, non ancora specializzate, dotate di un'alta plasticità e capaci di dare origine a qualsiasi stipite cellulare che vada a costituire le diversi parti del corpo umano (sono cioè totipotenti).

Queste cellule possono essere isolate e cresciute in vitro, guidate nella differenziazione in modo da renderle capaci di dare luogo a "specifici tipi cellulari": neuroni, cellule del sangue o anche altri tessuti.

Ad oggi, sappiamo che solo le cellule staminali embrionali riescono a dare origine alle cellule beta del pancreas che producono insulina.

Il terzo livello di trattamento comprende la micromanipolazione di gameti ed embrioni o ICSI

Per quanto riguarda il momento della fecondazione dell'ovulo, esistono oggi numerose possibilità di intervento. In particolare la microiniezione con l'introduzione di un singolo spermatozoo all'interno dell'ovoplasma. Con questa tecnica il biologo sceglie l'ovulo e lo spermatozoo introduce lo spermatozoo prescelto nell'ovocita dando inizio ad un ciclo vitale che potrà continuare nell'utero della donna, rimanere sospeso nella crioconservazione, o concludersi come oggetto di sperimentazione.

Questa tecnica è oggi la tecnica di fecondazione assistita più utilizzata nel mondo per risolvere con successo quei casi di sterilità maschile caratterizzati da una fortissima riduzione del numero della morfologia della motilità degli spermatozoi, questa tecnica consente di ottenere gravidanze utilizzando spermatozoi aspirati con tecnica microchirurgica dalla testa epididimo, o recuperati direttamente da materiale biotico testicolare e consente di risolvere la sterilità di pazienti affetti da azospermia ostruttiva o azospermia secretoria. Il numero dei bambini nati da embrioni ottenuti con l'impiego della ICSI non è ancora sufficiente per poter affermare che questa sia una tecnica del tutto innocua, rimane da dimostrare l'assenza di rischi derivante dall'introduzione di spermatozoi con anomalie nell'ovocita, certamente con questa tecnica il ricorso al seme del donatore rimanendo utilizzato solo in quei casi di impossibilità o fallimento della applicazione della ICSI.

Precedentemente, abbiamo visto come la sterilità possa essere considerata come una malattia da curare o un sintomo da interpretare.

Ma anche le terapie possono essere viste sotto l'aspetto medico o psicologico; la medicina di fronte alla richiesta delle coppie di sottoporsi a questi trattamenti non si fa domande se non quelle tecniche relative alla loro fattibilità, secondo gli schemi di quella che viene definita moralisticamente "medicina del desiderio"; non a caso le procedure mediche che vi ho

descritto prima fanno riferimento a cellule, a funzioni, ad organismi: servono a fare bambini ma non si parla di corpi, di vissuti, di affetti.

La psicologia si chiede, invece o anche, cosa spinge una coppia o una donna sola a queste terapie, cosa implica in realtà il desiderio di avere un figlio, sente l'esigenza di ascoltare in modo più profondo quanto le persone stanno vivendo.

Come mai la paura dell'infertilità "che produce di fatto infertilità" è oggi tanto diffusa?

Forse è un sintomo di qualcos'altro, un sintomo contagioso che come sempre – si pensi alle prime pazienti di Freud – si va ad iscrivere in luoghi simbolici del corpo che rimandano alla sessualità: il pretesto per segnalare un disagio che meriterebbe un approccio diverso da quello medico – tecnologico.

Non è casuale che queste problematiche siano particolarmente presenti nella nostra società occidentale: perché in occidente dal dopoguerra in poi, per la prima volta nella storia dell'umanità, è diventato possibile con l'aumento e la sicurezza dei mezzi anticoncezionali, scindere la sessualità dalla procreazione; ecco, quindi che la nascita del figlio si è spostato dalla logica della possibilità a quello della volontà; un ulteriore salto si è avuto con il perfezionamento delle tecniche di fecondazione assistita che hanno permesso di procreare praticamente senza limiti, fino alla dissociazione tra riproduzione e sesso e tra fertilità e fecondità e all'effettivo sconvolgimento dei processi simbolici che presiedevano alla nascita e alla famiglia.

Il centrare la riproduzione sulla volontà comporta necessariamente una maggiore importanza delle motivazioni che inducono ad avere un figlio, alle motivazioni del desiderio.

Possiamo distinguere i desideri a seconda che originino dalla madre, dal padre o dalla coppia.

Alcuni possono essere comuni: si vuole un figlio per supportare la perdita di una persona cara, si ha in mente un bambino ideale che in realtà non esiste; la madre può volere non un figlio ma una gravidanza per provare a sé stesse di potersi riprodurre o per recuperare attraverso la gravidanza il rapporto con la propria madre, il padre può volerla per autostima, riconoscimento della propria sessualità e anche desideri di immortalità; oppure molto più semplicemente si può volere il figlio per una disposizione di amore verso il proprio partner: non raramente la donna scopre di amare il partner quando scopre di volerli dare un figlio.

Le tecniche di fecondazione assistita mettono però in gioco un altro concetto, quello della onnipotenza: se le possibilità sono illimitate, perché non dovrebbero esserlo i desideri? Perché la singola persona o la singola coppia non dovrebbero realizzare a qualunque costo il proprio desiderio di avere un figlio, qualunque sia l'origine del desiderio stesso ("la sterilità assoluta comporta una umiliazione del narcisismo individuale e della pretesa onnipotente di esistere per sempre" scrive X)? La mancanza di limite tecnico comporta l'imposizione di un limite esterno, legislativo? Oppure che il solo limite possibile sia quello che la coppia e la donna che subisce le varie tecniche sono disposti a darsi?

La normativa prevede la figura di uno psicologo: e in effetti, qual è lo spazio del terapeuta?

- 1) La prima risposta che possiamo darci è che il desiderio della coppia o della donna singola va comunque ascoltato e riconosciuto prima ancora di essere esaudito; sembra ovvio ma non è così semplice, la mancanza di un limite coinvolge anche il medico che pratica la fecondazione assistita, è il terapeuta che può invece dare ascolto al desiderio indipendentemente dalla sua realizzazione ed individuarne i fili reali che lo compongono, all'interno della persona e della coppia, e magari identificare la natura di sintomo della sterilità, di metafora, ad esempio, della impreparazione ad essere genitore o di rifiuto di soddisfare le aspettative altrui o le esigenze sociali. Non chiarire questi messaggi, ignorare il sintomo, non chiedersi ciò che sottende alla richiesta di fecondazione assistita può portare ad una decisione insoddisfacente: una

fecondazione assistita effettuata senza tenere conto della funzione del sintomo farà sì che il sintomo andrà a trasmettersi da una generazione all'altra nella medesima forma o in altre: i bambini non ereditano solo i cromosomi dei genitori ma anche i loro sintomi.

- 2) La seconda risposta in realtà è un'osservazione: perché stiamo assistendo ad un processo che viene in realtà sottaciuto dagli organi di informazione, delegato a pochi specialisti, ma che in realtà è epocale; io stessa poco fa ne ho accennato solo en passant: fecondazione e fertilità sessualità e riproduzione non sono più collegate per la prima volta della storia dell'umanità. E possiamo fare finta di niente ma siamo davanti a qualcosa di assolutamente nuovo che nessuno di noi sa veramente come affrontare.

Quello che è certo è che stanno saltando o si stanno allentando tutti i nostri schemi in ordine di famiglia, sessualità, maternità e nascita; certo, il numero di figli della provetta e cresciuti in famiglie non tradizionali (ricordiamo che i limiti italiani non valgono in altri paesi) non costituiranno la maggioranza: ma sarà la semplice possibilità di una sessualità e di una familiarità alternative e più ancora l'esistenza di tecnologie in cui si è soggetti ed oggetti allo stesso tempo a permeare il nostro immaginario e quindi a cambiarlo e probabilmente ad indurre angoscia proprio per la radicalità dei mutamenti anche solo possibili.

Certo è che queste biotecnologie alterino i rapporti simbolici sottesi alla procreazione e alla nascita.

Intanto se sappiamo dalla psicologia che c'è un rapporto strettissimo tra costruzione dell'identità e conoscenza delle proprie origini che succede al "figlio della scienza", al bambino che nasce da una procreazione diserotizzata?

È un po' problematico riconoscere che i propri genitori hanno avuto o hanno ancora una sessualità.

La scena primaria cioè il rapporto sessuale da cui siamo nati è infatti una figura dell'inconscio che difficilmente trova ricezione nella sfera cosciente.

Con la fecondazione assistita cambiano molti tasselli: il dissolversi dell'esclusivo rapporto biologico con i genitori, essere frutto di un'altra fonte di vita, incentiva il bambino a fantasticare più del consueto sulla propria nascita.

Come Freud ci ha insegnato la pulsione di sapere (epistemofilica) emerge fin dalla prima infanzia su un primo fondamentale enigma: da dove vengono i bambini? È a partire da questo interrogativo e dalle risposte che avrà che il bambino forma le sue proprie teorie sessuali.

Da ricerche effettuate nel 2002 è emerso soprattutto nel caso donazione di gameti, che nessuna famiglia ha comunicato ai figli (all'età di sei anni) la loro origine genetica.

Secondo le stesse ricerche, all'età di 11 anni solo l'8,6% conosce la propria origine genetica: ciò sembra rispondere all'inconscio bisogno di rimozione da parte dei genitori per cui la coppia preferisce tacere e gestire la paura del "fantasma del donatore" al proprio interno, senza coinvolgere il bambino.

Il termine "genitorialità" rimanda ad una serie di temi complessi: la rappresentazione di sé in relazione con le immagini interne di padre e di madre, la costruzione della rappresentazione del proprio figlio, l'immagine di sé stessi nel ruolo di genitori e nella relazione con il bambino. Diventare genitori vuol dire entrare in un percorso evolutivo che procede e si trasforma per tutto il resto della vita.