

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Εισαγωγή

Η πρόοδος που συντελέστηκε τα τελευταία χρόνια στον τομέα της αναπαραγωγικής ιατρικής επέτρεψε σε πολλά υπογόνιμα άτομα να αποκτήσουν τα παιδιά που επιθυμούσαν, αλλά παράλληλα δημιούργησε πολύπλοκα ψυχολογικά, νομικά, ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.

Υπογόνιμο θεωρείται ένα ζευγάρι το οποίο δε συλλαμβάνει παιδί μετά από ένα χρόνο σεξουαλικής σχέσης χωρίς αντισύλληψη (Keye, 2000). Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 12%-15% των ζευγαριών είναι υπογόνιμα. Περίπου το 35% των περιπτώσεων αυτών οφείλεται σε γυναικείο παράγοντα, το 30%-35% σε ανδρικό παράγοντα, το 20% σε ένα συνδυασμό ανδρικού και γυναικείου παράγοντα, ενώ σε ένα ποσοστό 10% η υπογονιμότητα θεωρείται ανεξήγητη, καθώς δεν εντοπίζεται συγκεκριμένο οργανικό αίτιο (Chliaoutakis et al., 2002). Σε ορισμένες από αυτές τις περιπτώσεις το αίτιο είναι ψυχογενές.

Ο όρος «υποβοηθούμενη αναπαραγωγή» είναι πολύ ευρύς και καλύπτει το φάσμα από μία απλή χορήγηση ορμόνης για διέγερση των ωοθηκών μέχρι τη χειρουργική επέμβαση σε αποφραγμένες σάλπιγγες, σπερματεγχύσεις, την εξωσωματική γονιμοποίηση με γαμέτες του ζευγαριού ή με δότες και τη φέρουσα μητέρα. Στον τόπο μας λειτουργούν περίπου 46 κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και πολλά υπογόνιμα άτομα απευθύνονται σε αυτά προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν (ESHRE, 2002).

Η γέννηση της Louise Brown το 1978 στο Ηνωμένο Βασίλειο σηματοδότησε την απαρχή της εξωσωματικής γονιμοποίησης και εμβryo-μεταφοράς (In Vitro Fertilization and Embryo Transfer, ή IVF-ET) (Stephens & Edwards, 1978). Με τη μέθοδο αυτή η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο συντελείται σε δοκιμαστικό σωλήνα και το δημιουργούμενο έμβryo μεταφέρεται στη μήτρα της γυναίκας. Στην Ελλάδα το πρώτο μωρό μετά από εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης γεννήθηκε το 1986, και έκτοτε η εξωσωματική γονιμοποίηση χρησιμοποιείται ευρύτατα.

Τα ζητήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή της μεθόδου είναι ο διαχωρισμός της σεξουαλικής σχέσης από την αναπαραγωγή, τα αυξημένα ποσοστά εξωμήτριων κυήσεων, πολύδυμων κυήσεων και προωρότητας, καθώς και τα σχετικά χαμηλά ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου (περίπου 28,4%) (ESHRE, 2004). Ένα μεγάλο ποσοστό ζευγαριών που εμπλέκονται στις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής δεν καταφέρνει να αποκτήσει ένα παιδί. Από αυτά κάποια, σχετικά ανώδυνα, επιλέγουν είτε να ζήσουν χωρίς παιδιά είτε να υιοθετήσουν. Κάποια άλλα, όμως, εμπλέκονται σε ατέρμονες προσπάθειες, αδυνατώντας να εγκαταλείψουν το κυνήγι της πραγματοποίησης της επιθυμίας (μήπως ανάγκης;) αυτής. Παρατηρείται δηλαδή σε ορισμένες περιπτώσεις μια εμμονή στην απόκτηση παιδιού και μια απόφαση να αποκτηθεί το παιδί αυτό με οποιοδήποτε κόστος. Σαν η απόκτηση παιδιού να είναι υποχρεωτική. Παράλληλα, οι πολλές διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές εγκλωβίζουν πολλούς σε μια αέναη προσπάθεια επίτευξης της πολυπόθητης εγκυμοσύνης, καθώς μετά από κάθε αποτυχημένη προσπάθεια η ιατρική τεχνολογία προτείνει μια εναλλακτική «θεραπεία». Όσον αφορά το διαχωρισμό σεξουαλικής σχέσης και αναπαραγωγής, αυτός δε συζητείται επαρκώς και δε γνωρίζουμε τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει την επιθυμία, τη φαντασία, τα συναισθήματα και τις αναπαραστάσεις τόσο των ίδιων των γονέων όσο και των παιδιών τους.

Η μικρογονιμοποίηση (ενδοκυτταροπλασματική έγχυση, Intra-Cytoplasmic Sperm Injection, ή

ICSI) είναι μια παραλλαγή της εξωσωματικής γονιμοποίησης και αποδείχθηκε επαναστατική στην αντιμετώπιση της σοβαρής ασθenoσπερμίας. Με τη μέθοδο αυτή, αφού ακινητοποιηθεί ένα μόνο από τα σπερματοζωάρια, αναρροφάται με ένα ειδικό εργαλείο και στη συνέχεια διαπερνάται η μεμβράνη του ωαρίου και γίνεται έγχυση του σπερματοζωαρίου μέσα στο κυτταρόπλασμα. Μετά τη γονιμοποίηση ακολουθεί η κλασική διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και εμβρυομεταφοράς. Η μικρογονιμοποίηση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά με επιτυχία το 1992 (Palermo et al., 1992). Ένα σοβαρό ζήτημα που ανακύπτει από την εφαρμογή της μεθόδου είναι η πιθανή μεταβίβαση χρωμοσωμικών διαταραχών οι οποίες μπορεί να ήταν η αιτία της υπογονιμότητας του πατέρα. Συνεπώς τίθεται το ηθικό δίλημμα αν νομιμοποιείται κανείς να αντιμετωπίσει την υπογονιμότητα των γεννητόρων δημιουργώντας υπογόνιμους απογόνους.

Πολλά από τα ζευγάρια που δεν καταφέρνουν να αποκτήσουν παιδιά με δικούς τους γαμέτες χρησιμοποιούν δότες σπέρματος, δότριες ωαρίων ή φέρουσες μητέρες. Όταν εμπλέκεται «τρίτος» στην αναπαραγωγή, τα ζητήματα είναι σύνθετα τόσο για τα ζευγάρια όσο και για τους δότες.

Αλλά και στις περιπτώσεις που η εγκυμοσύνη επιτυγχάνεται μετά από την εφαρμογή τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θεωρείται εξαιρετικά πολύτιμη, επειδή επετεύχθη μετά από μεγάλη προσπάθεια, και πολύ επισφαλής, μιας και οι πιθανότητες αποβολής ή πρόωρου τοκετού είναι αυξημένες. Οι γυναίκες δυσκολεύονται να αποβάλουν την υπογόνιμη ταυτότητά τους (Glazer, 1990) και έχουν αγωνία για την έκβαση της εγκυμοσύνης, καθώς τα ποσοστά αποβολών, πρόωρων τοκετών και πολύδυμων κήσεων είναι αυξημένα (Bernstein et al., 1994). Οι πολύδυμες κήσεις είναι αποτέλεσμα μεταφοράς στη μήτρα της γυναίκας πολλών εμβρύων προκειμένου να αυξηθούν τα ποσοστά επιτυχίας μιας εγκυμοσύνης. Σε όλο και περισσότερες χώρες ο αριθμός των εμβρύων που επιτρέπεται να μεταφερθούν περιορίζεται νομοθετικά, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος δημιουργίας μιας πολύδυμης κήσης. Όταν προκύπτει μια τέτοια κήση, ένας τρόπος να αντιμετωπισθεί είναι η εφαρμογή της μεθόδου της εμβρυϊκής μείωσης. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης με μια ένεση στην καρδιακή κοιλότητα των προεπιλεγμένων εμβρύων, η οποία σταματά την ανάπτυξή τους προκειμένου να αυξηθεί η βιωσιμότητα των υπόλοιπων εμβρύων. Η εμβρυϊκή μείωση είναι μια τεχνική απλή αλλά ιδιαίτερα οδυνηρή ψυχολογικά (McKinnney et al., 1995).

Δότες ή δότριες στην αναπαραγωγή εμπλέκονται και σε περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας, όπως είναι οι ομοφυλόφιλες γυναίκες και οι γυναίκες που είναι μόνες. Επίσης, ομοφυλόφιλοι άνδρες μπορούν να αποκτήσουν παιδιά με τη συμμετοχή δότριας ωαρίων και φέρουσας μητέρας. Επομένως οι τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διαφοροποίησαν το φαινόμενο της γονεϊκότητας. Σήμερα η «ιδανική» οικογένεια με ένα ετερόφυλο ζευγάρι σε μια σταθερή σχέση γάμου με παιδιά που έχουν αποκτηθεί με σεξουαλική σχέση είναι όλο και πιο σπάνια. Ένα παιδί μπορεί να έχει μέχρι και πέντε γονείς: ένα δότη, μια δότρια, μια φέρουσα μητέρα και δύο γονείς που το ανατρέφουν. Επίσης, με τη χρήση της κατάψυξης εμβρύων αδέρφια μπορούν να γονιμοποιηθούν την ίδια μεν στιγμή αλλά να γεννηθούν σε διαφορετικούς χρόνους. Είναι δυνατόν να γεννηθούν παιδιά ακόμη και όταν οι βιολογικοί τους γονείς δε βρίσκονται πλέον στη ζωή. Ακόμα, ένα παιδί μπορεί να έχει για γονείς δύο ομοφυλόφιλες γυναίκες ή μία μητέρα μόνη. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά που αποκτώνται σε αυτές τις μη παραδοσιακές οικογένειες δεν εμφανίζουν προβλήματα (Golombok, 2000).

Στο αφιέρωμα αυτό παρουσιάζονται άρθρα επαγγελματιών ψυχικής υγείας ειδικευμένων σε θέματα αναπαραγωγής. Η Geneviève Delais de Parseval είναι Γαλλίδα ψυχαναλύτρια, ειδική σε θέματα γενεαλογίας και αναπαραγωγής. Στο άρθρο της εξετάζει την ψυχογενή στειρότητα ως προσαρμοστικό σύμπτωμα σε μια οικογένεια. Όταν η υπογονιμότητα δεν μπορεί να αποδοθεί σε συγκεκριμένο οργανικό αίτιο, θεωρείται ως ανεξήγητη στειρότητα. Σε κάποιες από τις περιπτώσεις αυτές ένα βαθύτερο ψυχικό αίτιο εμποδίζει τη γονιμοποίηση, και τότε η υπογονιμότητα ονομάζεται ψυχογενής

(Benedek, 1952· Fischer, 1953). Μια γυναίκα, ένα ζευγάρι, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, μπορεί συνειδητά να προσπαθεί να αποκτήσει παιδί και να κάνει πολλές θυσίες για αυτό αλλά να συμπεριφέρεται σαν να μην επιθυμεί στην πραγματικότητα ένα παιδί, όπως, για παράδειγμα, στις περιπτώσεις καθηγήτρια, διευθύντρια των Ψυχολογικών Υπηρεσιών Αναπαραγωγικής Υγείας της Ιατρικής Σχολής στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα. Στο άρθρο της αναφέρονται διεξοδικά όλα τα ζητήματα που ανακύπτουν από την εφαρμογή υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με συμμετοχή τρίτου, δότη, δότριας ή φέρουσας μητέρας. Η Dorothy Greenfeld είναι κλινική κοινωνική λειτουργός και αναπληρώτρια καθηγήτρια στον Τομέα Μαιευτικής και Γυναικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Γέιλ και η Susan Klock είναι ψυχολόγος και αναπληρώτρια καθηγήτρια στον Τομέα Αναπαραγωγικής Βιολογίας και Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Σικάγο. Στο άρθρο τους αναφέρονται στην ανάπτυξη των παιδιών μετά την εφαρμογή τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το αφιέρωμα αυτό κλείνει με ένα δικό μου άρθρο, στο οποίο επιχειρείται μια σύγκριση μεταξύ των ψυχολογικών ζητημάτων που ανακύπτουν με την απόκτηση παιδιού μετά από υιοθεσία και μετά από συμμετοχή δότη.

Ζαΐρα Παπαληγούρα

Βιβλιογραφία

- Benedek, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertil. & Steril.*, 3, 527-541.
- Bernstein, J., Lewis, J., Seibel, M. (1994). Effect of previous infertility on maternal-infant attachment, coping styles and self-concept during pregnancy. *J. Women's Health*, 3, 125-133.
- Chliaoutakis, J., Koukoulis, S., & Papadakaki, M. (2002). Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Human Reproduction*, 17(11), 2995-3002.
- ESHRE (2002). The European IVF-monitoring programme, for the European Society of Human Reproduction and Embryology. K. G. Nygren and A. Nyboe Andersen, Assisted reproductive technology in Europe, 1999. Results generated from European registers by ESHRE. *Hum. Reprod.*, 17, 3260-3274.
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (2004). Assisted Reproductive Technology in Europe 2000. Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 19(3), 490-503.
- Fischer, I. (1953). Psychogenic aspects of infertility. *Fertil. & Steril.*, 4, 466-471.
- Glazer, E. (1990). *The Long Awaited Stork*. N.Y.: Lexington Books.
- Golombok, S. (2000). *Parenting*. London: Routledge.
- Keye, W. (2000). Ιατρικές πιυχές της υπογονιμότητας για το σύμβουλο. Στο L. Burns & S. Covington (Eds.), Υπογονιμότητα (Συμβουλευτική) Τόμος Α (Μ. Σόλμαν, Μετάφ., Ζ. Παπαληγούρα, Επιστ. Επιμ.). Αθήνα: Παπαζήσης.
- McKinney, M., Downey, J., Timor-Tritsh, I. (1995). The psychological effects of multifetal reduction. *Fertil. & Steril.*, 64, 51-61
- Palermo, G., Devroey, J., Van Steirteghem, A. (1992). Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet*, 340, 17-18.
- Stephoe, P. C., Edwards, R. G. (1978). Birth after reimplantation of a human embryo. *Lancet*, 2, 366.