

LA SINDROME DI "MEDEA" IN EPOCA PERINATALE. I CONFLITTI MATERNO-FETALI

Gian Carlo Di Renzo; Giuseppina Porcaro; Stefania Fiengo; Sara Baldelli;
Graziano Clerici

Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi di Perugia, Italia

Indirizzo per corrispondenza: Prof. Gian Carlo Di Renzo

Direttore Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia e del Centro di Medicina Perinatale

Ospedale "Santa Maria della Misericordia"

Sant'Andrea delle Fratte

San Sisto 32, 06132 Perugia (PG) Italia

tel: +39 075 5783829 - 075 5783231; fax: +39 075 5783829; e-mail: direnzo@unipg.it

ABSTRACT

The expression of Medea syndrome has its origin from the homonymous tragedy of Euripides. In it, the protagonist, with the intent to punish her husband Jason's betrayal of the marriage contract, kill their children as asserting its dominant figure. This paper aims to support the existence of the translation of the syndrome of Medea by the child to the fetus and explores the genetic, psycho-biological or pathological fields.

Key words: *maternal fetal conflicts; Medea syndrome*

RIASSUNTO

L'espressione sindrome di Medea prende origine dalla omonima tragedia di Euripide. In essa, la protagonista, con l'intento di punire il marito Giasone per il tradimento del patto coniugale, uccide i figli come affermazione della propria figura femminile, dominante. Il presente lavoro intende sostenere l'esistenza della traslazione della sindrome di Medea dal bambino al feto e ne esplora i vari ambiti sia genetici sia psico-biologici, patologici ed etici.

Parole chiave: *conflitti materno-fetali; Sindrome di Medea*

Introduzione

"Se una sola uccisione potesse saziare questa mano, non ne avrei perpetrata nessuna. Anche uccidendone due, è un numero troppo piccolo per il mio odio. Se qualche creatura si nasconde ancora nel mio grembo, mi frugherò le viscere con la spada e la estrarrò col ferro."

(Medea vv 1009-1013)

L'espressione "sindrome di Medea" prende origine dall'omonima tragedia di Euripide (25) che, per tradizione consolidata, si data al 431 A.C. Essa si collega al mito degli Argonauti. Giasone, uno di essi, arriva nella Colchide alla ricerca del Vello d'oro. Medea, figlia di Eeto, re della Colchide, si innamora perdutamente di lui e per aiutarlo arriva ad uccidere

il fratello Apsirto, spargendo i poveri resti dietro di sé dopo essersi imbarcata sulla nave Argo insieme a Giasone, divenuto suo sposo.

Il padre costretto a raccogliere le membra del figlio, non raggiunge la spedizione e gli Argonauti tornano a Corinto con il Vello d'oro. Dopo dieci anni Creonte, re della città, vuole dare in sposa la figlia Creusa a Giasone, dandogli la possibilità di successione al trono. Giasone accetta ed abbandona la moglie Medea. Preso atto della indifferenza di Giasone di fronte alla sua disperazione, Medea medita una tremenda vendetta. Fingendo rassegnazione, manda in dono alla sposa Creusa un mantello avvelenato che la uccide dopo averlo indossato. Il padre Creonte per soccorrere la figlia tocca il mantello morendo anch'egli. Medea si accinge ora a compiere l'atto più

tremendo: entra nel palazzo vincendo ancora una volta il sentimento materno. Si sentono le grida dei bambini che chiamano aiuto, Medea li trafigge con una spada. Tutto è compiuto quando Giasone arriva per salvare i suoi figli. Furente egli si precipita sulla porta della casa e vorrebbe entrare a forza, ma lo ferma una apparizione prodigiosa: Medea appare sul fastigio della casa, su un carro alato, mandatole, essa dice, dal Sole, suo avo. Ha con sé i corpi dei piccoli figli. Giasone impreca contro di lei "non donna, ma leonessa", mostro come la "Tirrena Scilla". Medea ribatte, durissima, che lui solo è causa della sciagura e nega alle sue suppliche la grazia di vedere e toccare ancora i corpi dei figli. Con un'ultima invocazione di Giasone alla vendetta di Zeus ha termine il dramma. Giasone non sopportando il dolore per la perdita si suicida.

Discussione

Il nostro codice penale non riconosce il reato di filicidio, ma in base all'articolo 578 c.p. contempla il reato d'infanticidio dopo il parto e di omicidio nelle altre situazioni. Secondo l'ISTAT il 17% degli omicidi volontari è rappresentato dai filicidi. E' verosimile che i dati statistici siano sottostimati perché molti incidenti o disgrazie familiari sono da catalogarsi come omicidi per omissione.

Nella nostra società occidentale, cattolica, culla dei diritti dell'uomo, l'uccisione di un figlio per mano della madre genera orrore: la madre genera la vita, deve amare incondizionatamente, non può dare la morte. Al di fuori del nostro contesto, l'uccisione di un figlio è un evento usuale e spesso è parte della stabilità sociale. E' noto come in alcune tribù africane il bambino sia considerato un essere umano solo dopo riti d'iniziazione e la sua uccisione non ha la valenza di quella di un uomo.

Inoltre l'uccisione di bambini è praticata da tribù avverse per favorire l'estinzione dei nemici, o nell'ottica di riduzione delle nascite come in Cina. Anche nell'antica Roma era il padre che decideva di tenere il bambino o di farlo uccidere secondo lo "ius vitae ac necis" ovvero diritto di vita o morte.

Nella nostra società molti genitori riescono con difficoltà a vivere le tappe evolutive di crescita e si diventa genitori spesso prima di aver compiuto il percorso di consolidamento della propria identità sessuale. Sono frequenti i casi di genitori inconsapevoli, che identificano nel figlio un impedimento invece che un agente biologico e sociale della propria crescita (27). In particolare sono le madri a poter incontrare le maggiori difficoltà lungo un percorso

di autoconsapevolezza come genitore, con la conseguente impossibilità di sviluppare un tradizionale rapporto madre-figlio, particolarmente nella fase in cui l'immagine del bambino è completamente distinta da quella della madre. E' in questa fase che il bambino può assumere le sembianze di un "mostro" agli occhi della madre, che lo identifica con i suoi fantasmi. In particolare il bambino può essere percepito come "persecutore", in quanto generato dalla figura del tiranno, ovvero il marito.

Secondo Winnicott, una madre "sufficientemente buona" è quella in grado di creare un'ambiente favorevole e accudente dove si potranno svolgere le varie fasi dello sviluppo del bambino. Una madre "sufficientemente buona" è quella che è in grado di lasciar andare il bambino permettendone l'emancipazione e l'autonomia da sé riducendo la propria figura. Nella "sindrome di Medea", tutto converge verso la figura della madre; essa sola è la figura dominante, impegnata nella dinamica identitaria di affermare le proprie invincibilità ed onnipotenza.

È in questa prospettiva che la madre risolve di uccidere il figlio come risarcimento dei torti reali o presunti subiti dal marito, di cui, con la morte del figlio, spegne la discendenza, in una logica sanzionatoria. La tragedia di Medea è uno scenario esemplare che dipinge con tinte forti i caratteri del conflitto materno-fetale (51).

Sono le stesse parole che Euripide mette in bocca a Medea, sia pure a livello solo simbolico, («Se qualche creatura si nasconde ancora nel mio grembo, mi frugherò le viscere con la spada e la estrarrò col ferro») a legittimare l'ipotesi che questo stesso meccanismo decisionale della madre possa essere traslato dal bambino al feto. In questa chiave di lettura il meccanismo della sindrome di Medea può immaginarsi già operante in utero, tanto da spingere la madre ad abortire volontariamente o indirettamente; per futili motivi o per rivalsa verso il marito (41).

Nei futili motivi può essere ascritta la possibilità che la gravidanza generi l'impossibilità della donna nell'accettare il sacrificio del proprio tempo, del proprio corpo, della carriera, dei propri affetti e relazioni, mentre la rivalsa maritale può essere generata da un tradimento o da una separazione.

Anche il suicidio volontario può essere ascritto alla possibilità di rivalersi o di punire il marito. In questo atto psicopatologico si evince il desiderio di possesso totale dei figli, estromettendone il padre. Così i figli diventano un bene materiale, mere merci di scambio delle quali la Medea di turno può decidere come vuole nella sua onnipotenza. Queste madri vendicative presentano disturbi della personalità con aspetti aggressivi-

vi, comportamenti impulsivi, tendenze suicide. Inoltre le relazioni affettive sono ostili, caotiche, conflittuali. Spesso è l'allontanamento relazionale o reale del partner che risulta dilaniante per l'identità della madre borderline che tende a frammentarsi riportando a quelle violazioni, soprusi, trascuratezze vissute nella propria infanzia. Importante, nello sviluppo della sindrome, l'andamento relazionale della coppia.

Nei primi giorni dopo il parto oltre il 70% delle puerpere manifestano un disturbo denominato "baby blues" o sindrome del terzo giorno, un disturbo transitorio che insorge 2-3 giorni dopo il parto ed è costituito da alterazioni dell'umore, ansia, tristezza, irritabilità, facilità nel pianto e agitazione immotivata nei confronti del neonato, del partner, dei familiari in genere, inclusi altri figli. Un disturbo transitorio e di lieve entità, autolimitante, che, generalmente, si risolve entro 2-3 settimane.

Più gravi e duraturi sono i sintomi della "depressione post-partum" che possono perdurare anche per un intero anno: eccessiva preoccupazione, ansia, irritabilità, sentirsi sotto pressione, esaurimento, disperazione, insonnia o sonno eccessivo, inappetenza, confusione, difficoltà a prendere decisioni, pianto inconsulto, disinteresse per il bambino, paura di fare male al bambino o a sé stessa, improvvisi cambiamenti d'umore.

La depressione post-partum, di per sé, è il segno non di una malattia, ma della condizione che rappresenta ogni maternità: il sacrificio per l'altro. Sacrificare il proprio tempo, il proprio spazio, il proprio sonno, il proprio corpo, la propria carriera e i propri affetti e relazioni. In tale ottica, l'amore per un figlio non è mai disgiunto dall'odio per il figlio. Alcuni sintomi specifici riguardano la relazione madre-bambino e spesso acuiscono nella madre sentimenti di colpa, vergogna e inadeguatezza al ruolo di madre. Il fenomeno è riscontrato in circa il 10% delle donne che hanno appena partorito, con incremento del 30% se sono state colpite dalla stessa depressione in occasione del parto precedente. La percentuale sale sensibilmente in presenza di donne che hanno già manifestato in passato disturbi psichici di varia natura. La durata dei sintomi varia da qualche settimana ad un anno con rischi di ricomparsa successiva. Il disturbo può essere progressivamente più grave fino a configurare il quadro della "psicosi post-partum". Compagno paranoia, allucinazioni, tendenze suicide o omicide nei confronti del bambino. Soltanto nel 10-20% dei casi, secondo gli specialisti dell'American Psychiatric Association, si tratta di vera e propria depressione post-partum e solo una o due donne su mille sfocia in psicosi,

condizione in grado di portare all'infanticidio.

Circa vent'anni fa Soule e Noel parlavano di vulnerabilità parentale, ovvero affacciavano la possibilità che i futuri genitori potessero essere turbati dall'arrivo del figlio. L'indicazione è recepita nel documento "Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post partum" stilato dal Comitato Nazionale di Bioetica, che raccomanda l'istituzione di una équipe per seguire ogni gravidanza.

Altro fenomeno registrato di frequente è l'amnesia che si verifica immediatamente dopo l'omicidio, e che porta le madri a cancellare completamente dalla memoria, spesso per anni, l'infanticidio.

La rimozione del ricordo che è sentito come non appartenente, permette una vita affettiva normale nel presente e consente di non entrare in conflitto con se stessa.

Una persona può accettare a livello cosciente solo quello che per lei è accettabile. L'amore smisurato, acritico, può portare ad uccidere un figlio per proteggerlo o privarlo di nuove e future sofferenze.

Ma la scelta di uccidere entra a livello inconscio, in conflitto col ruolo di madre che dà la vita.

Per non sentirsi in colpa deve celare anche a sé stessa quanto è stato deciso e compiuto.

Il delitto può anche essere superato e sublimato con una successiva gravidanza. Accedere alla memoria eventi passati e rimossi e riallacciare la comunicazione tra conscio ed inconscio, è possibile tramite l'ipnosi eriksoniana regressiva.

L'ipnosi eriksoniana rappresenta una metodologia rapida per fare riaffiorare dall'inconscio episodi, fatti, accadimenti o pensieri che possono aver creato nel passato dei turbamenti, che nell'insieme, possono rappresentare la causa di problemi psicologici attuali (23-24).

In caso contrario i meccanismi inconsci di protezione potrebbero scatenare conflitti interiori pericolosi per l'integrità della persona.

Nell'ottica psicopatologica, si chiama proprio "Complesso di Medea" il quadro sindromico nel quale il genitore di sesso femminile, posto in situazione di forte stress emotivo e/o conflittuale con il partner, "utilizza il proprio figlio per scaricare la sua aggressività e frustrazione, arrivando anche all'azione omicidiaria del piccolo, strumento di potere e di rivalsa sul coniuge.

Un ruolo importante nello sviluppo della sindrome, abbiamo detto, lo gioca l'andamento relazionale della coppia. Un uomo che si unisce ad una donna con personalità borderline è spesso un soggetto che ama i gesti eclatanti della compagna e nella fase della passione la conferma nei propri comportamenti (20).

Successivamente, ovvero in un rapporto consolidato, le intemperanze caratteriali divengono evidenti e le figure dei due partner si dividono. Il rapporto diventa spesso altalenante. E' in questo momento che Medea percepisce il vuoto e l'abbandono, reale o ipotizzato.

Nel momento dell'uccisione del figlio, la madre raggiunge l'apice del delirio di onnipotenza (tipico delle crisi psicotiche) e si autoproclama giudice di vita e di morte."

I criteri diagnostici di tale genere di sindrome sono talmente vari da essere spesso assenti. Fondamentalmente si evidenziano tre fattori individuati da Sani-slow (47):

1. disturbi delle relazioni: instabilità relazionale, identità disturbata, sentimento cronico di vuoto
2. disregolazione comportamentale: impulsività, comportamenti suicidari, atti autolesionistici;
3. disregolazione affettiva: instabilità affettiva, rabbia, paura dell'abbandono.

L'eccesso di impulsi aggressivi indurrebbe a proiettare sull'altro la propria distruttività. Dall'identificazione proiettiva deriverebbe una rappresentazione terrificata dell'altro. Per proteggere la relazione il soggetto ricorrerebbe come difesa alla scissione. La rappresentazione dell'oggetto verrebbe scissa in rappresentazioni totalmente buone, idealizzate e totalmente cattive con una complementare suddivisione delle rappresentazioni di sé. Tale scissione è applicata sia all'immagine relazionale del compagno che al figlio, che rappresenterebbe un'estensione della "cattiveria" maritale.

Il paziente borderline è acutamente insofferente alle frustrazioni e il suo deficit di regolamentazione emotiva può portarlo ad agire la sua rabbia (47).

Molte volte le Medee non agiscono direttamente ma causando incidenti che portano a morte il figlio e contribuiscono a rendere accettabile a se stesse la propria immagine.

Quasi sempre è presente l'amnesia che è uno dei principali meccanismi difensivi della psiche per proteggersi da traumi devastanti ed inaccettabili.

I conflitti materno-fetali rivestono un aspetto particolare e alquanto dibattuto nella pratica clinica (27). Il termine "conflitto materno-fetale" si riferisce ad ogni situazione nella quale il benessere della madre o le sue volontà contrastano con il benessere fetale o viceversa o quando gli obblighi morali del medico verso la madre entrano in conflitto con quelli verso il feto (13). L'esistenza di suddetto conflitto sembra paradossale; è opinione comune infatti un atteggiamento materno protettivo e conservativo nei confronti del feto.

Esistono, tuttavia, casi dove essi divergono.

La definizione del concetto di "conflitto materno-fetale" presuppone, pertanto, l'attribuzione di una soggettività ben definita al prodotto del concepimento, e quindi, dal punto di vista medico, la necessità di considerare il feto come un paziente (8). Ogniquale si instauri un potenziale conflitto tra gli interessi materni e quelli fetali, le istituzioni dovrebbero decidere come comportarsi in merito a tali interessi, ovvero quale dei due far prevalere, o se venir meno, cosicché l'interesse del "più forte" prevalga. E, in quest'ultimo caso, la donna costituisce indubbiamente il soggetto più forte, poiché ha pieno poter decisionale e poiché il prodotto del concepimento è interamente dipendente da lei. E' in questo squilibrato rapporto di forza che potrebbero manifestarsi gli effetti della Sindrome di Medea.

L'inizio della gravidanza è, dunque, un conflitto psicobiologico che segna profondi cambiamenti nella psiche della madre. Esiste, invece, una psiche nella vita intrauterina? Il feto ha coscienza della guerra che deve compiere per la lotta alla sua sopravvivenza?

L'ipotesi dell'esistenza di una vita psichica intrauterina fu formulata nel 1972 da Nicola Peluffo.

Nel suo volume "Micropsicoanalisi dei processi di trasformazione" Peluffo (44-45) studia le complesse reazioni immunitarie che si svolgono a livello dell'unità materno-fetale, cercando di spiegare l'unica eccezione presente in natura alle regole dell'istocompatibilità.

Da questa eccezione deriverebbe il modo in cui la madre accetta ed armonizza al suo interno il materiale genetico di provenienza paterna.

In sintesi una particolare dinamica psichica prenderebbe il posto della risposta somatica di rigetto e quindi il conflitto si sposterebbe dal piano fisico al piano dell'elaborazione psichica, liberando il campo somatico.

Successivamente Silvio Fanti nel suo libro "la micropsicoanalisi" identifica tale conflitto come una vera "guerra uterina". La gravidanza diventa cioè il teatro di un conflitto psico-biologico che lascerà sequele per l'intera vita dell'individuo.

Dopo i micropsicoanalisti anche la biologia ha dato sostegno. David Haig, (20) biologo evoluzionista di Harvard ha confermato che madre e feto ingaggiano una lotta inconscia per il nutrimento e la reciproca sopravvivenza. Infatti si è evidenziato come solo per la specie umana la placenta possieda un pattern di crescita invasivo che le consente di indovarsi, sin dal primo momento, nel tessuto uterino e, a scapito dell'endometrio materno apre dei sistemi di comunicazione vascolare tra madre e feto. Il feto, attraverso

questi sistemi di comunicazione, immette nell'organismo materno una serie di sostanze strategiche ai fini della sua sopravvivenza. Tali sostanze sono rappresentate principalmente dalla gonadotropina corionica e dall'ormone lattogeno placentare (48-49). Quest'ultimo in grado di influenzare direttamente i recettori materni per la prolattina e aumentando la resistenza all'azione ipoglicemizzante dell'insulina (5).

Karumanchi e coll (6) hanno avanzato l'ipotesi che la pre-eclampsia possa essere indotta dalla proteina sFlt1 prodotta dal feto stesso e ritrovata con valori particolarmente elevati in madri che vanno poi incontro a crisi pre-eclampistiche. Haig in particolare afferma che il conflitto materno-fetale inizia durante il periodo d'impianto.

L'origine del conflitto tra madre e feto presenta in realtà delle basi genetiche (22-24).

Il conflitto genetico è essenzialmente di tre tipi:

- 1) conflitto madre-feto, ovvero, tra i geni espressi dalla madre ed i geni espressi a livello della placenta quelli espressi dal feto
- 2) conflitto tra i geni di derivazione materna e quella di derivazione paterna nel genoma fetale, (imprinting genetico)
- 3) conflitto tra geni materni, presenti nel prodotto del concepimento ed il resto del genoma materno (drive gestazionale)

I geni fetali si selezionano per aumentare il transfer di sostanze nutritive al feto, mentre quelli materni servono a limitare il transfert in eccesso (10). Quindi il processo di escalation evolutivista prevede che l'aggressione fetale sia limitata da contromisure dell'organismo materno. Invece il fenomeno dell'imprinting genomico significa che un conflitto simile esiste nelle cellule del feto tra i geni espressi di derivazione materna e quelli paterni.

In presenza di un conflitto materno-fetale ciò che ne può derivare è:

- 1) la gestante può assumere la priorità: una posizione coerente con le altre pratiche di assistenza sanitaria.
- 2) il feto ha la priorità, ovvero si cerca di mettere in atto quei tentativi volti a non provocargli un danno.
- 3) tentativo di trattamento per entrambi i soggetti pur dovendo scavalcare l'autonomia decisionale della madre.

Le modalità di risoluzione del conflitto materno-fetale rappresentano un palcoscenico complesso, sede di accesi dibattiti, e tutto questo è la conseguenza della crescente capacità di assistenza perinatale che ha spostato il limite di sopravvivenza di un feto neonato ad una soglia sempre più precoce

di gestazione.

Se negli anni 70-80 si riteneva che per assicurare la sopravvivenza ad un neonato bisognasse giungere almeno alla 28a settimana di gestazione ed il nascituro dovesse aver raggiunto almeno un peso minimo dimille grammi, oggi grazie alla possibilità di profilassi cortisonica per l'induzione della maturazione polmonare, alla somministrazione di surfactante al momento della nascita pre-termine e alle nuove e sofisticate tecniche di rianimazione neonatale, la soglia di sopravvivenza si è abbassata di fatto alla 22-24a settimana gestazionale.

In realtà il conflitto materno-fetale è sempre esistito, ma concepito e risolto solo in funzione del benessere materno senza considerare il confine materno-fetale, e quindi il feto come individuo (7).

L'ostetrico ha di fatto la responsabilità della tutela della salute di due individui, che seppur uniti da un cordone portatore di vita, rimangono pur sempre due entità distinte. Sulla base di tale principio, anche se per il medico la madre rimane pur sempre la prima priorità, la gestione e la condotta clinica delle gravidanze ad alto rischio hanno subito importanti modifiche rispetto al passato(46).

Anche il principio dell'autonomia decisionale della donna non sembra poter più sovrastare i diritti specifici del feto. I casi clinici più frequenti che acuiscono il conflitto materno-fetale sono rappresentati dalle forme gravi di pre-eclampsia, dai casi di diagnosi di patologia neoplastica materna, il cui stato necessita di un trattamento chemioterapico, ma ci sono anche motivi più futili come il rifiuto da parte della gestante al consenso del taglio cesareo per motivi estetici, qualora la condizione clinica della gravidanza lo richieda. Un altro esempio di casi clinici in cui gli interessi materno-fetali divergono è rappresentato dalla somministrazione di terapia insulinica in caso di insorgenza del diabete gestazionale, di terapia anti-tiroidea, o qualora si verifici la morte cerebrale materna.

In alcuni casi l'ostetrico può porre un'indicazione terapeutica, in modo abbastanza incisivo, qualora la considerasse la più idonea, avvalendosi, in estrema ratio, di un intervento giuridico.

Lo stile di vita materno spesso può introdurre un elemento di conflitto tra lei ed il feto. L'abuso di sostanze a scopo voluttuario come psicofarmaci, droghe, alcool, nicotina hanno ripercussioni notevoli sul normale sviluppo fetale (1-11). Il fumo di tabacco determina vasocostrizione ed ipossia con ridotto accrescimento fetale. La sindrome feto-alcolica è caratterizzata da ridotto accrescimento fetale, microencefalia, ritardo psicomotorio.

L'uso di marijuana è caratterizzato da aumentata incidenza di prematurità. Anche l'uso di oppiacei e narcotici aumenta le incidenze di distacco di placenta, ipertensione indotta dalla gravidanza, insufficienza placentare, ridotto accrescimento intrauterino, parto pretermine, rottura prematura delle membrane, aumento d'incidenza di natimortalità e di stress fetale, riduzione del numero di cellule cerebrali e dello spessore della corteccia cerebrale fetale (14).

E' inoltre da rilevare che durante i ripetuti episodi di "astinenza materno-fetale" si determina un aumento della contrattilità uterina cui consegue riduzione del flusso ematico placentare ed ipossia.

Come è di tutta evidenza gli scenari del conflitto sono molteplici e pongono il medico in una posizione assai complessa. Il comitato etico dell' ACOG (2-3-4) nel 2005 in una sua determinazione articolata si è, di fatto, opposto all'approccio coercitivo e punitivo dell'ostetrico consigliando un atteggiamento incoraggiante e positivo teso al rispetto della donna e della sua autonomia decisionale.

La legge, infatti, non obbliga il medico a richiedere un intervento giuridico nei confronti di una gestante capace d'intendere e volere per tutelare la salute del feto (12). Tuttavia qualora il medico richieda un intervento legale, deve assumersi ogni responsabilità etica inerente la scelta (21).

L'obiettivo attuale è quello di creare un modello atto a valorizzare le esigenze comuni piuttosto che i bisogni esclusivi. Tuttavia il limite d'incertezza è ampio e rende assai difficile sia la costruzione di un processo decisionale che la scelta finale (52).

E' importante anche sottolineare la necessità di stabilire ciò che è moralmente etico e ciò che non lo è, compito assai difficile, oneroso e che certo non può spettare al medico. Ad esempio, una gestante affetta da una neoplasia maligna potrebbe decidere di non condurre a termine la gravidanza perché teme di mettere a rischio la sua vita. In questo caso nessuno potrebbe biasimarla per la sua decisione, anche se ha messo fine ad una vita (31-33-39).

Invece, si è meno indulgenti nei confronti di una gestante apparentemente in buona salute che cessa la relazione con il suo compagno/marito e a causa dell'infedeltà coniugale, per una sorta di ritorsione o punizione del compagno, decide di non continuare la gravidanza.

In entrambi i casi, ma per motivi totalmente diversi, si è deciso d'interrompere la gravidanza.

Quindi a questo punto chi o che cosa stabilisce cosa sia giusto in un caso o nell'altro?

A questo proposito è bene sottolineare l'importanza

di considerare il feto come un paziente così come affermato da Chervenak e McCullough (15-16-17) nella loro trattazione riguardante i principi etici in ginecologia ed ostetricia. Considerare il feto come paziente tenendo presenti soprattutto due condizioni fondamentali:

1) l'incontro tra medico e futuro nascituro

2) la scelta di manovre cliniche che possano procurare benefici anziché danni.

In sintesi il conflitto etico può essere superato nella pratica clinica con il consenso informato e con un'accurata informazione su come prevenirli. Inoltre c'è da sottolineare che il feto è totalmente dipendente dalla madre per l'apporto di ossigeno e nutrimenti e non può sopportare, per lunghi periodi, arresti della circolazione materna. In definitiva alla morte della madre consegue, inevitabilmente, il decesso del feto in un tempo brevemente variabile. Tuttavia oggi le tecniche di assistenza neonatale, sempre più all'avanguardia, consentono anche nei casi di morte cerebrale materna di portare a termine, o presso il termine, la gravidanza.

E' opinione comune di non effettuare alcun trattamento prima della 24° settimana, di eseguire l'immediato taglio cesareo dopo la 30° settimana, mentre il mantenimento delle funzioni biologiche materne sarebbe indicato solo tra 24a e la 30a settimana.

Ovviamente cessando l'autorità giuridica materna con la sua morte ci s'interroga su chi possa esprimere il consenso informato in tale condizione. I parenti di 1° grado hanno l'autorità di disporre del corpo della defunta. Tuttavia nel III trimestre di gravidanza sembra lecito far prevalere i diritti del feto a prescindere da qualsiasi acquisizione di consenso.

Anche la madre surrogata (9) crea importanti controversie, sia in ambito sociale che etico, non esistendo attualmente alcuna legislazione in merito alla surrogazione gestazionale. Comunque la madre legale a tutti gli effetti resta la donna che "presta" il proprio utero e quindi qualsiasi forma di contratto tra la coppia infertile e la madre surrogata non è valido legalmente e i genitori, o il genitore genetico, acquisiscono legalmente il ruolo di genitore solo dopo l'adozione del neonato (50).

Un'altra condizione che evoca notevoli problematiche di tipo etico risiede nella possibilità di impiegare, per trapianti, organi di feti anencefali (28). L'anencefalia è un'anomalia congenita caratterizzata dall'assenza della corteccia cerebrale, il tessuto midollare è amorfo e la scatola cranica si presenta incompleta (35-36-37). Tale condizione è incompatibile con la vita poiché il 65% di questi feti muore in utero mentre la sopravvivenza post-partum è in

media di circa 3 giorni. Nella maggior parte dei casi il telencefalo, il diencefalo, il mesencefalo, il cervelletto e l'ipotalamo sono assenti; sono preservati il romboencefalo, la parte caudale del cervello medio ed il ponte.

Sono presenti le orbite, i globi oculari con i cristallini e le cornee, mentre sono atrofiche le fibre nervose retiniche, il nervo ottico ed il nervo olfattorio. Sono anche presenti difetti della parete addominale (42-44).

La diagnosi prenatale pone i genitori di fronte al grave problema se proseguire la gravidanza e consentire l'uso degli organi. Dal punto di vista giuridico la problematica deriva dal fatto che nei feti anencefali non ricorrono tutti i criteri medico legali della morte cerebrale, poiché sono sempre presenti delle funzioni cerebrali residuali (19-53).

Anche l'adesione ad una religione che vieta la pratica terapeutica configura un conflitto d'interesse materno-fetale. Ad esempio il divieto della pratica trasfusionale per i testimoni di Geova.

Lo shock meta-emorragico da atonia uterina post-partum è l'emergenza ostetrica più temibile, che necessita del ripristino immediato della massa sanguigna per ridurre al minimo il rischio di insorgenza di complicanze materne. Nel caso di testimoni di Geova si è convenuto di eseguire, in caso di eventuali complicanze, o la legatura bilaterale delle arterie uterine, o una isterectomia post-partum.

La patologia depressiva che può interessare il periodo gestazionale, rappresenta una problematica presente, spesso, anche nel puerperio (30). In questo periodo si riscontra, infatti, un alto tasso d'incidenza per patologia depressiva: questa condizione psicologica è scarsamente riconosciuta e diagnosticata negli ambienti sanitari, e spesso poco compresa dalla famiglia.

E' importante distinguerla dal "post-partum blues", condizione caratterizzata dai medesimi sintomi della depressione post partum, che colpisce fino al 70-80% delle donne nei 10 giorni successivi al parto, che però rispetto a quest'ultima è transitoria e autolimitante.

Ma nelle società primitive com'era la relazione tra madre e figli? Da un'analisi elementare appaiono esservi due tipi di relazione della madre verso il lattante: da un lato "l'effetto biologico" dall'altro una serie di fattori definiti come "effetto culturale". Dalla parte del neonato esiste una totale dipendenza dalla madre in tutti i mammiferi. In ogni società di mammiferi la madre ha cura dei suoi cuccioli. Vitto e protezione dai pericoli sono le preoccupazioni principali. Esiste un "impulso biologico"

della madre a garantire la sopravvivenza della sua creatura. E' deducibile che il senso materno è un fattore biologico non solo della specie umana, ma anche di tutti i mammiferi.

La durata di questo "effetto biologico" varia da specie a specie. Presso i primati della specie *Homo sapiens* si aggiungono, agli aspetti biologici, anche elementi culturali che si sono evoluti nel corso dei millenni, subendo variazioni tra le varie etnie che chiamiamo "effetto culturale".

Un compito particolare della madre, nella nostra società, è quello di impartire al figlio le prime nozioni linguistiche che sono il principale strumento di comunicazione.

In definitiva, alla "sindrome di Medea" può quindi iscriversi sia l'impossibilità della donna a gestire ed accettare il *management* della gravidanza, tanto sul piano fisico quanto su quello psicologico, sia la gestione del neonato nelle sue implicazioni personali e relazionali in rapporto al marito. In entrambi i casi la madre si autodetermina giudice di vita o di morte e, al culmine della propria presunta onnipotenza, uccide il feto o il figlio come palese strumento di potere o di rivalsa. Muove queste nuove Medee una dinamica omicidiaria che esse immaginano come tragica e ultimativa vendetta operata sul piano sociale, messa in atto dunque come difesa da un mondo aggressivo che ha rimosso la tradizionale funzione materna, ovvero sul piano personale, come sanzione comminata ai danni di compagni riconosciuti assenti o variamente colpevoli.

La componente di primo piano di Medea è la tematica del rapporto uomo-donna. Quando, infatti, Medea parla del matrimonio dice testualmente: «Fra tutti quanti sono animati ed hanno un intelletto, noi donne siamo la specie più sventurata; per prima cosa dobbiamo, con grande dispendio di beni, comprarci uno sposo e prenderci un padrone del nostro corpo; questo è un male ancora più doloroso dell'altro».

In Medea, infine, il comportamento di Giasone, oltre alla condanna di ordine etico (Medea lo qualifica come il peggiore degli uomini) viene ristretto a un contesto più propriamente giuridico: Giasone è, infatti, riconosciuto come un operatore di ingiustizia, e, pertanto, Medea, qui simbolo atemporale della donna offesa dall'uomo, gode della protezione derivante dal riconoscimento del diritto *sui ipsius* a scapito del marito (33).

Medea è, ora, al centro della scena; siede su di un carro alato, inviatole da Zeus; su di esso Medea scompare in volo, portando con sé i corpi dei due figli assassinati.

Emblematico, infine, della "sindrome di Medea" è il dialogo finale tra Giasone e Medea:

Giasone: «O miei figli diletti»

Medea: «Alla madre, a te no»

Giasone: «Per questo li hai uccisi?»

Medea: «Per nuocere a te»

Il dramma, come d'uso, termina con una chiusa anapestica che sottolinea l'uscita di scena del coro.

Coro: «Di molti eventi è dispensatore Zeus nell'Olimpo, molte cose inaspettatamente conducono ad effetto gli Dei; e ciò che si attende non si realizza, ma degli eventi imprevisi il Dio trova la via».

Questo, dunque, l'epilogo della sventurata e scellerata storia di Medea.

Un epilogo giocato in crescendo, entro una asciutta dialettica dello scontro, che sale di tono incapace di trovare pacificazione in una rassicurante prospettiva catartica. Le colpe dei protagonisti in gioco sono tali da non consentire all'Autore un irenico e costruttivo *dénouement tragique*. Con ben misurata rassegnazione (e qui più lucidamente che altrove), solo in una dimensione transumana e ultramondana si immagina la composizione del tragico mosaico decomposto da Giasone e Medea: solo a Zeus, dispensatore di giustizia, e agli Dei è rimesso l'onere della ricerca della via per un giudizio circa eventi tanto imprevisi.

Bibliografia

1. Abel E.L., Hannigan J.H. *Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences. Neurotoxicol. Teratol.* 1995; 17: 445-462.
2. ACOG Committee Opinion 321. *Maternal decision making, ethics and the law. Obstet. Gynecol.*, 2005; 106: 1127-37
3. ACOG Committee Opinion No. 363: *patient testing: ethical issues in selection and counseling. Obstet Gynecol.* 2007;109:1021-3.
4. Allen AE. *In Re AC an affirmation on ACOG committee opinion number 55: Womens Health Issues.* 1990; 1:37-40.
5. Aluvihare V.R., Kallikourdis M., Betz A.G. *Regulatory T cells mediate maternal tolerance to the fetus. Nat. Immunol.* 2004; 5:266-71.
6. Bdolah Yuval; Palomaki Glenn E; Yaron Yuval e coll. *Circulating angiogenic proteins in trisomy 13. AJOG* 2006; 194:239-45
7. Borget, D., Grace J., Whitehurst L. 2007. *A review of maternal and paternal filicide.*
8. Brown S.D., Troug R.D., Johnson J.A., Ecker J.L.: *Do differences in the American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists positions on the ethics of maternal fetal interventions reflect subtly divergent professional sensitivities to pregnant women and fetuses? Pediatrics* 2006; 117:1382-1387
9. Brinsden P.R.: *Gestational surragate. Human Reprod Update* 2003; 9: 483-491
10. Bulmer J.N., Smith J., Morrison L. e coll. *Maternal and fetal cellular relationships in the human placental basal plate. Placenta.* 1988; 9:237-246.
11. Campbell D.E.,Fleischman A.R.: *Ethical challenges in medical care for the pregnant substance abuser. Clin Obstet Gynecol* 1992; 35:803-812
12. *Canadian Charter of Rights and Freedoms, Part I of the Constitution Act 1982,being Schedule B of the Canada Act 1982 (UK), 1982, c 11, s 7.*
13. Carloni G., Nobili D., *La mamma cattiva. Fenomenologia e antropologia del figlicidio. Guaraldi, Firenze* 1975.
14. Chasnoff I.J.: *Drug use and women: establishing a standard of care. Ann N Y Acad Sci* 1989; 562:208-210
15. Chervenak F.A., McCullough L.B. *Clinical guides to preventing ethical conflicts between pregnant women and their physicians. Am J Obstet Gynecol.* 1990; 162:303-307
16. Chervenak FA, McCullough LB, Chez R. *Responding to the ethical challenges posed by the business tools of managed care in the practice of obstetrics and gynecology. Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:524-7
17. Chervenak F.A., McCullough L.B. *Ethics of fetal surgery. Clin Perinatol.* 2009; 2:237-46.
18. David Haig, *Genetic conflicts in human pregnancy, the quarterly review of biology, volume 68, no. 4, december 1993.*
19. Dillon W.P., Lee R.V., Tronolone M.J.e coll: *Life support and maternal death during pregnancy. JAMA* 1982;248:1089-91
20. Di Renzo G.C. *Ginecologia e Ostetricia. Volume 1 e 2. Verduci Editore, Roma, 2006.*
21. Dickens B.M., Cook R.J. *Ethical and legal approaches to 'the fetal patient'. Int J Gynaecol Obstet.* 2003; 83:85-91.
22. Eiben B., Borgmann S., Schübbe I. e coll. 1987. *A cytogenetic study directly from chorionic villi of 140 spontaneous abortions. Hum. Genet.* 1987; 77:137-141.

23. Erickson, M.H.(1965) *Le nuove vie dell'ipnosi*. Astrolabio Roma 1978
24. Erickson *La mia voce ti accompagnerà*. Astrolabio Roma 1983
25. Euripide. *Medea*. A cura di Laura Suardi. Principato: Milano, 2007
26. Evans M.I., Fletcher J.C., Zador I.E. e coll.: *Selettive first-trimester termination in octuplet and quadruplet pregnancies: Clinical and Ethical Issues*, *Obstet Gyneco* 1988;71:289-96.
27. Ezra Y, Schenker J.G.: *Maternal-fetal conflicts in pregnancy and labor*. *Prenat Neonat Med* 1996; vol 1-nr. 2.
28. Field D.R., Gates E.A., Creasy R.K. e coll: *Maternal brain death during pregnancy. Medical and ethical issues*. *JAMA* 1988; 260:816-22
29. Fischetti C. F., Noia G., De Santis M. e coll. 1990. *Osservazioni sulla relazione psico-fisica madre-figlio durante il periodo gestazionale*.
30. *Convegno nazionale sulla depressione post-partum*. Vercelli, 21 Aprile 1990.
31. Flagler E., Baylis F, Rodgers S. *Ethical dilemmas in the care of pregnant women: rethinking "maternal-fetal conflicts"*. *Canadian Medical Association*. 1997;156: 1729-1732.
32. Gadi VK, Nelson JL. *Fetal microchimerism in women with breast cancer*. *Cancer Res* 2007;67:9035-8.
33. Guarnieri P. "Le attenuanti di Medea"- *Il Manifesto*. 15.06.2002
34. Hamilton WD, Zuk M. *Heritable true fitness and bright birds: a role for parasites?* *Science* 1982;218:384-7.
35. Kristal MB, Eleftheriou BE. *Placentophagia in non-pregnant nulliparous mice: a genetic investigation*. *Behav Biol*. 1975;13:113-9.
36. Loewy E.H.: *The pregnant brain death and the fetus: Must we always try to wrest life from death?* *Ani J Obstet Gynecol* 1987;157:1097-1101.
37. Lazzarotto T, Varani S., Guerra B. e coll. 2000. *Prenatal indicators of congenital cytomegalovirus infection*. *J Pediatr*. 2000;137: 90-5.
38. McCullough LB, Chervenak FA. *Ethic in Obstetrics and Gynecology*. New York: Oxford University Press, 1994
39. Moore H.C.F., Foster R.S. *Breast cancer and pregnancy*. *Semin.Oncol*. 2000; 27:646-653
40. Morene J.D., Minkoff H. 1980. *Human immunodeficiency virus infection during pregnancy*. *ClinObstet Gynecol* 1992; 35:813.
41. Nivoli G. C. *Medea tra noi. Le madri che uccidono il proprio figlio*. Carocci, Roma, 2002.
42. Noia G., Caruso A., Mancuso S. e coll. 1998. *Le tecniche multiple invasive di diagnosi e terapie fetali e al storia naturale delle malformazioni. Le terapie fetali invasive*. Società Editrice Universo. 4:154-173.
43. Noia G., Romano D., De Santis M. *Multimodal approach in invasive fetal therapy*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78:160-4.
44. Peluffo N. *Micropsicoanalisi dei processi di trasformazione*, Torino, Book's Store, 1976.
45. Peluffo N.: "Psicoanalisi e scienza" in *Scienza e Psicoanalisi*, 2000
46. Richards R.J.: *Maternal -fetal conflict*. In *Ethics in Obstetrics and Gynecology*. Edited by S.Bewley and R.Ward. RCOG Press 1994.
47. Sanislow, C. A. & McGlashan, T. H. 1998. *Treatment outcome of personality disorders*. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1998; 43:237-250.
48. Sharon E. e coll. *Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in preeclampsia*. *Maynard American Society for Clinical Investigation*. 2003; 111:649-658.
49. Schenker J.G.: *The FIGO Committe for the study of Ethical Aspects of Human Reproduction: activities and guidelines*. *Prenat Neonat Med* 1997; 2:268-272.
50. Schenker J.G., Eisenberg V.H.: *Surrogate pregnancies: ethical, social and legal aspects*. *Prenatal Neonat Med* 1996;1:29-37.
51. Stanzani D.- Stendardo V. "La sindrome di Medea": *infanticidio e figlicidio*.- 2001
52. Tran L.: *Legal rights and the maternal fetal conflict*. *BioTeach Journal* 2004; 2:76-80
53. Vives A., Cannona E, Zabala E. e coli.: *Maternal brain death during pregnancy*. *Int Gynecol Obstet* 1996; 52:67-69.