



J Hum Reprod Sci . 2020 aprile-giugno; 13 (2): 89–99.

PMCID: PMC7394089

Publicato online il 9 luglio 2020.

PMID: [32792755](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32792755/)

Doi: 10.4103 / jhrs.JHRS_33_20: 10.4103 / jhrs.JHRS_33_20

"The Miracle Mothers and Marvelous Babies": Aspetti psicosociali della maternità surrogata - Una recensione narrativa

[Ansha Patel](#) , [Pratap Kumar](#) , ¹ e [PSVN Sharma](#) ²

Dipartimento di Psichiatria, Kasturba Medical College, MAHE, Manipal, Karnataka, India

¹ Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Manipal University (MAHE), Manipal, Karnataka, India

² Dipartimento di Psichiatria, Kasturba Medical College, Manipal University (MAHE), Manipal, Karnataka, India

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. Ansha Patel, stanza n. 33, dipartimento di psichiatria, terzo piano, edificio OPD, Kasturba Medical College, MAHE, Manipal, Karnataka, India. E-mail: ansha_patel@yahoo.co.in

Ricevuto il 28 febbraio 2020; Rivisto l'8 aprile 2020; Accettato il 21 aprile 2020.

Copyright : © 2020 Journal of Human Reproductive Sciences

Questa è una rivista ad accesso aperto e gli articoli sono distribuiti secondo i termini della licenza Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0, che consente ad altri di remixare, modificare e sviluppare il lavoro in modo non commerciale, purché venga dato il merito appropriato e le nuove creazioni sono concesse in licenza con gli stessi termini.

Astratto

I surrogati sono descritti nella letteratura come veri angeli "che fanno accadere i sogni". D'altra parte, anche la maternità surrogata è stata circondata da diverse controversie psicosociali. In questa recensione, abbiamo tentato di incapsulare questo argomento dalle molteplici prospettive delle persone coinvolte nel ciclo della maternità surrogata. Presentiamo ai lettori i vari punti di vista e dilemmi dei medici, delle parti dei pazienti che contraggono la maternità surrogata, del bambino nato dalla maternità surrogata e del ruolo intricato dei professionisti della salute mentale negli accordi di maternità surrogata. La recensione getta anche luce sulle questioni psicosociali in connessione con l'evoluzione delle pratiche di maternità surrogata nel mondo indiano e occidentale.

KEYWORDS : *Distress* , *infertilità* , *la salute mentale* , *psico-sociale* , *revisione* , *la maternità surrogata*

INTRODUZIONE

L'infertilità è cresciuta nei paesi in via di sviluppo. [1] Così è il peso ad essa associato. [1] Negli ultimi decenni, anche trattamenti come la maternità surrogata che una volta erano considerati opzioni estreme dalle coppie senza figli sono diventati equi. accettabile. La maternità surrogata ha guadagnato un'enorme popolarità in diverse parti del mondo, incluso il subcontinente indiano. Questa revisione mira a presentare i vari dilemmi delle persone coinvolte nel ciclo della maternità surrogata: i medici, le parti dei pazienti che contraggono la maternità surrogata, il bambino nato dalla maternità surrogata e i professionisti della salute mentale (MHP). [Figura 1](#) descrive questi partecipanti come parte integrante del ciclo di maternità surrogata.

BASE DEFINIZIONI

La maternità surrogata è stata definita come un contratto in cui una donna porta una gravidanza per un'altra coppia. [2] Queste coppie sono generalmente coppie infertili e sono spesso indicate anche come i genitori previsti / futuri genitori / contraenti / genitori incaricati. [2 , 3] La donna che riceve gli embrioni creati dai gameti di uno o entrambi gli aspiranti genitori o altri viene definita ospite surrogata. [2 , 3] Il surrogato

della fecondazione *in vitro* (IVF) è chiamato portatore gestazionale (GC). [2 , 3] La maternità surrogata è di solito di due tipi, vale a dire "maternità surrogata commerciale e maternità surrogata altruistica". Gli accordi di maternità surrogata commerciale sono descritti come quelli in cui la madre surrogata viene pagata in aggiunta alle spese mediche necessarie. [2 , 3] Negli accordi di maternità surrogata altruistica, la madre surrogata viene pagata solo le spese necessarie relative alla gravidanza ea volte nulla. [2 , 3]

THE INFERTILITY EXPERTS IN THE SURROGACY CYCLE

L'esperto di infertilità decide sulla maternità surrogata come piano di gestione per le coppie sulla base di diverse indicazioni e controindicazioni. [2 , 3] Il loro ruolo è vitale nel ciclo della maternità surrogata poiché lui / lei è il primo elemento costitutivo del ciclo [Figura 1]. L'esperto di infertilità è coinvolto nelle seguenti fasi.

Preparativi per la maternità surrogata

Selezione del paziente I genitori designati vengono visti per la prima volta in una consultazione approfondita: [2 , 3] In questo, sono sottoposti a una storia medica completa (età, background, stabilità socioculturale e familiare, storia familiare di infertilità, storia di malattie genetiche e analisi cromosomica) e esame fisico, screening per la presenza di malattie ereditarie, malattie a trasmissione sessuale (MST), epatite B, C, HIV. Viene eseguita l'analisi dello sperma per il marito e la valutazione completa del funzionamento ovarico (ecografia transvaginale (TVS), profilo ormonale e ormone antimulleriano (AMH)) viene eseguita per la femmina.

L'esperto decide sull'idoneità della coppia alla maternità surrogata. La maternità surrogata può essere eseguita utilizzando gameti di genitori designati o fornitori di gameti. Queste decisioni sono deliberate dagli esperti di infertilità sulla base della valutazione completa della coppia. [2 , 3]

Alla coppia viene offerta un'opzione di maternità surrogata (se possibile) in base a determinate indicazioni. [2 , 3]

Se la coppia è disposta, viene consigliata dal trattamento di riproduzione assistita (ART) durante il processo di maternità surrogata: [2 , 3] In diversi paesi, un MHP può essere coinvolto in questa fase nello screening o nell'aiutare la coppia designata per la loro prontezza psicologica per il processo.

Una volta che la coppia è pronta, la clinica ART (su indicazione dell'esperto di infertilità) passa a contattare le agenzie specializzate in accordi di surrogati anonimi. In molti paesi, i GC possono anche essere noti ai genitori designati (sorelle, cugine e amici che fanno volontariato). Queste ultime decisioni si basano su normative legali che possono variare da un paese all'altro.

Screening della madre surrogata come portatrice gestazionale: in questa fase, l'esperto di infertilità esamina la madre surrogata sulla base dei seguenti criteri [2 , 3]

- La madre surrogata deve avere almeno 21 anni e <35 anni
- La madre surrogata ha un matrimonio stabile (in situazioni in cui il matrimonio è un requisito obbligatorio) e un ambiente familiare che sosterrrebbe il trattamento
- Il coniuge della madre surrogata comprende le implicazioni e le loro responsabilità. Entrambi esprimono la volontà e il consenso verso la maternità surrogata
- La madre surrogata deve soddisfare tutti i criteri verificabili per superare una gravidanza a termine con successo
- Dovrebbe avere una storia di facilità di concepimento con almeno 1 gravidanza che ha provocato il parto di un bambino
- Dovrebbe avere una storia di regolarità dei cicli mestruali, normalità della cavità uterina e facilità di concepimento nelle gravidanze precedenti
- Non dovrebbe avere problemi concomitanti o gravi disturbi medici
- Non dovrebbe avere alcuna abitudine personale di fumo, alcol, sostanze o droghe

- Il portatore deve essere sottoposto a screening per malattie infettive, malattie sessualmente trasmissibili, ecc., che possono mettere in pericolo la salute del bambino e non dovrebbe aver ricevuto sangue o prodotti sanguigni negli ultimi 6 mesi
- In diversi paesi, a un MHP viene chiesto di condurre una valutazione psicologica per valutare la sua idoneità alla maternità surrogata. La letteratura riporta che la valutazione psicologica della madre surrogata è importante soprattutto per tollerare il ciclo e in situazioni specifiche per i giudici: la sua capacità di abbandonare il bambino. [2 , 3]

Firma del contratto e ciclo di fecondazione *in vitro*

Una volta accertata la volontà di tutte le parti e completata la loro valutazione medica e psicosociale della madre surrogata, viene stabilito un contratto tra di loro. Il trattamento della coppia è pianificato, a condizione che tutte le parti coinvolte ricevano consulenza approfondita sulle modalità, i suoi rischi, le conseguenze e forniscano il consenso per esso. [2 , 3] La maternità surrogata può essere eseguita in un ciclo controllato e un ciclo naturale e questa selezione si basa sull'idoneità della coppia prevista. [2 , 3] La sostituzione nel ciclo controllato di FIVET-ET è il metodo più comune utilizzato per la maternità surrogata. Ha buone percentuali di successo ed è stato segnalato per la prima volta nel 1985. [2 , 3]

Gestione del ciclo

Un tipico ciclo di fecondazione *in vitro* utilizzato per la maternità surrogata prevede il trattamento della madre designata (nel caso in cui vengano utilizzati i suoi ovociti) e il trattamento della madre ospitante (GC). [2] La madre ospitante può essere preparata a sottoporsi al trasferimento dell'embrione in entrambi i cicli naturali o ciclo controllato da ormoni sottoregolati. [2 , 3]

Problemi critici che devono essere affrontati dagli esperti medici prima di pianificare una maternità surrogata per portatrice gestazionale [2 , 3]

- La coppia designata deve rivedere tutte le opzioni di trattamento alternativo prima di sottoporsi a tale trattamento
- Il GC deve essere adeguatamente identificato, sottoposto a screening (medico e psicologico), consigliato e preparato a sottoporsi al trattamento
- Tutte le parti dovrebbero comprendere i dettagli del processo medico e i suoi rischi (percentuali di successo, aspettative, gravidanze multiple, riduzioni multifetali, rischio di aborto spontaneo e perdita o lutto ad esso associato, proprietà e disposizione degli embrioni rimanenti, complicazioni ostetriche, possibilità di handicap nel bambino, ecc.)
- Tutti dovrebbero comprendere la necessità del prelievo dei villi coriali (CVS); amniocentesi se si presenta la situazione
- Tutte le parti dovrebbero comprendere i rischi psicologici immediati ea lungo termine della maternità surrogata per la coppia prevista, GC, la sua famiglia e i bambini nati da tali trattamenti
- Tutte le parti hanno considerato la possibilità che familiari e amici siano contrari al trattamento
- Tutte le parti hanno stabilito parametri di condotta accettabile su varie questioni (alimentazione, fumo, alcol, viaggi, esercizio fisico, assistenza, assistenza alle visite prenatali, parto, gestione del parto, soppressione della lattazione in GC, nonché allattamento indotto da farmaci nel previsto madre dopo il parto del bambino)
- Devono essere discussi anche i ruoli, le responsabilità e le modalità accettabili di comunicazione / contatto che tutte le parti dovrebbero avere. Le persone coinvolte nel ciclo della maternità surrogata dovrebbero concordare reciprocamente l'entità del coinvolgimento con cui sarebbero più conformi. Il tipo e le modalità di contatto reciproco durante e dopo il processo di maternità surrogata, le aspettative, l'evitamento del conflitto o la coercizione o il crollo emotivo sono questioni di cui si dovrebbe parlare in via prioritaria
- Tutte le parti dovrebbero concordare l'assicurazione sanitaria e di invalidità per la madre surrogata

- Tutte le parti dovrebbero comprendere le questioni legali
- Tutti concordano sui reclami finanziari, questioni e contratti
- Un'opzione di interventi psicologici deve essere disponibile per tutte le parti durante il processo
- È necessario che il CG sia trattato con integrità, dignità, rispetto e compassione
- I genitori intenzionati hanno riflettuto su "Cosa e quando e come" per dire al bambino nato da tali trattamenti sulla sua modalità di nascita e origini
- Tutte le parti del contratto si confidano l'una con l'altra e si sentono a proprio agio con la decisione e confidano che nessuno trarrebbe vantaggio dall'altro
- Tutte le parti dovrebbero rispettare il contesto socioculturale, in cui viene stipulato questo accordo, nonché il background etnico e religioso reciproco [4]
- Nel caso in cui una casa surrogata sia gestita anche dall'esperto medico, garantire la salute e il benessere generale di GC e del bambino e monitorarli durante la maternità surrogata diventa una responsabilità aggiuntiva. [2 , 3 , 4] Esistono linee guida legali per lo stesso in vari paesi e lo stesso dovrebbe essere rigorosamente seguito
- Il lavoro di squadra e la cordialità dovrebbero essere garantiti durante tutto il processo
- L'esperto dovrebbe essere sulla prospettiva di tre problemi comuni affrontati dalle parti durante il processo: (1) lotte con problemi medici, (2) lotte con la relazione e (3) lotte con sorprese logistiche. [4]

THE INTENDED PARENTS NEL SURROGACY CYCLE

Intenzioni per optare per la maternità surrogata

Sono stati descritti come nella posizione di "Il tuo corpo e il mio bambino". [5] Molti di loro hanno riferito che "Era l'unico modo per loro di avere un figlio". Le ragioni più comuni per optare per la maternità surrogata sono state "ripetuti fallimenti di fecondazione in vitro, segnalati dal 43% (19) delle donne, mancanza di utero (38%, $n = 16$) a seguito di un'anomalia congenita o di un'isterectomia di emergenza. [6] Al 7% delle donne era stato detto che la gravidanza sarebbe stata pericolosa per la vita, un ulteriore 7% aveva subito aborti spontanei e il 5% (una) aveva altri problemi, cioè un prolasso uterino." [6]

Altre ragioni per sottoporsi alla maternità surrogata citate nella ricerca erano che la coppia desiderava un legame genetico completo o parziale con il bambino o perché la loro precedente fecondazione in vitro o adozione non era riuscita. [7] Le madri intenzionate non potevano giustificare la loro scelta insolita. Baslington, 1996 e Blyth, 1995, li ha descritti come portando una personalità che è "assertivo e professionisti", "atipico", "di fronte ad una crisi di infertilità" e "sono in una disperazione per avere un figlio." [8 , 9]

Preoccupazioni

I futuri genitori arrivano alla maternità surrogata avendo già ceduto molto: psicologico, sociale, anche finanziario. Dato che le questioni di fiducia e controllo sono lotte centrali nella maternità surrogata (così come nell'infertilità), è inevitabile che ci sarà un conflitto che circonda l'assistenza medica prenatale e postnatale. Il conflitto psicologico centrale che spesso aleggia nella mente degli aspiranti genitori è quello relativo al "lasciar andare le preoccupazioni" rispetto al "sollevare una preoccupazione". È stato spesso riportato che trovare l'equilibrio tra aspettative, coinvolgimento e preoccupazioni appropriate rispetto a quelle esagerate rappresenta una lotta per loro. [4 , 7 , 8 , 9 , 10 , 11 , 12] Alcuni dei futuri genitori hanno riferito che la loro relazione con il GC era più di una "amicizia forzata" (Brazier *et al.*, 1998). Tuttavia, la maggioranza riferisce di condividere una relazione "armoniosa" con la madre surrogata. [6] Inoltre, una percentuale maggiore di madri rispetto ai padri (26% contro 15%) aveva "sentimenti emotivi contrastanti",

ma il loro orientamento verso la gravidanza era ancora positivo, e pochissimi genitori avevano "alta ansia" dove l'ansia era il sentimento predominante riguardo alla gravidanza. Alla fine della gravidanza, la maggior parte delle madri e dei padri aveva sentimenti positivi. [6]

Problemi

I futuri genitori sono meglio serviti prima avendo accurate informazioni mediche e poi scegliendo attentamente le loro scelte e confronti. Una madre surrogata / portatrice e una coppia possono causarsi a vicenda un disagio significativo se non sono chiari sui limiti dell'altra parte e su ciò che conta davvero per loro. Le ipotesi sul tipo di contatto, comunicazione e relazione che preferiscono possono essere una fonte comune di problemi. Un errore comune che le coppie commettono è diffidare dell'integrità o della dignità della madre surrogata / portatrice e di conseguenza offenderla o ferirla. Un altro errore comune si verifica quando un surrogato / portatore interpreta male il genuino entusiasmo di una coppia, vedendo invece ansia, avversione o distacco. I ricercatori descrivono che le controversie di solito si sviluppano intorno a "cosa succederà se più gravidanze si fondono, aborti spontanei, viaggi, dieta, [4](#), [6](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#), [11](#), [12](#)]

Problemi di divulgazione a lungo termine al bambino nato

La ricerca ha raccomandato che il bambino nato da tali trattamenti dovrebbe essere adeguatamente informato sulla sua nascita. [2] I principi fondamentali della divulgazione includono la condivisione di informazioni appropriate all'età, l'onestà e la trasmissione di messaggi positivi su come è stata creata la famiglia, l'accettazione del bambino totale, accettazione del donatore come una brava persona e riconoscimento che la modalità del concepimento è fondamentale "una persona che aiuta gli altri a diventare una famiglia". La cosa più importante, durante tutte le discussioni e tutte le fasi dello sviluppo del bambino, è la necessità che i genitori riconoscano e riconoscano i sentimenti dei loro figli. Gli studi hanno dimostrato che le madri destinate utilizzando maternità surrogata gestazionale (e il proprio ovocita) sono molto più propensi a dire al bambino. [4 , 7 , 8 , 9 , 10 , 11 , 12] Dati selettivi riportano che le madri ART sono più disposte delle madri adottive a raccontare al bambino come è stato concepito. [12]

Studi sugli stili genitoriali dei genitori aspiranti [13 , 14 , 15 , 16]

Golombok *et al.* ha condotto il primo studio nel Regno Unito sulle relazioni di bambini surrogati di 1 anno con i genitori (previsti). [13] Il loro lavoro ha riportato un buon funzionamento familiare e lo sviluppo del bambino nel campione di madri previste rispetto alle famiglie concepite naturalmente. La maggior parte delle madri ha riportato una buona salute mentale e fisica e un buon sviluppo nei loro figli. La genitorialità da parte della madre designata è accompagnata da livelli più elevati di eccessivo coinvolgimento emotivo. All'età di 2 anni, le madri hanno mostrato di nuove relazioni più positive tra genitori e figli, cioè livelli più alti di gioia e competenza e livelli più bassi di rabbia e senso di colpa. All'età di 3 anni, queste madri hanno mostrato livelli più elevati di calore e interazione rispetto alle madri con un bambino concepito naturalmente. Le difficoltà genitoriali e la presenza di problemi psicologici nei bambini possono essere state minimizzate dalle madri intenzionate (IM) che potrebbero voler presentare il loro bambino in una luce favorevole sia come reazione allo stigma associato a queste procedure di riproduzione assistita. La madre designata credeva anche che, poiché avevano un'opportunità unica di genitore di un figlio, dovevano essere all'altezza. Avevano grandi aspettative su se stesse come madri date le difficoltà che dovevano affrontare. [13 , 14 , 15 , 16]

THE SURROGATES NEL SURROGACY CYCLE

Intenzioni di andare in maternità surrogata

Hanafin *et al.* sono stati tra i primi a condurre tesi di dottorato negli anni '80 che hanno tentato una spiegazione più ampia delle dinamiche psicologiche sulle motivazioni e sui dati demografici delle madri surrogate. [17] La loro indagine ha rivelato che le madri surrogate negli Stati Uniti avevano una delle seguenti intenzioni: desideravano fare qualcosa di importante nella loro vita, avevano una maggiore empatia per la coppia senza figli e si divertivano a vivere una gravidanza o volevano guadagni finanziari. In genere, queste donne erano poco più che ventenni, il più delle volte sposate e avevano una media di due figli.

Ragoné's nel 1996 e Imrie e Jadva, Golombok, 2014, hanno affermato che i surrogati che intraprendono accordi multipli di maternità surrogata sono principalmente motivati dal desiderio di aiutare una coppia e di "completare una famiglia". [18 , 19] Le ragioni altruistiche per la maternità surrogata erano le più comuni [20] La maggior parte delle madri surrogate ha apprezzato la gravidanza e il parto. Inoltre, molti di loro hanno affermato che il loro lavoro si è realizzato o ha aggiunto qualcosa alla loro vita (aumento dei sentimenti di autostima e fiducia in se stessi, e ha portato allo sviluppo di amicizie intense e insolite con i genitori previsti, in particolare le madri incaricate. [9 , 11 , 12] Gli studi hanno suggerito che i GC dimostrano un profilo di personalità caratterizzato da "elevata resilienza psicologica, forza dell'ego, resistenza emotiva, forte autostima, autocompiacimento, capacità di gestire i conflitti emotivi, assunzione di responsabilità e bassi tratti di ansia, ossessivo tendenze compulsive e potenziale di dipendenza." [19 , 21]

Le femministe liberali caratterizzano tipicamente la maternità surrogata "come una naturale estensione della libertà riproduttiva e dell'autonomia personale delle donne". [22] Propongono – che la maternità surrogata abbia "il potenziale per ridurre le disuguaglianze economiche implicite per le donne e costruire nuovi modelli familiari che sfidano il tradizionale etero-patriarcale famiglia ". [22] Altri suggeriscono che le nuove tecnologie riproduttive hanno il potenziale per alleviare le differenze di classe. [22]

Problemi affrontati

La mancanza di un sostegno equivoco alla maternità surrogata, è stata precedentemente segnalata da una serie di studi indipendentemente dal contesto socioculturale in cui è fatto l'accordo. [12] Lo stigma sociale e la discriminazione sono sempre stati alti. [12 , 23] Mancanza di stigma e il sostegno sono motivi che predispongono i surrogati a problemi emotivi, vulnerabilità psicologica, sfruttamento finanziario o imbarazzo da parte dei membri della famiglia. [7 , 10 , 20] La letteratura sottolinea che "La maternità contrattuale è disumanizzante perché mercifica il parto, riduce le donne ad incubatrici, e allontana le madri surrogate dal loro lavoro riproduttivo." [22] Al contrario, le femministe libertarie radicali insistono sul fatto che "la maternità surrogata non era schiavitù riproduttiva". [22] Le donne che optano per la maternità surrogata non dovrebbero essere "alienate dai" prodotti "del loro lavoro riproduttivo." [22] [figura 2] presenta il conflitto psicologico relativo al senso di connessione rispetto alla separazione che i surrogati sono stati conosciuti per affrontare. [9 , 11 , 23 , 24]

THE EMOTIONAL EXPERIENCE

La maggior parte delle donne ha sperimentato positivamente la maternità surrogata; [2 , 12] tuttavia, una minoranza di loro era ad alto rischio di sviluppare psicopatologia. I conflitti emotivi riportati da alcuni dei surrogati in letteratura [25] erano correlati a:

1. Sentimenti verso la gravidanza: costrizione a non avere sentimenti per il bambino
2. Paura e preoccupazione per il bambino che è anormale / per la sua salute
3. Rapporti con la famiglia, i parenti e i principali genitori del feto: paura delle reazioni del proprio marito nella relazione coniugale e sessuale
4. Nessun pagamento sufficiente per le spese da parte dei genitori principali
5. Dubbi di informare i propri figli del tipo di gravidanza
6. Preoccupazioni e preoccupazioni per informare i parenti, i suoceri e gli amici
7. Conseguenze della maternità surrogata: complicazioni della gravidanza, degenza ospedaliera, taglio cesareo, periodo di recupero post-parto
8. I problemi religiosi e finanziari della maternità surrogata: non avere alcuna legittimazione religiosa evidente e accettabilità sociale.

Le madri surrogate e quelle previste sembrano conciliare la loro scelta insolita attraverso un processo di ristrutturazione cognitiva basata sulla volontà personale di essere aperti e onesti riguardo alle loro scelte e priorità. [12]

Risultati nelle donne che hanno subito la maternità surrogata nel contesto occidentale

Alcuni degli esiti immediati nei surrogati sono stati: depressione postpartum nello 0-20% dei casi, rinuncia alle difficoltà nel 35% dei casi, senso di colpa / dubbi / disperazione per la loro decisione di andare in maternità surrogata nel 39% dei casi, il 33% era a rischio di disturbo post-traumatico da stress, depressione o disturbi d'ansia e uno stress notevole è stato osservato nel 65% dei casi se i risultati della fecondazione in vitro erano negativi. [26 , 27] Un recente studio riporta che i surrogati avevano livelli più elevati di depressione e fattori come un basso supporto sociale durante la gravidanza, l'occultamento della maternità surrogata e le critiche degli altri sono risultati predittivi della depressione postpartum. Per quanto riguarda il legame prenatale, i surrogati hanno interagito meno con il feto ma hanno adottato migliori abitudini alimentari ed erano più propensi a evitare pratiche malsane durante la gravidanza, rispetto alle future mamme. Non sono state trovate associazioni tra un maggiore legame prenatale e un maggiore disagio psicologico durante la gravidanza o dopo l'abbandono. [26 , 27 , 28]

La frequenza dei contatti tra le famiglie di maternità surrogata e la loro madre surrogata è diminuita nel tempo, in particolare per le famiglie il cui surrogato era un portatore genetico precedentemente sconosciuto. La maggior parte delle famiglie ha riportato relazioni armoniose con la madre surrogata. [6 , 18 , 29]

Da cinque a dieci anni dopo la nascita è stato un periodo cruciale nelle relazioni di coppia surrogata. [30] Ciccarelli e Ciccarelli e Beckman 2005 divennero sempre più insoddisfatti dell'accordo di maternità surrogata in questo periodo, poiché i contatti con la coppia diminuirono. [30] in contatti più frequenti con i MI che con i figli o i padri, suggerendo che la relazione IS-IM che è centrale per l'esperienza della maternità surrogata. [6 , 18] Longitudinalmente, nella maggior parte degli accordi di maternità surrogata, i surrogati si sentivano soddisfatti della scelta che avevano fatto allora. [29]

Letteratura indiana sulle pratiche di maternità surrogata commerciale e il suo impatto psicosociale

La letteratura dal contesto indiano sui risultati psicosociali della pratica della maternità surrogata esiste principalmente sotto forma di studi trasversali, indagini qualitative, serie di casi, commenti, articoli di revisione condotti principalmente da sociologi, antropologi ed esperti di salute pubblica. [31 , 32 , 33 , 34 , 35 , 36 , 37 , 38 , 39 , 40 , 41 , 42 , 43] Le prove sotto forma di indagini cliniche, studi randomizzati controllati, studi sistematici e meta-analitici sono scarsi.

I dati della ricerca dall'India mostrano che a un certo punto è stata una delle destinazioni globali più popolari per la maternità surrogata commerciale e il turismo riproduttivo. [39] Coppie da diverse parti del mondo sono venute in India per cercare FIV di buona qualità ea basso costo e Maternità surrogata. I ricercatori riferiscono che durante gli anni '90, oltre tremila cliniche in tutto il paese hanno offerto maternità surrogata commerciale, [44] rendendo così l'India una famosa "destinazione per l'outsourcing dei bambini". [45] Questa pratica ha avuto i suoi punti salienti e le sue insidie.

Le surrogate indiane rivelano che le loro intenzioni di andare in maternità surrogata erano principalmente finanziarie. [35 , 38 , 42 , 46] La maternità surrogata come professione ha anche dato alle donne la possibilità di stabilire il loro senso di valore, potere, autorità e libertà. Fornisce una piattaforma alle donne impoverite per prendere il controllo del proprio corpo e della riproduzione attraverso decisioni sulla loro fertilità, sterilizzazione e aborto. [46] Inoltre, la maternità surrogata ha fornito alle donne l'opportunità di decentrarsi e uscire dai matrimoni in cui le donne erano intrappolate come vittime di abusi / violenze domestiche / alcolismo del marito. [35] In letteratura, le surrogate sono state descritte come le "donne più forti", che resistono allo stigma affrontato da loro, sfidano le norme quotidiane, l'impotenza e le disuguaglianze sociali creando nuove opportunità per se stesse e le loro famiglie. [35] Per molti SM , era una professione di cui andavano molto orgogliosi in quanto era un indicatore della loro produttività, valore ed era uno dei pochi lavori in cui le donne non dovevano affrontare la concorrenza degli uomini. [46] La ricerca riporta anche che gli SM hanno utilizzato l'ipermedicalizzazione del processo di nascita della maternità surrogata in parte a suo vantaggio. Ciò è stato fatto riprendendosi dal lavoro domestico e coccolandosi, nutrendosi, mangiando, riposando e rilassandosi durante le gravidanze, nonché utilizzando il tempo prolungato dopo gli interventi chirurgici al taglio cesareo dei bambini, per prendersi cura e ringiovanire come "meritano e hanno lavorato molto duramente per questo." [46] Gli SM hanno

descritto che avevano molto più controllo sui loro corpi durante la maternità surrogata che durante la nascita naturale dei propri figli. In quanto donne di classe inferiore che danno alla luce bambini di classe inferiore, le loro gravidanze sono trattate come eventi quotidiani che non meritano cure e attenzioni prenatali o postnatali. Tuttavia, poiché gli SM che trasportavano bambini di status sociale più elevato, avevano diritto a molti lussi come "tregua dal lavoro massacrante, tempestiva attenzione professionale, migliore alimentazione, salute superiore, assistenza medica e l'opportunità di spendere un po' di soldi per se stessi". [46] Molti ricercatori continuano a riferire che i MI e gli SM condividevano un "legame fraterno unico" con qualità di fede e ammirazione reciproca. [46] In breve, Vohra, 2016 ha sottolineato che "Le pratiche di maternità surrogata commerciale in India hanno potenziato i corpi delle donne indiane che avevano un disperato bisogno di risorse finanziarie e avevano la capacità riproduttiva che poteva beneficiare gli altri. [47] Questa capacità riproduttiva va a vantaggio dei genitori incaricati, che ricevono un figlio in cambio di una tariffa molto bassa per il mercato internazionale.

I demeriti della maternità surrogata commerciale in India erano le asimmetrie e le vulnerabilità sociali nella relazione tra la madre surrogata e gli IP. I surrogati provenivano spesso da contesti economici poveri, crisi finanziaria, scarsamente istruiti, e la grande maggioranza di loro stava affrontando una pressione familiare per accettare tali contratti contro il loro comfort e volontà personale. [39 , 43] Il surrogato spesso aveva "no dire nel ciclo della maternità surrogata una volta che ha firmato il contratto." [39 , 43] Gli IP avevano maggiore potere e possibilità di scelta per decidere dove alloggiare la madre surrogata (nelle case surrogate o nella sua stessa casa), che tipo di interazione avrà con la sua famiglia / i suoi figli durante la gravidanza, la sua dieta, le restrizioni dello stile di vita, le comportamenti durante il periodo di gravidanza (specialmente quando è confinata in case surrogate), prendersi cura del bambino dopo il parto (che a volte è durato da pochi giorni a settimane fino a quando gli IP sono stati disposti a prendere il bambino). [39 , 43 , 48] Anche la scarsa igiene e nutrizione erano problemi con alcuni degli ostelli surrogati in cui dovevano obbligatoriamente rimanere per nove mesi. [39 , 43 , 48] Le madri surrogate hanno spesso riferito di aver perso i propri figli. [31 , 32] Inoltre, spesso nascondevano il loro lavoro come SM agli altri poiché "retorica morale e stigma" venivano spesso evocati in India ogni volta che i corpi delle donne povere erano al centro dell'attenzione. [31 , 32] Molte delle madri surrogate non erano a conoscenza dei loro diritti legali. [39 , 43 , 48] Alcune delle madri surrogate hanno riferito di aver affrontato difficoltà psicologiche, dopo la nascita del bambino e soprattutto durante la consegna nel tempo. A volte, gli IP dovrebbero aspettarsi cure obbligatorie per i neonati che erano disposti a pagare anche compensi monetari per lo stesso. Alcuni IP richiedono che la madre surrogata dia da mangiare al bambino o risieda come una bambinaia con loro per un po' di tempo. Ciò aggiungerebbe un onere extra alla madre surrogata e alla sua famiglia. Maggiore è il tempo e la cura che la madre surrogata e la sua famiglia hanno fornito al neonato, maggiore sarà il legame emotivo e l'attaccamento con il bambino. Eppure molti surrogati e le loro famiglie sarebbero felicemente d'accordo nel fare lo stesso, solo per il bene del bambino. [39 , 43 , 48] La maggior parte delle surrogate amava il tempo extra trascorso con il bambino. Tuttavia, abbandonare le difficoltà e il dolore seguì questo periodo durante il periodo di separazione (che era spesso incerto e brusco). Alcuni dei GC hanno affermato che gli IP non si sono mai preoccupati di incontrarli durante la consegna nel tempo. [39 , 43 , 48] La continuità del legame tra i MI e gli SM era rara e nella maggior parte dei casi, una volta che il bambino è stato partorito, il surrogato è diventato un classico esempio di "lavoro alienato e disposizione della madre-lavoratrice". [33] La negligenza del team medico è stata evidenziata anche in alcune delle dichiarazioni delle surrogate in cui le "infermiere sono solite rimproverare le surrogate se piangevano durante o dopo la consegna del bambino." [39 , 43 , 48] Chiaramente, il bambino nato dalla maternità surrogata aveva più valore della salute e del benessere dei corpi dei surrogati. [34] Colen, 1995, ha criticato la maternità surrogata commerciale per essere un caso di "riproduzione stratificata". [49] La letteratura riporta anche che i medici banalizzavano i problemi psicologici e ignoravano la crisi emotiva affrontata dalle surrogate. [39 , 43 , 48] Ritenevano che il compenso monetario dato alla surrogata fosse l'elemento più vitale del suo servizio. [39 , 43 , 48] Alcuni hanno riferito che la questione della consulenza psicologica era irrilevante poiché nella maggior parte dei casi il denaro era la motivazione principale per garantire che "i sentimenti verso il bambino non si sviluppavano". [39 , 43 , 48] Ci si aspettava che la madre surrogata fosse una "timida, sacrificante, compiacente signora che era in completo controllo razionale delle sue emozioni in ogni momento." [39 ,

[43](#) , [48](#)] In quest'ultimo contesto è anche riportato che " la costruzione della madre surrogata fa parte di rappresentazioni estreme di "mercificazione, sfruttamento e la disponibilità "dove fa parte di un complotto in cui è subordinata: il mercato, la famiglia, la coppia infertile e la tecnologia medica." [[32](#) ,[34](#)]

L'esperienza emotiva nelle strutture indiane: la maternità surrogata commerciale in India, che consiste nel dare via il bambino non appena nasce, ribadisce la disponibilità di queste donne "disperate" e sottolinea i mezzi "innaturali" della loro maternità. Gli indiani equiparano la maternità surrogata al lavoro sessuale. [[31](#) , [32](#) , [33](#) , [50](#)] Ciò è in parte dovuto alla mancanza di informazioni: le persone non sono consapevoli della tecnologia riproduttiva che separa la gravidanza dal rapporto sessuale. Gli SM erano percepiti da altri come coinvolti in "lavori sporchi" in riferimento a compiti e occupazioni che potrebbero essere percepiti come degradanti. [[50](#)]

I ricercatori rivelano che i racconti dei surrogati indiani coinvolti nella maternità surrogata commerciale. [[39](#) , [43](#) , [48](#) , [50](#)] Questi mostrano che hanno subito vari conflitti psicologici:

1. "Non siamo venditori di cadaveri o venditori di neonati:" Lavoro di confine sulla costruzione di un senso di autostima
2. "Il prestigio non riempirà uno stomaco vuoto:" minimizzando "Scelta"
3. "Io sono speciale, loro sono speciali:" Negare la disponibilità
4. "Possono essere i loro geni, ma è il mio sangue:" Affermare il legame genetico e il legame con il bambino
5. "Non credo che ci sia qualcosa di sbagliato nella maternità surrogata. Abbiamo bisogno di soldi e loro hanno bisogno del bambino ". "La cosa importante è che non sto facendo nulla di sbagliato per i soldi, non rubando o uccidendo nessuno": giustificando le loro scelte e parlando da soli
6. "Preghiamo che la clinica rimanga aperta:" La maternità surrogata una via d'uscita dalla povertà.

Alla luce delle controversie di cui sopra, le linee guida e le normative legali si sono evolute in India. Il disegno di legge è stato riformulato più volte per garantire giustizia, sicurezza e proteggere i diritti e il benessere di tutte le parti coinvolte nel ciclo di maternità surrogata. [[39](#) , [48](#) , [51](#) , [52](#) , [53](#)] L'ICMR ha proposto diverse revisioni negli ultimi due decenni, [[51](#) , [52](#) , [53](#) , [54](#) , [55](#) , [56](#) , [57](#)] al fine di regolamentare la pratica medica e proteggere i cittadini indiani vulnerabili dal cadere in preda allo sfruttamento sociale e finanziario derivante da accordi di maternità surrogata. La posizione più significativa nelle recenti revisioni (dal 2016 in poi) è la fine della maternità surrogata commerciale nel benessere sociale delle donne e dei bambini a rischio. [[51](#) , [52](#) , [53](#)] La maternità surrogata altruistica è tuttavia consentita secondo i termini e le condizioni rigorosi dell'ultima maternità surrogata disegno di legge, approvato nel 2018. [[51](#) , [52](#) , [53](#)]

T HE C FIGLI B ORN T TTRAVERSO S URROGACY : W HO A RE T HESE ? R ICERCA ON C ONCERNS , P ERSPECTIVES E E XPERIENCES , S OCIALE C ONSEGUENZE F ACED BY T HEM

Risultati perinatali dei bambini nati attraverso la fecondazione *in vitro* -maternità surrogata [[58](#) , [59](#)]

I pesi alla nascita per le gravidanze singole dopo la maternità surrogata IVF e la fecondazione *in vitro* erano simili, mentre i pesi alla nascita dei gemelli e delle terzine nati dai surrogati della fecondazione *in vitro* erano significativamente più pesanti di quelli consegnati da pazienti con fecondazione *in vitro* convenzionali. Il parto pretermine è stato aumentato nelle gestazioni gemellari e triplette in tutti i segmenti analizzati [[58](#) , [59](#)] L'incidenza del basso peso alla nascita era significativamente inferiore nei bambini nati dopo la maternità surrogata IVF rispetto a quelli nati dopo la fecondazione *in vitro*, per tutte le nascite registrate. L'incidenza di anomalie congenite a seguito di fecondazione *in vitro* e maternità surrogata per fecondazione *in vitro* rientrava nell'intervallo previsto per i concepimenti spontanei. I ritardi nel linguaggio erano predominanti nelle nascite multiple, ma né i ritardi nel linguaggio né quelli motori persistevano a 2 anni di età nei bambini nati dopo la maternità surrogata IVF. Questi risultati implicherebbero che un GC fornirebbe potenziali benefici ambientali per il bambino.

Gli studi riportano che il verificarsi di ipertensione e sanguinamento indotti dalla gravidanza nel terzo trimestre era da quattro a cinque volte inferiore nei surrogati della fecondazione in vitro, indipendentemente dal fatto che fossero portatori di multipli. [58 , 59] L'incidenza del taglio cesareo era del 21,3% per gestazioni singole, mentre due volte più elevate nei surrogati IVF portatori di multipli (56,3%). Le complicanze postpartum si sono verificate nel 6,3% dei pazienti e l'incidenza di malformazioni è stata simile a quella riportata per la popolazione generale.

Risultati neuromotori, cognitivi, linguistici e comportamentali nei bambini nati in seguito a fecondazione in vitro o ICSI [58 , 59 , 60]

Nessun aumento del rischio di deterioramento cognitivo grave (cioè ritardo mentale) o handicap neuromotori come la paralisi cerebrale (PC), l'associazione di IVF / iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI) e CP è determinata dall'associazione della concezione assistita con fattori di rischio , come la nascita pretermine. In generale, studi controllati di buona qualità non hanno riportato un eccesso di disturbi del neurosviluppo (ND) nei bambini con fecondazione in vitro / ICSI. Tuttavia, la maggior parte degli studi ha seguito i bambini durante l'infanzia. Lo studio preclude conclusioni pertinenti sul rischio di disturbi da ND che si manifestano in età avanzata, come la disabilità manipolativa fine o la dislessia. Ritardi di discorso erano predominanti nelle nascite multiple, ma né discorso né a motore ritardi persistevano a 2 anni di età nei bambini nati dopo fecondazione in vitro-maternità surrogata. [58]

Relazioni madre-figlio e risultati psicologici

Nel primo studio del Regno Unito sulle relazioni dei bambini surrogati di 1 anno con i loro genitori (previsti) hanno riportato un buon funzionamento familiare e lo sviluppo del bambino nel campione di madri previste rispetto alle famiglie concepite naturalmente. [13 , 14 , 15 , 16] La maggior parte delle madri ha riferito buona salute mentale e fisica e buon sviluppo dei figli. Rispetto ai genitori di concezione naturale, le famiglie IP hanno rapporti migliori con i loro figli e i loro figli stanno funzionando bene. [61]

Studi longitudinali sull'adattamento psicologico nella prima infanzia nella tarda adolescenza [13 , 14]

All'età di 1 anno, le madri intenzionate di bambini nati attraverso la maternità surrogata hanno mostrato un maggiore calore e divertimento del bambino rispetto alla madre dal concepimento naturale, sebbene questo fosse accompagnato da livelli più elevati di eccessivo coinvolgimento emotivo. All'età di 2 anni, le madri surrogate hanno mostrato di nuove relazioni genitore-figlio più positive, cioè livelli più alti di gioia e competenza e livelli più bassi di rabbia e colpa. All'età di 3 anni le madri surrogate hanno mostrato livelli più elevati di calore e interazione rispetto alle madri con un bambino concepito naturalmente. Associato a un'interazione madre-figlio meno positiva all'età di 7 anni. Questo risultato può derivare dalla maggiore comprensione da parte dei bambini della maternità surrogata e della donazione di ovociti a questa età. È importante sottolineare che le famiglie di maternità surrogata e donazione di ovociti non hanno mostrato livelli più elevati di negatività materna o livelli più bassi di positività materna rispetto alle famiglie con concepimento naturale. Invece, sembra che l'assenza di un legame biologico tra madri e figli possa essere associata a differenze più sottili nei modelli di interazione madre-figlio, cioè in relazione alla reattività, reciprocità e cooperazione. Le difficoltà genitoriali e la presenza di problemi psicologici nei bambini possono essere state minimizzate dalle madri che effettuano la maternità surrogata o che effettuano la donazione di ovuli che potrebbero voler presentare il loro bambino in una luce favorevole sia come reazione allo stigma associato a queste procedure di riproduzione assistita,

Aggiustamento psicologico negli anni dell'adolescenza [15 , 16]

In particolare, il sesso del genitore e del bambino, insieme all'età e al processo di divulgazione del concepimento dell'adolescente sono stati identificati come mediatori chiave delle relazioni genitore-adolescente nelle famiglie create da fecondazione in vitro-donatore / ovocita.

Ruolo specifico del professionista della salute mentale nel ciclo di maternità surrogata [4]

- Il ruolo dell'MHP è quello di determinare ciò che è meglio per tutte le parti coinvolte, con particolare attenzione a ciò che è nel migliore interesse del bambino (creato) e di qualsiasi bambino esistente
- Applicare le competenze professionali in base alle capacità professionali e agli standard etici della propria professione di salute mentale, nonché gli standard di cura nel campo della riproduzione di terze parti
- Prevedere la gamma di problemi che possono potenzialmente verificarsi nella riproduzione e nella gravidanza da parte di terzi e intervenire in modo appropriato. Il professionista affronta lo stress emotivo e (1) lotta con problemi medici, (2) lotta con la relazione e (3) lotta con sorprese logistiche.

Le pratiche professionali di salute mentale con partecipanti coinvolti nel ciclo di maternità surrogata in tutte le fasi e le funzioni principali sono [4]

1. Screening dei GC / SM per l'idoneità
2. Screening dei genitori previsti per l'idoneità
3. Determinare l'adattamento tra entrambe le parti
4. Sessione congiunta iniziale e preparazione psicologica
5. Assistenza emotiva continua e interventi psicologici per bisogni speciali di entrambe le parti durante la gravidanza e in altri periodi critici
6. Assistenza a tutte le parti per la chiusura psicologica post-consegna
7. Assistenza nella formazione alla gestione dei genitori dei genitori intenzionati per affrontare in particolare questioni come lo stigma, la divulgazione e l'educazione dei figli.

C ONCLUSIONE

L'aumento dei tassi di infertilità nei paesi sviluppati e in via di sviluppo suggerisce che l'ART e anche i trattamenti estesi come la maternità surrogata sono qui per rimanere e fiorire. Nonostante la popolarità e le controversie che circondano la maternità surrogata, la ricerca empirica nell'area è scarsa. Al momento, la maggior parte degli studi che riferiscono sulla maternità surrogata hanno gravi limitazioni metodologiche. Questa tendenza è evidente sia negli scenari indiani che internazionali, principalmente a causa della mancanza di finanziamenti governativi per la ricerca in questo settore, problemi legali e stigma socioculturale associati. In conclusione, il campo della medicina riproduttiva e degli studi sulla fertilità si sta espandendo come ramo pionieristico della scienza medica. Offre nuove opportunità e possibilità che aspettano di essere esplorate non solo da ginecologi, endocrinologi, embriologi, e microbiologi, ma anche da antropologi medici, sociologi, nonché MHP (psicologi, psichiatri e assistenti sociali psichiatrici) che cercano di avventurarsi in quest'area. Come in altre scienze, la competenza, la condotta legale ed etica, l'apertura, l'atteggiamento esplorativo, la resistenza e la malleabilità sono virtù umane parte integrante dei rigorosi sviluppi scientifici in questo campo.

Supporto finanziario e sponsorizzazione

Nessuno.

Conflitto di interessi

Non ci sono conflitti di interesse.

R IFERIMENTI

1. Organizzazione mondiale della sanità. Risorsa elettronica: prevalenza globale di infertilità, infecondità e assenza di figli. Organizzazione mondiale della sanità; 2012. Disponibile su: <http://www.who.int/Riprodutive Health / topics / infertility / burden / en> .

2. Rao KA. Il manuale dell'infertilità. Nuova Delhi: Jaypee Brothers, Medical Publishers Pvt, Limited; 2018.
3. Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z. Textbook of Assisted Reproductive Techniques: Laboratory and Clinical Perspectives. Boca Raton, FL: CRC Press; 2012.
4. Burns LH, Covington SN. Consulenza sull'infertilità: un manuale completo per i medici. New York: Cambridge University Press; 2006.
5. Kuczynski A. Il suo corpo, piccola mia. Il New York Times. 2008. Disponibile su: https://www.globalfertilityservices.com/wp-content/uploads/2013/11/HerBody_MyBaby.pdf.
6. MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadv V, Golombok S. Surrogacy: The experience of commissioning couple. Hum Reprod. 2003; 18 : 1334–42. [PubMed: 12773469]
7. van den Akker O. L'importanza di un legame genetico nelle madri che commissionano un bambino surrogato nel Regno Unito. Hum Reprod. 2000; 15 : 1849–55. [PubMed: 10920116]
8. Baslington H. Overflow di ansia: implicazioni del caso di maternità surrogata IVF e limiti etici e morali delle tecnologie riproduttive in Gran Bretagna. Forum internazionale di studi sulle donne. Pergamon. 1996; 19 : 675–84.
9. Blyth E. "Not a primrose path": commissionare ai genitori le esperienze di accordi di maternità surrogata in Gran Bretagna. J Reprod Infant Psychol. 1995; 13 : 185–96.
10. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Aspetti sociali nella riproduzione assistita. Hum Reprod Update. 1999; 5 : 26–39. [PubMed: 10333367]
11. Van Den Akker O. Esperienza di maternità surrogata genetica e gestazionale di madri surrogate. J Reprod Infant Psychol. 2003; 21 : 145–61.
12. van den Akker OB. Aspetti psicosociali della maternità surrogata. Hum Reprod Update. 2007; 13 : 53–62. [PubMed: 16936307]
13. Golombok S, Murray C, Jadv V, MacCallum F, Lycett E. Famiglie create attraverso accordi di maternità surrogata: relazioni genitore-figlio nel 1° anno di vita. Dev Psychol. 2004; 40 : 400–11. [PubMed: 15122966]
14. Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E, Jadv V. Famiglie di maternità surrogata: funzionamento genitoriale, relazioni genitore-figlio e sviluppo psicologico dei bambini all'età di 2 anni . 2006; 47 : 213–22. [PubMed: 16423152]
15. Golombok S, Letture J, Blake L, Casey P, Marks A, Jadv V. Famiglie create attraverso la maternità surrogata: relazioni madre-figlio e adattamento psicologico dei bambini all'età di 7 anni. Dev Psychol. 2011; 47 : 1579–88. [PMCID: PMC3210890] [PubMed: 21895360]
16. Ilioi EC, Jadv V, Golombok S. Uno studio longitudinale di famiglie create dalla donazione riproduttiva: follow-up all'adolescenza. Fertil Steril. 2015; 104 : 26.
17. Hanafin H. Partecipanti alla maternità surrogata e alla portatrice gestazionale Consulenza per l'infertilità: un manuale completo per i medici. New York: Cambridge University Press; 2006.
18. Ragoné H. Inseguendo il legame di sangue: madri surrogate, madri adottive e padri. Sono Ethnol. 1996; 23 : 352–65.
19. Imrie S, Jadv V. Le esperienze a lungo termine dei surrogati: relazioni e contatti con famiglie di maternità surrogata in accordi di maternità surrogata genetica e gestazionale. Reprod Biomed Online. 2014; 29 : 424–35. [PubMed: 25131555]
20. Edelmann RJ. Maternità surrogata: i problemi psicologici. J Reprod Infant Psychol. 2004; 22 : 123–36.
21. Pizitz TD, McCullaugh J, Rabin A. Le donne che scelgono di diventare madri surrogate hanno profili psicologici diversi rispetto a un campione femminile normativo? Nascita delle donne. 2013; 26 : e15–20. [PubMed: 22819949]

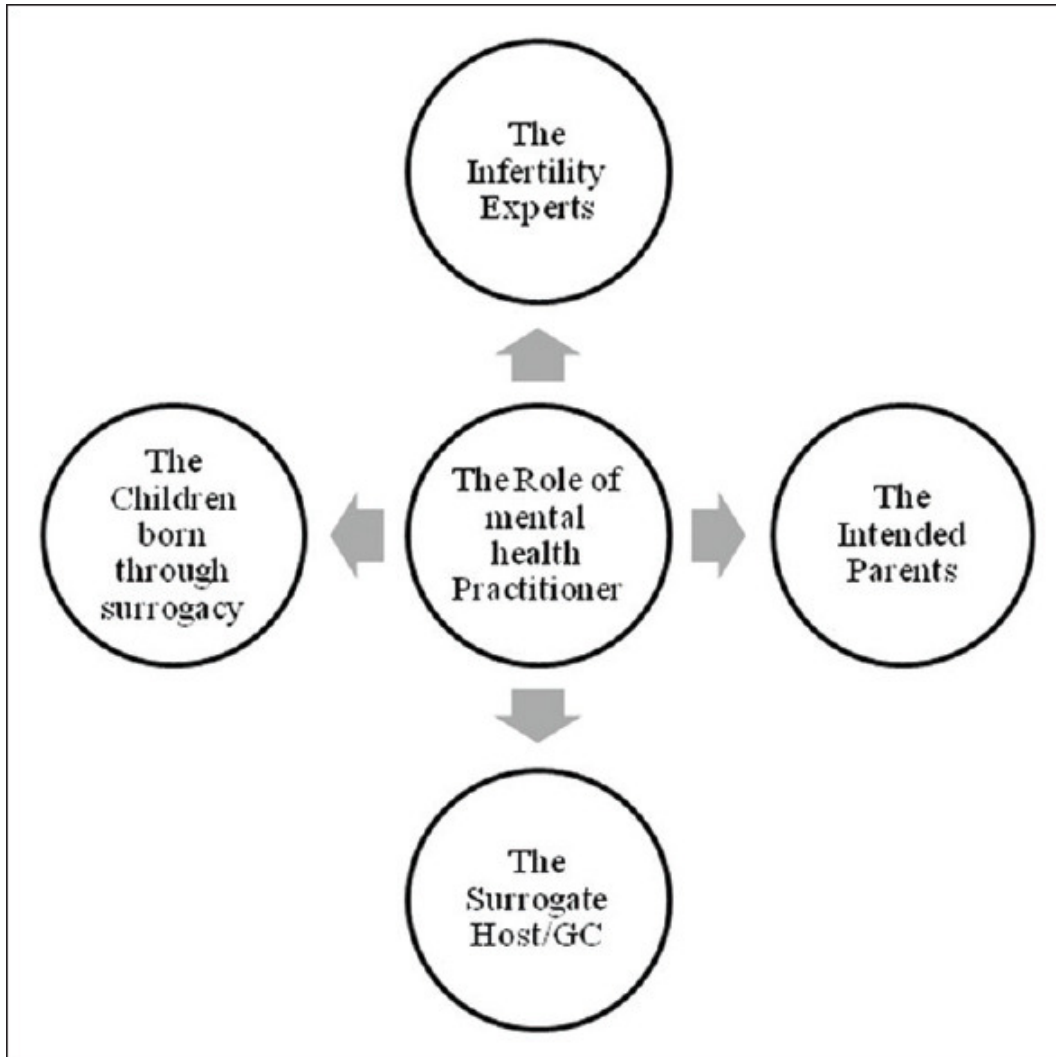
22. Bailey A. Reconciving Surrogacy: Verso un resoconto della giustizia riproduttiva della maternità surrogata indiana. *Ipazia*. 2011; 26 : 715–41.
23. van den Akker OB. Tratto psicologico e caratteristiche dello stato, sostegno sociale e atteggiamenti verso la gravidanza e il bambino surrogati. *Hum Reprod*. 2007; 22 : 2287–95. [PubMed: 17635845]
24. Van Den Akker OB. Un confronto longitudinale pre-gravidanza e post-parto di madri surrogate e gestanti genetiche e gestazionali: fiducia e genealogia. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005; 26 : 277–84. [PubMed: 16457424]
25. Ahmari Tehran H, Tashi S, Mehran N, Eskandari N, Dadkhah Tehrani T. Esperienze emotive in madri surrogate: uno studio qualitativo. *Iran J Reprod Med*. 2014; 12 : 471–80. [PMCID: PMC4126251] [PubMed: 25114669]
26. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. Maternità surrogata: risultati per madri surrogate, bambini e famiglie risultanti: una revisione sistematica. *Hum Reprod Update*. 2016; 22 : 260–76. [PubMed: 26454266]
27. Wandler D, Rid A. Revisione sistematica: l'effetto sui surrogati di prendere decisioni terapeutiche per gli altri. *Ann Intern Med*. 2011; 154 : 336–46. [PubMed: 21357911]
28. Lamba N, Jadv V, Kadam K, Golombok S. Il benessere psicologico e il legame prenatale dei surrogati gestazionali. *Riproduzione umana*. 1 aprile 2018; 33 (4): 646–53. [PMCID: PMC5989605] [PubMed: 29566176]
29. Jadv V, Blake L, Casey P, Golombok S. Famiglie di maternità surrogata 10 anni dopo: relazione con la madre surrogata, decisioni sulla divulgazione e comprensione da parte dei bambini delle loro origini di maternità surrogata. *Hum Reprod*. 2012; 27 : 3008–14. [PMCID: PMC3442632] [PubMed: 22814484]
30. Ciccarelli JC, Beckman LJ. Navigare in acque agitate: una panoramica degli aspetti psicologici della maternità surrogata. *J Soc Issues*. 2005; 61 : 21–43. [PubMed: 17073022]
31. Pande A. "Possono essere le sue uova ma è il mio sangue": Surrogate e forme di parentela quotidiana in India. *Qualitative Sociol*. 2009; 32 : 379.
32. Pande A. Non un "angelo", non una "puttana" surrogati come lavoratori "sporchi" in India. *Indiano j genere stud* 2009; 16 : 141–73.
33. Pande A. Sangue, sudore e pancia finta: travaglio e maternità surrogata transnazionale in India. *Anthropologica*. 2015; 15 : 53–62.
34. Pande A. Disuguaglianze riproduttive globali, neo-eugenetica e maternità surrogata commerciale in India. *Curr Sociol*. 2016; 64 : 244–58.
35. Deomampo D. Maternità surrogata transnazionale in India: potere interrogativo e agenzia delle donne. *Frontiers J Women Stud*. 2013; 34 : 167–88.
36. Majumdar A. Surrogacy transnazionale: la selezione "pubblica" del discorso selettivo. *Settimanale economico e politico*. 16 novembre 2013;: 24–7.
37. Kumar P, Inder D, Sharma N. Maternità surrogata e diritto alla salute delle donne in India: problemi e prospettiva. *Indian J Public Health*. 2013; 57 : 65–70. [PubMed: 23873191]
38. Vohra K. Potenziale, rischio e ritorno nella maternità surrogata gestazionale indiana transnazionale. *Curr Anthropol*. 2013; 54 : 97–106.
39. Saravanan S. Maternità surrogata transnazionale e oggettivazione delle madri gestazionali. *Econ Political Weekly*. 2010; 17 : 26–9.
40. Rudrappa S. Riprodurre la distopia: la politica della maternità surrogata transnazionale in India, 2002–2015. *Crit Sociol*. 2018; 44 : 1087–101.

41. Gezinski LB, Karandikar S, Huber S, Levitt A. Commissionare le esperienze dei genitori con la maternità surrogata internazionale: uno studio qualitativo. *Health Soc Work*. 2018; 43 : 175–84. [PubMed: 29897535]
42. Karandikar S, Gezinski LB, Carter JR, Kaloga M. Necessità economica o nobile causa? Uno studio qualitativo che esplora le motivazioni per la maternità surrogata gestazionale nel Gujarat, in India. *Affilia*. 2014; 29 : 224–36.
43. Saravanan S. Giustizia globale, approccio alle capacità e maternità surrogata commerciale in India. *Med Health Care Philos*. 2015; 18 : 295–307. [PubMed: 25894236]
44. I regolatori di Kannan S. osservano il rapporto d'affari indiano nel settore della maternità surrogata in India, *BBC World*. 2009. [Ultimo accesso l'11 gennaio 2020]. Disponibile da: <http://newsbbc.co.uk/2/business/7935768.htm> .
45. Rudrappa S. Rendere l'India la "destinazione madre": esternalizzazione del lavoro a surrogati indiani. *Res Sociol Work*. 2010; 20 : 253–85.
46. Pande A. Questa nascita e quella: maternità surrogata e maternità stratificata in India. *Philosophia*. 2014; 4 : 50–64.
47. Vora K, Malathi MI. Cittadino, soggetto, proprietà: maternità surrogata indiana e mercato globale della fertilità Riproduzione assistita attraverso i confini: prospettive femministe su normalizzazioni, interruzioni e trasmissioni. New York, NY: Routledge; 2017. pagg. 25–36.
48. Saravanan S. Un approccio etnometodologico per esaminare lo sfruttamento nel contesto della capacità, fiducia ed esperienza della maternità surrogata commerciale in India. *Philos Ethics Humanit Med*. 2013; 8:10 . [PMCID: PMC3751819] [PubMed: 23962325]
49. Weis CC. [Tesi di dottorato non pubblicata] De Montfort University; 2017. [Ultimo accesso l'11 gennaio 2020]. Migrazioni riproduttive: lavoratori di maternità surrogata e riproduzione stratificata a San Pietroburgo. Disponibile su: <https://dordmuacuk/bitstream/handle/2086/15036/PhD%20Thesis%20Weis%20Reproductive%20Migrations%20Final%20Version%20Dec%202017.pdf?sequence=1> .
50. Pande A. "Almeno non vado a letto con nessuno": Resistendo allo stigma della maternità surrogata commerciale in India. *Stud femminista*. 2010; 36 : 292–312.
51. Timms O. Fine della maternità surrogata commerciale in India: significato della legge sulla maternità surrogata (regolamento), 2016. *Indian J Med Ethics*. 2018; 3 : 99–102. [PubMed: 29550749]
52. Ministero della Salute e del benessere familiare. Surrogacy (Regulation) Bill 2016. New Delhi: Government of India; 2016. [Ultimo accesso il 3 gennaio 2020]. Disponibile da: [http://www.prsindia.org/uploads/media/Surrogacy/Surrogacy%20\(Regulation\)%20Bill,%202016.pdf](http://www.prsindia.org/uploads/media/Surrogacy/Surrogacy%20(Regulation)%20Bill,%202016.pdf) .
53. Leggi sulla maternità surrogata India. Leggi sulla maternità surrogata India. 2018. [Ultimo accesso il 20 gennaio 2020]. Disponibile da: http://surrogacylawsindia.com/legal.php?id=%207&menu_id=71 .
54. Indian Council of Medical Research. Linee guida nazionali per la supervisione e la regolamentazione delle cliniche ART in India Indian Council of Medical Research. 2005. [Ultimo accesso il 20 gennaio 2020]. Disponibile da: http://icmrnicin/art/art_clinics.htm .
55. Ministero della Salute e del benessere familiare. Il disegno di legge (regolamento) sulla tecnologia di riproduzione assistita 2008. Ministero della salute e del benessere familiare; 2008. [Ultimo accesso 20 gennaio 2020]. Disponibile da: http://www.prsindia.org/uploads/media/vikas_doc/docs/1241500084~DraftARTBill.pdf .
56. Indian Council of Medical Research. Registro nazionale delle cliniche e delle banche di tecnologia di riproduzione assistita (ART) in India. Consiglio indiano di ricerca medica; 2010. [Ultimo accesso 20 gennaio 2020]. Disponibile su: <http://www.icmrnicin/icmrnews/art/art.htm> .

57. Governo dell'India. Cittadini stranieri del Ministero degli affari interni (Divisione Stranieri) [compresi i titolari di carta Overseas Citizen of India (OCI)] che intendono visitare l'India per commissionare la maternità surrogata, no 25022/74/2011-F1 Vol 3; 3 novembre 2015. [Ultimo accesso il 01 febbraio 2020]. Disponibile su: <http://mha1nicin/pdfs/surrogacy03112015pdf>.
58. Serafini P. Outcome e follow-up dei bambini nati dopo la maternità surrogata IVF. *Hum Reprod Update*. 2001; 7 : 23–7. [PubMed: 11212069]
59. Parkinson J, Tran C, Tan T, Nelson J, Batzofin J, Serafini P. Esito perinatale dopo fecondazione surrogata *in vitro*. *Hum Reprod*. 1999; 14 : 671–6. [PubMed: 10221693]
60. Middelburg KJ, Heineman MJ, Bos AF, Hadders-Algra M. Neuromotor, cognitivo, linguaggio e risultati comportamentali nei bambini nati dopo IVF o ICSI-una revisione sistematica. *Hum Reprod Update*. 2008; 14 : 219–31. [PubMed: 18367619]
61. Bos H, van Balen F. Figli delle nuove tecnologie riproduttive: genitorialità sociale e genetica. Consigli per l'educazione del paziente. 2010; 81 : 429–35. [PubMed: 20950985]

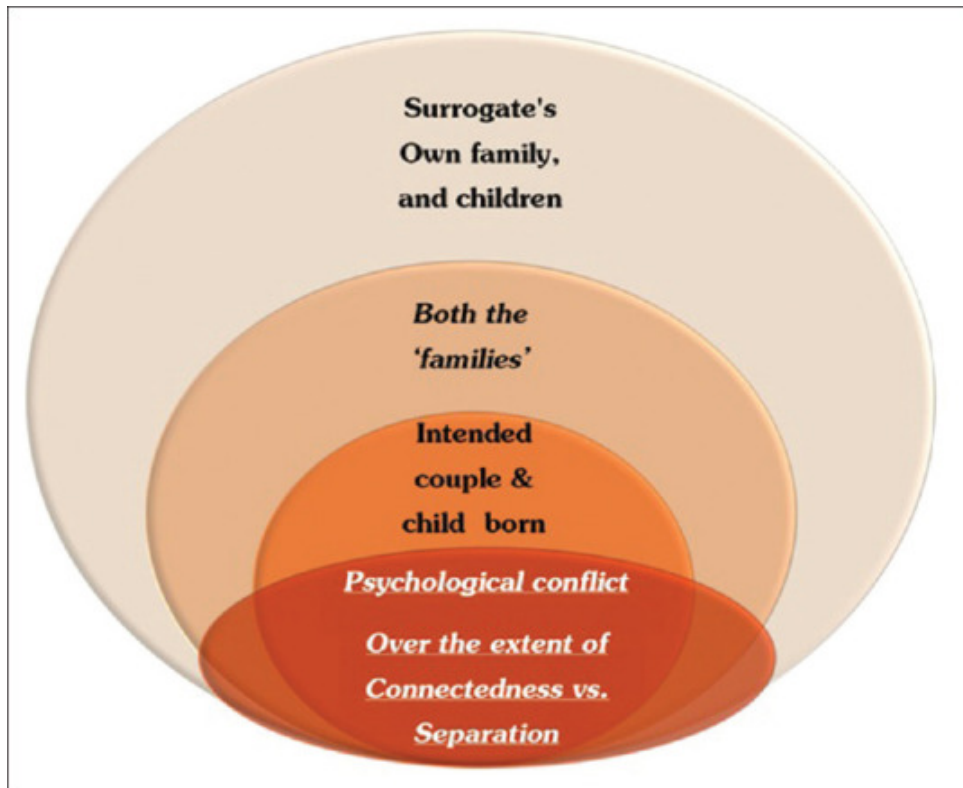
Figure e tabelle

Figura 1



Il ciclo della maternità surrogata

figura 2



Conflitto psicologico relativo al senso di connessione rispetto alla separazione affrontato dai surrogati [[9](#) , [11](#) , [23](#) , [24](#)]

Gli articoli del Journal of Human Reproductive Sciences sono forniti qui per gentile concessione di **Wolters Kluwer - Medknow Publications**