

Paola Castelli Gattinara, Cristiano Ardevini,
Enrico Costantini, Giovanna Morganti, Antonio Onofri

I TRAPIANTI D'ORGANO NELLA PROSPETTIVA COGNITIVO-EVOLUZIONISTA

INTRODUZIONE

L'area della chirurgia dei trapianti rappresenta un esempio paradigmatico dei sensazionali progressi della medicina occidentale. Patologie la cui diagnosi comportava fino a poco tempo fa una condanna a morte per il malato lasciano oggi aperte speranze sostanziali di trattamento. Purtroppo, i miglioramenti tecnici che hanno attraversato il campo della scienza medica non si sono sempre accompagnati ad un parallelo incremento dell'attenzione per le implicazioni psicologiche. La componente tecnica, l'intervento sul corpo in quanto entità autonoma e sganciata dalla mente, domina perlopiù le preoccupazioni degli operatori sanitari. Ma trascurare i complessi riflessi emotivi sul decorso clinico vuol dire quanto meno minare l'efficacia del progetto di trattamento e inficiarne gli indiscutibili elementi di cura.

Per questi motivi, la psicologia è stata investita del problema dei trapianti per più di un aspetto: innanzitutto per quanto riguarda il miglioramento dell'informazione alla popolazione generale (con apposite campagne di informazione sanitaria) o a settori particolari di essa, combattendo il propagarsi a volte di idee irrazionali o palesemente false sull'argomento, poi per quanto riguarda la messa a punto di tecniche più appropriate per effettuare la richiesta di donazione di organi ai familiari di persone appena decedute (particolarmente difficile perché si tratta molto spesso di morti traumatiche e improvvise di persone giovani) e infine per monitorare e intervenire nelle reazioni dopo la donazione (da parte dei familiari del donatore e del ricevente stesso) (Procaccio *et al.*, 2000; Matesanz *et al.*, 2002; Onofri, 2003; Onofri, 2004).

L'ESPERIENZA DEL CORPO NEI TRAPIANTI D'ORGANO

La tradizione del pensiero occidentale si fonda su un dualismo antropologico che considera il corpo e l'anima come due entità separate e reificate. Secondo questo modo di pensare, che ha portato all'attuale metodo scientifico, l'idea di sostituire un organo del corpo umano attraverso un trapianto, non costituisce un problema. Il corpo umano, infatti, è visto come una "macchina" che può essere scomposta e analizzata dal punto di vista dell'anatomia, della fisiologia e della biologia. Il cuore, il fegato, il rene e gli altri organi sono pensati come parti di un motore il cui funzionamento permette la vita dell'essere umano (macchina); e possono quindi essere riparati o sostituiti nel caso in cui venga meno la loro funzionalità.

In altre parole, il rapporto con il corpo, secondo la tradizione del pensiero occidentale, dove vedere e conoscere sono tutt'uno, appartiene all'ordine della rappresentazione piuttosto che all'ordine dell'esperienza. Un corpo alienato perciò da quell'esperienza originaria che fa del corpo di ciascuno di noi il primo veicolo di conoscenza del mondo. Un'alienazione estremamente visibile in tutti quei disturbi psicologici che fanno del corpo un ostacolo alla vita piuttosto che un veicolo per esplorare il mondo.

Anche la metafora che organizza l'esperienza del medico quando affronta la problematica del trapianto di un organo è, dunque, limitata a quella del corpo come una "macchina". La sua principale preoccupazione sarà perciò quella di far sì che l'organo trapiantato, giustamente, si integri adeguatamente da un punto di vista biologico; credendo di comprendere, così, anche l'aspetto mentale.

La preoccupazione del medico sarà quindi rivolta a rassicurare il paziente, da un punto di vista tecnico, della buona riuscita dell'operazione; comprendendo così solo un lato dell'esperienza del malato, che per essere invece compresa nella sua totalità ha bisogno di una visione in cui il corpo umano venga visto come un organismo unitario con degli scopi.

LA PROSPETTIVA COGNITIVO-EVOLUZIONISTA

Diverse e variegate cornici teoriche hanno cercato di comprendere in una visione unitaria la mente e il corpo che Cartesio aveva diviso (Damasio, 1995). Lo scenario si è così sempre più trasformato in quello di una mente che dialoga con il corpo, in un processo in cui la ricorsività si fa principio fondante. In una simile direzione si muove la prospettiva cognitivo-evoluzionista (Liotti, 1994; 2001). La costruzione e organizzazione di significati vengono immaginate su base innata. Il terreno in cui si trova ad operare è il mondo delle relazioni interpersonali, con le sue complessità e mutevolezze. Conoscere e attribuire senso si configurano come processi intersoggettivi.

vi per loro stessa natura, vista la loro inscindibilità dall'esperienza relazionale. Il vissuto e l'esperienza personali si fanno così rappresentazione mentale della relazione. Livello, questo, che si pone come irrinunciabile, con le aspettative e i significati che con sé veicola, nel processo di regolazione e controllo dell'agire concreto dell'individuo. Molteplicità di motivazioni, si diceva. Ma anche loro organizzazione gerarchica, nella filogenesi e al contempo nell'ontogenesi. In tal senso deve intendersi il primato conferito, nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, al sistema dell'attaccamento, identificato e descritto in origine dallo psichiatra inglese John Bowlby (Bowlby, 1972). Questo sistema motiva l'individuo a rivolgersi ad un conspecifico, costruito come più saggio e autorevole, per ottenerne protezione e conforto in momenti di percepita vulnerabilità. Nulla di più semplice, quindi, immaginare una sua cronica attivazione in chi al trapianto si sottopone e in chi del trapiantato in famiglia si prende e si prenderà cura nel lungo percorso di trattamento. Attivazione del bisogno di cura, certo, come momento ineludibile, perché governato da un "motore" biologico; ma soggettiva, idiosincratca, la modalità con cui nella concretezza del mondo quel bisogno verrà perseguito. Perché frutto dell'esperienza del singolo individuo, che si è fatta schema mentale, conoscenza semantica, astrazione della relazione, sua rappresentazione, modello operativo interno. E in funzione dei suoi variegati contenuti cognitivo-affettivi, la condizione, già di per sé "traumatica" della malattia, può porsi come momento esistenziale difficilmente modulabile nel suo declinarsi emozionale. Come dicevamo, il trapianto, e l'esperienza che ne deriva, può infatti diventare l'innescò di reazioni psicopatologiche quali disturbi d'ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress (Dew *et al.*, 1998).

L'approccio cognitivo-evoluzionista considera quindi anche la malattia somatica alla luce dei processi conoscitivi di sé e degli altri, attraverso processi che permettono all'individuo di dare un significato alle proprie esperienze, organizzando le convinzioni, i pensieri, le sensazioni e le emozioni in un tutto coerente e unitario.

L'esperienza del corpo, in questa ottica, è vista come l'esperienza di base con cui conosciamo noi stessi; indispensabile perciò ai processi cognitivi. Nel corpo, infatti, si avverte il continuo modularsi del nostro sentire, la dimensione che dà il senso di continuità all'essere umano (Guidano, 1997).

Secondo l'approccio cognitivista l'organo trapiantato non deve integrarsi solo biologicamente in chi lo riceve, ma deve trovare, per così dire, una sua collocazione nello spazio mentale del malato. L'organo trapiantato non viene visto, cioè, solo come una protesi o un pezzo di ricambio, ma anche come uno dei luoghi della storia del suo donatore; storia che implica, per-

tanto, una sua integrazione nella rappresentazione del corpo di chi lo riceve, e una riorganizzazione dell'identità personale.

Ciò che è importante per lo psicologo cognitivista è, dunque, comprendere il modo in cui le diverse esperienze connesse alla presenza della malattia si articolano in significati personali e si declinano in rapporti interpersonali; comprensione che permette al malato di mantenere un senso coeso di sé di fronte ad esperienze che possono essere altamente traumatiche.

La presenza di un danno fisico così grave da implicare un trapianto rappresenta per un essere umano un evento critico, carico di significati, che comporta inevitabilmente una ristrutturazione dei propri schemi sia cognitivo-affettivi che relazionali. Le modalità con cui questa esperienza verrà elaborata è collegata perciò a diversi fattori: l'età di insorgenza della malattia e il suo quadro clinico, le relazioni interpersonali e la storia personale del paziente, la fase del ciclo di vita della famiglia, la storia familiare e così via. Tali variabili costruiscono, considerate in maniera unitaria, il significato personale che l'evento assume per ciascun individuo.

Quali fattori facilitano la capacità dell'individuo e dei suoi familiari ad organizzare ed elaborare esperienze che comportano un confronto continuo con gravi limitazioni fisiche e con la morte, e quali invece possono costituire dei fattori di rischio psicopatologico?

Queste sono grosso modo le domande a cui lo psicoterapeuta è chiamato a rispondere, proprio per comprendere il lato esperienziale dell'operazione chirurgica.

La prospettiva cognitivo-evoluzionista postula, come abbiamo detto, una stretta interdipendenza fra processi interpersonali, funzionamento mentale dell'individuo e la rappresentazione di sé. Ne deriva, pertanto, che la possibilità di padroneggiare l'ambiente e gli eventi traumatici connessi alla malattia è legata ai modelli relazionali che si sono strutturati nel corso dello sviluppo.

Alla base della costruzione e dello sviluppo delle strutture conoscitive di sé e degli altri, così fondamentali per comprendere l'esperienza psichica connessa al vissuto di malattia, vi è secondo l'approccio cognitivo-evoluzionista l'agire di cinque Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI) a base innata. Tali Sistemi regolano fin dalla nascita il comportamento del bambino, il quale è rivolto ad uno scopo che ha un importante valore adattivo (Liotti, 2001). I Sistemi Motivazionali forniscono, detto in altre parole, la cornice di significato alle specifiche esperienze relazionali che il bambino si trova a vivere.

Abbiamo già detto che il SMI più importante nello sviluppo del bambino è il sistema dell'attaccamento (Bowlby, 1972; Liotti, 1996).

A partire dalle esperienze interpersonali che il bambino vive con la figura di attaccamento (di solito un genitore), egli costruisce delle rappresentazioni generalizzate di queste interazioni, chiamate Modelli Operativi Interni (MOI). Liotti definisce questi schemi cognitivo-affettivi come “insieme di memorie e aspettative riguardanti tanto il sé del bambino quanto gli atteggiamenti di risposta dei genitori alle richieste di vicinanza che il bambino rivolge loro” (Liotti, 1996, pag. 66).

Questi schemi, oltre a guidare l'individuo nella formazione delle successive relazioni interpersonali, si costituiscono come forme di memoria implicita che sono alla base del senso soggettivo che ognuno ha di se stesso. I MOI svolgono un ruolo fondamentale anche nello sviluppo della capacità riflessiva del bambino e della sua capacità di regolare le emozioni (Fonagy, 2005; Colle, 2003).

In un legame di attaccamento sicuro, i MOI saranno flessibili e coerenti, tali da permettere al bambino di assimilare e articolare le sue molteplici esperienze.

In un legame di attaccamento insicuro, sia esso evitante o ansioso-resistente, i MOI risulteranno più rigidi e meno articolati, ma pur sempre sufficientemente integrati. La capacità del bambino di riflettere sui propri stati emotivi e di regolarli ne risulta però parzialmente compromessa, e porzioni della sua esperienza rimarranno così al di fuori del campo della coscienza.

Quando la relazione con il genitore è invece caratterizzata da forti sentimenti di paura verso di lui, come nel caso dell'attaccamento disorganizzato, il bambino si trova ripetutamente di fronte all'esperienza paradossale di sentirsi contemporaneamente spinto ad avvicinarsi e a fuggire via dalla figura che è fondamentale per la sua sopravvivenza. L'impossibilità di organizzare un comportamento di attaccamento coerente costringerà il bambino a confrontarsi con rappresentazioni di sé e degli altri multiple, incompatibili e frammentate (Liotti, 1996; 1998); la sua capacità di riconoscere e riflettere sul suo mondo interno, così come la capacità di regolare gli affetti e di stabilire relazioni positive con gli altri sarà pertanto seriamente compromessa. In questo senso la disorganizzazione dell'attaccamento e la mancanza di una base sicura possono essere considerate la forma più precoce di esperienza traumatica (Liotti, 2004) e può essere responsabile della difficoltà dell'individuo di modulare gli stati di eccessiva attivazione emotiva collegati ad eventi critici della sua vita.

È possibile ipotizzare che il tipo di MOI che l'individuo ha costruito nel corso dello sviluppo influenzerà la sua capacità di fronteggiare eventi stressanti e/o di chiedere aiuto quando ne ha bisogno. La qualità del legame di

attaccamento che un individuo ha sperimentato può costituire, pertanto, o un fattore di rischio o un fattore protettivo rispetto all'insorgere di disagi psicologici dovuti alla presenza di malattie così gravi.

LA MALATTIA COME EVENTO TRAUMATICO

L'impatto emotivo di una malattia grave sull'individuo e sulla famiglia, costituisce un evento traumatico che interrompe il senso di continuità e integrità personale, elicitando emozioni intense di paura, di rabbia, di dolore, di senso di confusione, ecc.

Esso minaccia, perciò, il sé di un individuo, il quale – sentendosi vulnerabile – attiva il sistema dell'attaccamento. La presenza di MOI positivi di sé e degli altri gli consentiranno, perciò, di utilizzare strategie efficaci per difendersi dagli effetti psicologici del trauma, riuscendo a controllare e a dare significato anche a quelle situazioni in cui la sua stessa sopravvivenza è seriamente minacciata (Cotugno, 1999; Costantini e Monticelli, 1999). La presenza di MOI negativi e disorganizzati rende, invece, l'essere umano incapace di fronteggiare gli stressor esterni, non potendo contare su un senso interno di sicurezza e sulla possibilità di ricevere aiuto e protezione dagli altri.

In particolare, egli si sentirà facilmente sovrachiato dalle esperienze minacciose reali (ospedalizzazioni, interventi chirurgici, trattamenti invasivi ecc.). Le immagini, le sensazioni e le emozioni relative a queste esperienze verranno codificate in modo frammentario e distorto, vissute soprattutto a livello del corpo come percezioni terrifiche, ondate emozionali, incubi angosciosi ecc., tali per cui saranno difficilmente integrate in una narrazione cosciente.

In altre parole, la minaccia all'integrità fisica rappresentata dalla malattia può trasformarsi facilmente in una minaccia all'integrità mentale e al senso di continuità personale, dando luogo a reazioni psicopatologiche come ansia, depressione e disturbi post traumatici da stress (PTSD) non solo nel malato, ma anche in chi si occupa attivamente di lui. Questa condizione è più probabile quando nella storia dell'individuo siano presenti altre esperienze traumatiche o lutti non risolti che non hanno permesso la correzione delle originarie rappresentazioni mentali disorganizzate, e la costruzione di esperienze interpersonali positive.

Numerose ricerche, infatti, dimostrano come dopo un trapianto, anche quando le condizioni di vita del paziente migliorano rispetto a prima dell'intervento, la presenza di PTSD nel paziente e/o in chi si occupa di lui sia piuttosto elevata e sempre connessa a esperienze traumatiche precoci e lutti non risolti (Stuber, 2003; Stukas, 1999; Manne, 2002).

Gotzmann e Schnyder (2002), in uno studio sul trapianto cardiaco, hanno riscontrato una incidenza del 17% di PTSD nei malati, mentre uno studio condotto sui caregivers (Dew, 2004) ha dimostrato un'incidenza di PTSD del 22%, nonostante la buona riuscita del trapianto e il conseguente alleggerimento dell'impegno di accudimento verso il malato.

Questi studi, come pure le considerazioni appena svolte, indicano l'importanza dell'attenzione che andrebbe rivolta alla presenza di traumi non risolti nel paziente e in chi lo segue, proprio per l'alta probabilità di una loro riattivazione in occasione del trapianto. La peculiare modalità di elaborazione dell'esperienza, e il significato personale che questo evento assume, infatti, può essere sganciata dalle condizioni fisiche reali del soggetto (per esempio un miglioramento organico), e portarlo a sperimentare comunque un intenso disagio mentale, che potrebbe rendere più difficile tutto il processo di guarigione.

Attraverso il resoconto di un caso clinico, Gotzmann e Schnyder (2002) sottolineano però come il trapianto possa anche rappresentare una occasione di rielaborazione di esperienze psichiche disturbanti del passato che non erano state risolte, permettendo ora al paziente di costruire una narrazione di sé più coerente e coesa.

LE FASI DEL TRAPIANTO

La complessità delle problematiche collegate al trapianto non ci consente di descrivere in modo esauriente l'esperienza psicologica che sottende le diverse patologie organiche che portano a dover subire un trapianto; tanto più che ogni quadro clinico, con le sue caratteristiche specifiche, contribuisce a dar forma e a modulare la dimensione affettiva e interpersonale propria di ciascun individuo e di chi gli sta accanto.

È possibile, però, individuare alcune fasi comuni a tutti gli interventi di trapianto (Brown e Kelly, 1984; Rossi, 2001) e delineare alcune problematiche psicologiche ad esse più frequentemente connesse. Le riflessioni che svolgeremo riguardano, a nostro avviso, tanto il ricevente, quanto i suoi familiari.

Le fasi principali, a nostro avviso, sono: 1) la proposta e l'accettazione dell'intervento di trapianto, 2) l'inserimento in lista di attesa, 3) l'operazione di trapianto, 4) il decorso post-operatorio.

Proposta e accettazione dell'intervento. La proposta di trapianto da parte dei medici, da un punto di vista emotivo, comporta spesso la riattivazione del dolore provato al momento della comunicazione della diagnosi, aggravato da un aumento di ansia per l'incertezza della prognosi. In alcuni tipi di

malattie come la fibrosi cistica, la proposta di trapianto, per esempio, può rappresentare il fallimento degli sforzi fatti per contenere il progredire della patologia e attivare un senso di rabbia e di frustrazione (Rossi, 2001), ma allo stesso tempo costituisce un'ultima chance che lascia il malato e i familiari sospesi fra la speranza di vivere e l'angoscia di morte.

Per poter modulare l'intensità dei diversi stati d'animo elicitati da questa situazione, ed evitare rigidi meccanismi di negazione è necessario che le informazioni fornite dai medici sulle possibilità e i limiti dell'intervento chirurgico siano fin dall'inizio estremamente chiare e attente alla capacità di comprensione del malato e della famiglia.

Infatti può diventare impresa ardua, per il paziente e per i suoi familiari, confrontarsi con una simile realtà. Il procedere inarrestabile della malattia, con il deficit funzionale d'organo che ne consegue, si fa concreta minaccia alla sopravvivenza, innescando comprensibili angosce di morte. Al contempo, la possibilità del trapianto, unica vera soluzione di cura, si colora di significati salvifici, ostacolo prima alla comprensione e poi alla elaborazione delle difficoltà che il percorso terapeutico comporterà. In alternativa, l'esperienza soggettiva in simili frangenti può muoversi verso una negazione del peggioramento dello stato di salute. Il paziente vive allora come incomprensibili e/o catastrofizzanti le informazioni e i suggerimenti dei medici, espressione di un'erronea diagnosi e/o di un'incompetenza degli operatori. Rabbia e delusione possono farsi "*qualia*" dell'esperienza soggettiva, ponendo ostacoli, a volte insormontabili, per la costruzione di un adeguato progetto terapeutico. Sono questi solo alcuni dei molteplici esempi in cui il significato costruito rispetto all'esperienza relazionale rimanda agli schemi cognitivo-affettivi personali nell'ambito dei diversi sistemi motivazionali su base innata, postulati dall'ottica cognitivo-evoluzionista.

La necessità del trapianto sancisce l'avvio delle procedure di valutazione dell'adeguatezza del paziente come potenziale candidato. Esami medici e/o di natura psicologico/psichiatrica sottopongono paziente e familiari ad un impegno emotivo spesso intenso, in cui i significati personali si mescolano all'esperienza di un contesto relazionale centrato su giudizio e valutazione. Le informazioni raccolte dall'*équipe* medica condizioneranno il prosieguo o meno del percorso verso l'intervento chirurgico, vera unica possibilità di cura in molte di queste situazioni cliniche. E se l'approfondimento "medico" poco si presta a distorsioni più o meno intenzionali del paziente al fine di indirizzarne i risultati, diverso è il discorso per quanto riguarda la valutazione psicologico-psichiatrica. La cornice di "valutazione", con le implicazioni che veicola rispetto alla possibilità o meno di accedere alla cura, può condizionare l'autenticità del dialogo e la veridicità delle informazioni for-

nite. Aspetto di non trascurabile importanza, quando si pensi che atteggiamenti quali abuso di alcool, di sostanze stupefacenti, dipendenza dalla nicotina, e disturbi psichiatrici quali la depressione incidono, seppure con significatività diversa, sul decorso post-operatorio a medio e lungo termine (Levenson *et al.*, 1993). Giudizio e valutazione, in un contesto siffatto, diventano inscindibili dall'idea di essere meritevoli di una cura, di essere considerati "adatti" all'intervento terapeutico. Nulla di più facile, almeno per alcuni, immaginare, e forse confermare, che il proprio bisogno di cura rimandi e si leghi ad un senso di dignità/indegnità personale.

Risulta centrale, per un'ottimale conduzione dell'iter diagnostico, la definizione concorde dei diversi parametri passibili di valutazione e la costruzione di un atteggiamento equilibrato e condiviso nei confronti dell'etica della cura (Corley *et al.*, 1998; Surman *et al.*, 1996). Problema che si staglia ineludibile quando l'accesso alla cura è condizionato da limitatezze profonde delle risorse disponibili, come è ancora il caso nei trapianti d'organo. Convergenza di vedute tra gli operatori, in particolare quando raggiunta attraverso scambi dialogici, vuol dire maggiore facilità di relazione con il paziente e la sua famiglia. Perché l'interlocutore trova un contesto coeso, coerente, che si muove con chiarezza e linearità. Vuol dire anche minore carico emotivo sugli operatori, che attraverso la dimensione collaborativa e di mutualità reciproca sviluppano un fondamentale senso d'appartenenza al gruppo. E può infine sostanziarsi nella progettazione prima e nella implementazione poi, di alcuni interventi pragmatici, in grado di assumere già valenza terapeutica. Il riferimento è al ricorso di procedure educazionali e psicoeducazionali per il paziente e i suoi familiari, in cui la dimensione dell'informazione come strumento di guida e accudimento si miscela a quella della collaborazione e dell'"empowerment" (Fall *et al.*, 2001; Kurtz *et al.*, 1997; Funnell *et al.*, 2003; Glasgow *et al.*, 2002). L'obiettivo, ambizioso e al contempo vitale, è costruire fin dall'inizio un'atmosfera in cui il contesto di cura non assuma per il paziente esclusivi significati di dipendenza, passività e subordinazione. Il messaggio, implicito e perciò stesso potente, rimandato con l'intervento psicoeducazionale, mira invece a configurare un coinvolgimento del paziente come soggetto attivo, impegnato con l'*équipe* nell'impresa congiunta del progetto di trattamento.

Qualunque intervento assistenziale prolungato nel tempo, che rimanga centrato sul prevalente controllo da parte dell'operatore ha infatti prodotto e continua a produrre risultati piuttosto deludenti (Wagner *et al.*, 2001). Nell'ottica cognitivo-evoluzionista, si potrebbe allora dire, i contenuti dei protocolli psicoeducazionali (nel campo dei trapianti d'organo ma non solo)

assumono valore significativo, anche se subordinato alle dimensioni relazionali in cui si inscrivono. Contenuti la cui specificità è funzione della fase del processo terapeutico in cui il paziente e la sua famiglia si trovano.

Inserimento nella lista di attesa. Questa fase è caratterizzata da un elevato grado di incertezza e da un continuo stato di allarme; possiamo dire, in un certo senso, che la morte e la non-morte sono contemporaneamente presenti nella esperienza del malato e di chi gli sta vicino. Per questo è facile oscillare fra momenti di paura, di rabbia, di sensi di colpa verso il donatore e gli altri membri della famiglia, e momenti di forte vicinanza, complicità e speranza.

Una ragazza di 20 anni affetta da fibrosi cistica descrive così questi momenti:

La cosa più terribile di quel periodo era lo squillo del telefono mentre stavo per addormentarmi. Non sapevo che cosa mi facesse più paura, se essere chiamata per l'operazione o il fatto che ancora non lo fossi. Dopo ogni telefonata stavo per ore intere con gli occhi sbarrati e un senso di stordimento, senza capire bene dove mi trovassi.

Aspettare in una condizione di “sospensione” è comunque un fattore acuto di stress anche per gli altri membri della famiglia. Può succedere che coloro che più direttamente sono coinvolti con il malato oscillino fra presenza e assenza nell'interazione con lui, sperimentando desideri di fuga da una situazione avvertita come insostenibile e senso di colpa per questo.

La capacità di tollerare una condizione di estrema incertezza e di modulare i propri stati mentali utilizzando anche i rapporti interpersonali in modo adeguato è, come abbiamo visto, strettamente collegata alla qualità dello stile di attaccamento e alla risoluzione di traumi precedenti. Nel caso della ragazza affetta da fibrosi cistica, per esempio, sua madre, una donna ansiosa ed iperprotettiva, aveva deciso di intraprendere un'impegnativa attività lavorativa contemporaneamente all'inserimento in lista della figlia. Questo aveva intensificato la conflittualità della loro relazione e aveva portato la ragazza a rivolgersi maggiormente al padre, con conseguenti sensi di colpa e rabbia da parte della madre. Solo molto tempo dopo il trapianto, la madre capì quanto l'impossibilità per lei di mantenere un contatto intimo con la figlia fosse collegato al riattivarsi del lutto per il suo primo bambino, morto all'improvviso poco prima della nascita della ragazza. L'evitamento della relazione con lei era stato l'unico modo per affrontare stati d'animo per lei intollerabili.

Nel periodo dell'attesa della disponibilità di un organo compatibile troviamo quindi inevitabilmente la presenza contemporanea, o più spesso altalenante, di sentimenti di trepida attesa, di speranza, di incertezza sul futuro. È come se si dovesse passare, in più occasioni, dalla prospettiva di vivere a quella di prepararsi alla morte. Inevitabile che il tono dell'umore marchi con fluttuazioni più o meno accentuate tali passaggi. È comprensibile come, alla luce di queste considerazioni, il periodo dell'attesa possa essere gravato dalla comparsa o esacerbazione di problematiche ansioso-depressive, come da più parti riferito in letteratura (Dew *et al.*, 1998; Fisher *et al.*, 1995). Disturbi che, oltre a peggiorare la qualità di vita del paziente e dei familiari, ostacolano la motivazione a modificare atteggiamenti dannosi per il proprio stato di salute (abuso di alcool, fumo, equilibri alimentari), cambiamento finalizzato a rendere più agevole la gestione del momento post-operatorio. Diventa più vaga e fluttuante la percezione della necessità di prendersi cura di sé, a maggior ragione quando la storia del singolo paziente preveda esperienze traumatiche di varia natura nell'ambito delle sue relazioni di attaccamento. Fallimenti più o meno gravi in quell'area della relazionalità umana impediscono la costruzione di strutture mentali in grado di attribuire valore a modalità funzionali e protettive di auto-accudimento. In altre parole, se mancano esperienze empatiche nella dimensione di attaccamento, complicata diventa la cura di sé. Ed è quindi facilmente comprensibile, dicevamo, come il decisivo ruolo di sostegno dei familiari del paziente possa risentire delle immancabili asperità che il periodo dell'attesa induce negli equilibri relazionali. L'ostacolo alla cura di sé può allora ingigantirsi, proprio per la percezione del paziente di essere lasciato solo ad affrontare le difficoltà del momento. Ricordiamo le vicissitudini della percezione di sé, e nello specifico del proprio corpo, a seguito di un trapianto d'organo. È di solito questo il primo momento in cui il paziente si confronta con l'idea che un "frammento" della propria identità biologica sarà sostituito con un "frammento" dell'identità di un altro. Complesse e numerose possono essere le implicazioni emotive, tanto che una loro trattazione esaustiva sarebbe ben al di là degli scopi di questo lavoro. Basti comunque dire che quel frammento ha il volto di un'altra persona, a volte sconosciuta, come nell'espianto/trapianto da cadavere, altre volte conosciuta, come nel caso in cui il donatore sia un membro della famiglia del paziente. E che si tratta di integrare quell'esperienza relazionale, con i suoi molteplici significati, dentro di sé, dentro quella forma di base dell'identità umana che al corpo rimanda. Un corpo che sempre è legato, nella matrice intersoggettiva che informa sin dal primo vagito l'esistere dell'uomo, al corpo dell'altro.

Periodo complesso dal punto di vista psicologico quello dell'attesa, che propone agli operatori la preoccupazione di contenere i momenti di sconforto del paziente e della sua famiglia, sostenendone al contempo la motivazione. Di nuovo, un'atmosfera collaborativa tra i diversi componenti del team, dove ognuno contribuisca su un piano di pariteticità con le proprie competenze, si presenta come un elemento indispensabile per una più efficace gestione dei passaggi delicati. Non solo: da più parti sempre più viene sottolineata la necessità di integrare, nel progetto di trattamento dei trapianti d'organo, elementi psicoterapeutici, che s'affianchino all'educazione, alla psicoeducazione e ai gruppi di auto-aiuto guidato (Fall *et al.*, 2001). Integrazione, nel senso di impiego, sequenziale e/o contemporaneo, di interventi di cura diversi, dove proprio la dimensione dello scambio dialogico e paritetico tra i diversi operatori diventa un aspetto centrale.

L'intervento chirurgico di trapianto. Riassume e coagula una storia di ripetuti eventi traumatici, come il momento della diagnosi, le acuzie della malattia, le terapie dolorose, ecc. In particolare i bambini possono sperimentare questo evento come una forte minaccia alla propria integrità e sentirsi sopraffatti da emozioni di paura e dolore. È ovvio che la qualità dei rapporti affettivi e una buona preparazione al trapianto da parte di un'*équipe* medica attenta anche alla dimensione emotiva e interpersonale, può diminuire l'angoscia del momento e facilitare il successivo processo di adattamento (Rossi, 2001; Gangheri, 2002).

Il decorso post-operatorio. Questo è un momento di estrema vulnerabilità. Il malato deve confrontarsi con il senso di solitudine connesso al lungo periodo di isolamento in terapia intensiva, con la paura del rigetto o dell'insorgenza di complicanze, con il prolungarsi del dolore fisico verso cui ora è insofferente, con continui controlli clinici, con terapie che perdurano anche dopo le dimissioni. Come dimostra una recente ricerca relativa al trapianto di fegato (Gangeri, 2002), la capacità di adattarsi alle problematiche del dopo trapianto è strettamente collegata agli atteggiamenti cognitivi ed emotivi dell'attesa e alla possibilità di una loro elaborazione.

Per il paziente inizia il lungo e complesso processo di integrazione di un organo che non fa ancora parte del proprio senso di sé; il modo in cui egli rappresenterà l'organo donato e la relazione con il donatore, sia esso vivo o morto, avrà caratteristiche specifiche ed uniche per quell'individuo, influenzando il senso interno che avrà di se stesso e il suo interagire con la realtà.

In questa fase possono emergere paure circa la possibilità di un cambiamento delle relazioni interpersonali fra il malato e la sua famiglia e difficoltà nella progettualità futura e nella riorganizzazione del nucleo familiare che tenga conto delle mutate condizioni cliniche.

Un'attenzione alla storia del paziente, alla qualità delle sue relazioni affettive e alla sua peculiare modalità di organizzare le esperienze è fondamentale pertanto per comprendere appieno il significato dell'esperienza che il malato e i suoi familiari si trovano a vivere nelle diverse fasi della malattia e dell'intervento chirurgico. Solo così è possibile dare un senso ai comportamenti messi in atto e declinare la relazione anche in base alle necessità emotive.

L'atmosfera emozionale che avvolge paziente e famiglia viene da più parti descritta come una sorta di "luna di miele" (Dew, 2000; Engle, 2001). Il sollievo legato alla disponibilità dell'organo si miscela alla gioia evocata dall'assistere al progressivo miglioramento dello stato clinico del paziente, foriero, almeno nelle aspettative, di un ritorno più o meno rapido a condizioni di vita "normali". Uno stato mentale siffatto è un potente motore per la motivazione a confrontarsi con le numerose e diversificate richieste delle fasi successive. Nasconde, però, anche qualche insidia. Nel senso che può impedire di registrare con accuratezza le informazioni fornite dagli operatori rispetto ai rischi incombenti nel futuro. Predisponendo così alla concreta possibilità di esperienze di profondo sconforto e di cocente delusione quando quegli ostacoli, con i loro riflessi e implicazioni, dovessero verificarsi. Le asperità del periodo perioperatorio non si limitano alla comparsa più o meno eclatante di un'atmosfera ottimistica. Non va dimenticato che questo momento rappresenta, lungo il percorso di cura, una sorta di cuscinetto temporale preparatorio alla dimissione. Esigenze, sentite in tutto il mondo occidentale, di ottimizzazione della spesa sanitaria impongono, tra l'altro, coartazioni sempre più marcate dei tempi di degenza. Il che può voler dire, per il paziente e familiari, fare i conti con un precoce senso di abbandono, solitudine e mancanza di protezione. Se poi, come è ormai prassi comune (Trzepacz *et al.*, 2000), vi si aggiunge il cambiamento della figura professionale che dall'inizio ha coordinato i rapporti tra *équipe* e paziente/famiglia, si capisce come quello stato d'angoscia possa amplificarsi. È senza dubbio il caso di introdurre, subito dopo l'intervento, la nuova figura coordinatrice, che s'affianchi alla vecchia e permetta lo sviluppo graduale di familiarità e confidenza. Lo stesso utilizzo di interventi educazionali va pensato e realizzato nell'ottica di favorire rassicurazioni rispetto alle successive separazioni. La ridondanza di informazioni, lungi dal rappresentare una banale perdita di tempo ed

un fardello per i diversi interlocutori, può farsi veicolo di un simile intento contenitivo.

Se il clima relazionale costruito assume tale carattere, può diventare meno impegnativa la gestione di quella che viene considerata la fase più gravosa, dal punto di vista psicologico, dell'intero percorso di cura, vale a dire il primo anno successivo al trapianto (Switzer *et al.*, 2000; Bravata *et al.*, 1999). Sono numerose, infatti, le difficoltà che paziente e familiari si trovano ad affrontare, come i cambiamenti fisici e le complicanze precoci del rigetto, l'adesione al complesso regime terapeutico post-trapianto, il riaggiustamento di aspetti diversi della propria identità, da quello corporeo a quello che rimanda ai nuovi equilibri relazionali da costruire tra paziente e familiari, in virtù dei cambiamenti esistenziali a più livelli. Proprio intensità e complessità dei suddetti disagi rendono ragione del fatto che alcuni disturbi psichiatrici legati al trapianto, quale una forma specifica di disturbo post-traumatico da stress, abbiano la loro preferenziale manifestazione nel primo anno che segue il trapianto (Dew *et al.*, 2001; Stukas *et al.*, 1999). E spiegano la necessità, di solito sentita ed espressa da pazienti e famiglie, di mantenere un contatto costante e ripetuto con i diversi operatori dell'*équipe*. D'altronde, come numerose ricerche condotte nell'ambito delle malattie somatiche croniche dimostrano, è proprio l'istituzione di una rete relazionale di cura centrata sulla collaborazione nel tempo tra operatori e paziente a garantire i migliori risultati rispetto al decorso della malattia e alla compliance terapeutica. E forse una prospettiva come quella cognitivo-evoluzionista, in cui tanto valore viene attribuito alla relazionalità umana, e in particolare alle dimensioni che appartengono all'attaccamento e alla cooperazione paritetica, ne può fornire un'interessante chiave interpretativa.

IL CASO DI LARA

Al momento della prima visita, Lara aveva 23 anni e viveva con i genitori ed il fratello più piccolo di due anni. Era nata 16 mesi dopo una sorella, morta alcune ore dopo il parto. A causa dei continui trasferimenti lavorativi del padre, la famiglia non aveva mai avuto un luogo stabile di residenza e questo non aveva favorito la costruzione di solidi rapporti amicali tra pari. La famiglia, a causa dei continui litigi fra i genitori ("sono cresciuta fra litigi e minacce di divorzio"), aveva avuto diversi contatti con operatori della salute mentale. Già in prima seduta riferiva spontaneamente masturbazione compulsiva dai 5 ai 17 anni, enuresi fino a 12 anni, onicofagia fino alla fuoriuscita di sangue; problemi con cibo, peso ed immagine corporea.

Quattro anni prima le avevano diagnosticato un'insufficienza renale e da sette mesi era sottoposta a dialisi, in attesa del trapianto renale. Avevo avuto modo di visitare altre persone con un problema analogo e ciò che lasciava stupefatti era l'ap-

parente noncuranza, l'indifferenza, con cui dava questa informazione, come se non la riguardasse. Parlava di una malattia gravemente invalidante e di un intervento, il trapianto, che non si sapeva *quando* e *se* sarebbe stato possibile effettuare e che avrebbe potuto darle la morte o ridarle la vita, eppure ne parlava con una calma assoluta, tradita soltanto da un tremolio quasi impercettibile della voce. Fu quindi lo stupore la prima emozione forte che il terapeuta provò con Lara. La consapevolezza di questo stupore e le informazioni che aveva fornito fino a quel momento, permisero al terapeuta una prima ipotesi sulla sua peculiare modalità difensiva rispetto al dolore, abbastanza tipica delle situazioni di attaccamento evitante e disorganizzato..

Esauriti questi "doverosi" preliminari ("il problema renale ce l'ho e me lo tengo, devo soltanto aspettare la possibilità del trapianto e nel frattempo cercare di non pensarci"), passò rapidamente al motivo per il quale aveva chiesto la visita. Da sette mesi rifrequentava un ragazzo con cui, anni prima, aveva avuto una problematica storia affettiva. Dopo i primi giorni di "luna di miele" i contrasti erano nuovamente esplosi e, per non ripetere il passato, aveva deciso di farsi aiutare da uno specialista.

"Lui asserisce di sentire, tra noi, la presenza di un'altra persona ed allora io vorrei capire se c'è, anche se so che non c'è, oppure capire perché succede e se io ho un ruolo al riguardo. Effettivamente in passato l'ho tradito e gli ho detto bugie, ma ora no e non c'è modo di farglielo capire. Improvvisamente diventa cattivo, fa battutine sferzanti, mi insulta, mi aggredisce ed io, sentendomi ferita ingiustamente, faccio altrettanto. Seguono silenzi e chiusure da cui ci riprendiamo lentamente e con sempre maggiore difficoltà, perché lui legge la mia lontananza post-lite come l'ulteriore prova che ci sia un'altra persona. Ogni volta, ci ripromettiamo di non farci del male, ma puntualmente accade il contrario, in una sequenza disperata e disperante".

Era evidente come anche il ragazzo avesse problemi seri e come il suo ruolo nelle difficoltà di coppia fosse rilevante, ma anche lui aveva deciso di farsi aiutare ed aveva iniziato una psicoterapia. La paziente aveva esplicitato la sua meta (migliorare il rapporto con il suo ragazzo) ed il terapeuta accettò l'obiettivo preliminare di capire meglio la dinamica di coppia ed il ruolo della paziente nel determinarla, allo scopo di identificare gli ostacoli che si frapponevano al suo raggiungimento ed eventualmente elaborare un piano più adeguato, rimandando a quando si fosse sentita pronta per affrontare le problematiche legate all'insufficienza renale ed al trapianto che non potevano non giocare un ruolo importante nella dinamica di coppia e nella vita della paziente in generale. A questo stadio la cosa più importante era avere un obiettivo esplicito e condiviso, seppure interlocutorio, su cui iniziare a lavorare secondo una modalità il più possibile collaborativa.

Il lavoro così impostato portò dapprima ad una chiusura della paziente e poi alla individuazione di alcune convinzioni patologiche che la sostenevano. Divenne lentamente chiaro che le aggressioni del ragazzo erano precedute spesso da un allontanamento fisico e/o psichico da parte della paziente stessa, da un suo estraniamento anche indipendente dalla dinamica esplicita della relazione che, venen-

do lette dal fidanzato come la prova del suo menefreghismo e/o della presenza nella sua testa di un altro uomo, scatenavano le liti.

Quindi erano proprio le sue chiusure che ostacolavano il raggiungimento di un miglior rapporto, ma da che cosa erano innescate? Migliorando le sue capacità di autosservazione, la paziente mise a fuoco come gli antecedenti delle chiusure fossero solitudine, angoscia, dolore e in generale le emozioni spiacevoli. “Io cerco di far scivolare via i problemi e quando ci riesco è come se non vivessi a fondo le cose, però quando sto troppo male è come se non ci fossi più, mi distacco da me e dagli altri, mi chiudo ed è come se diventassi incapace di pensare e sentire e possono passare delle ore senza che riesca a riprendere i fili di me stessa. Finisco per trovarmi in un grande vuoto, come in una bolla. Non so perché, ma ho la sensazione che se l'altro mi abbracciava tutto finirebbe prima o non accadrebbe affatto. Ho sempre fantasticato di potere avere vicino un tutore, una persona saggia che capisse e provvedesse, che mi guidasse e proteggesse”.

Il lavoro sugli antecedenti delle chiusure, come era presumibile, fece emergere le terrorizzanti angosce di morte legate all'insufficienza renale ed al trapianto, ma nello stesso tempo cominciarono le “incomprensioni”, i ritardi alle sedute ed il salto per “dimenticanza” di alcune di esse. Era iniziata una lunga fase durante la quale mise duramente e ripetutamente alla prova l'affidabilità, la disponibilità e la competenza emotiva del terapeuta. L'analisi puntuale, ma assolutamente non critica di ciò e del suo significato intra ed interpersonale, permise alla paziente di affrontare il terrore all'interno di una relazione di aiuto che si manteneva stabile ed empatica nonostante le difficoltà e questo la indusse a fidarsi maggiormente sia di sé che del terapeuta. “Non ho mai potuto contare su qualcuno che ascoltasse veramente le mie paure senza che si spaventasse, fuggisse, minimizzasse o giudicasse ed io ho imparato a fare da sola. I miei genitori, forse per la prima volta, sono stati disponibili all'inizio dell'insufficienza renale, ma solo sul piano pratico. Il mio ragazzo dava chiaro segno di non voler parlare della mia malattia. A me non restava che cercare di fare finta di niente, come sempre”.

La crescente fiducia nel terapeuta (alimentata dai test relazionali a cui lo sottoponeva) nonostante le inevitabili, ma analizzabili, cadute della sintonia, le permise di parlare “dall'interno” di ciò che più la angosciava e di un desiderio che la faceva sentire in colpa e vergognare. “Durante il giorno mi capita di pensarlo e la notte di sognarlo. Io vorrei che morisse qualcuno la cui istocompatibilità mi permettesse di riceverne il rene. A volte mi sorprendo a desiderare attivamente ciò; come se gli dicessi muori, dai muori, sbrigati e sono contenta, quasi mi frego le mani all'idea che continuerò a vivere, senza preoccuparmi minimamente di chi è morto. Altre volte cerco di scacciare il pensiero, ma ritorna sempre, evidentemente voglio che accada. Sono un mostro. Come si può desiderare la morte di un altro che non ti ha fatto niente? Mi sento profondamente in colpa e mi vergogno. Adesso sa quanto posso essere cattiva, schifosa”. Seguì un lungo silenzio, con la paziente quasi rincantucciata sulla sedia, ad occhi bassi. Era evidente dal tono di voce e dalla postura che si aspettava un giudizio morale, una condanna senza appello, disprezzo. Il terapeuta era rimasto profondamente colpito dal racconto e nel corso del suo svol-

gersi era riuscito sempre di più a sintonizzarsi con la profonda disperazione che motivava quel desiderio di morte dell'altro e fu questo che probabilmente rese credibile il suo successivo commento: "È umano. Lei arriva a soffrire veramente tanto. Credo di poter capire quanto le sia costato raccontarmelo, la ringrazio". Scoppiò a piangere... Fu un momento terapeuticamente molto importante.

La messa a fuoco delle convinzioni patogene che guidavano le sue chiusure ed il lavoro sui traumi relazionali che avevano contribuito alla loro costruzione procedeva quindi abbastanza spedito, quando improvvisamente la paziente venne chiamata per il trapianto. Si sentì spesso al telefono con il terapeuta, che rivide solo dopo qualche mese dall'effettuazione del trapianto a causa di problemi legati alla possibilità del rigetto. Era ingrassata molti chili e aveva perduto il lavoro, ma era più fiduciosa circa il futuro, nonostante fosse consapevole delle difficoltà che ancora la aspettavano. La ripresa del rapporto con il terapeuta la motivò a riaffrontare i problemi con il fidanzato a partire dalla consapevolezza delle ragioni e delle conseguenze delle proprie chiusure, ma il suo entusiasmo venne frustrato dalle risposte di lui, che non tollerava che lei parlasse di problemi ed angosce. Era sempre più chiaro che il rapporto fra loro fosse diventato molto difficile, ma la paziente non riusciva ad interromperlo. Era terrorizzata dall'idea di lasciarlo, anche perché era convinta che non avrebbe trovato più nessuno che l'avrebbe amata. L'idea di non essere amabile era antica ed ulteriormente rinforzata dagli effetti collaterali del cortisone che stava alterando profondamente anche il suo corpo. La terapia proseguiva su quest'aspetto, quando comunicò al terapeuta che doveva interromperla, perché non poteva più permettersela dal punto di vista economico. Il terapeuta la invitò a riflettere sulla decisione e sulle alternative. Non era disposta a chiedere i soldi ai propri genitori ("se anche me li dessero me lo rinfaccerebbero") e formulò il proposito di riprendere quando avesse trovato il lavoro, cosa che avrebbe richiesto tempo, perché non era nelle condizioni fisiche di lavorare. Analizzati il problema, le alternative e le conseguenze, il terapeuta le propose di continuare la terapia e di pagare in seguito, quando avesse ripreso a lavorare. Rimase stupefatta e disse: "Lei farebbe questo per me?". Il terapeuta rispose: "Certo, perché si meraviglia tanto, in fondo le sto soltanto facendo un credito".

Così la terapia proseguì e la delicatezza con cui era stato affrontato il problema del pagamento si rivelò un aspetto decisivo. La paziente sembrò aver trovato un nuovo impulso vitale che le permise di chiudere il rapporto troppo problematico con il suo ragazzo, di riprendere l'attività lavorativa e di affrontare pienamente i vissuti emotivi successivi all'effettuazione del trapianto. Tra questi ultimi, particolarmente intensi furono i timori legati al rigetto, la gratitudine verso la persona che morendo aveva donato il rene, il desiderio frustrato di voler esprimere questo sentimento alla famiglia del donatore, che invece rimase sempre anonima, come previsto dall'attuale legislazione.

Al momento della fine della terapia Lara appariva finalmente in grado di reggere l'impatto delle emozioni dolorose senza dissociarle e dissociarsi, anche perché aveva imparato a chiedere aiuto a persone selezionate. Dopo qualche mese dall'interruzione chiese un appuntamento e saldò completamente il conto, dopo aver sot-

tolineato quanta importanza avesse avuto per lei il credito offertole dal terapeuta in uno dei momenti di maggiore vulnerabilità della sua vita, ai fini della ripresa di una possibilità di fiducia nell'altro ed in se stessa.

L'ESPERIENZA DEL DONATORE

In molte operazioni chirurgiche, anche grazie ai progressi della medicina, il trapianto può avvenire da un donatore vivente, quasi sempre un familiare. Le problematiche psicologiche del donatore, e la complessa relazione che s'instaura con chi riceve l'organo costituiscono un aspetto importante di tutto il processo di trapianto, che non sempre viene considerato con sufficiente attenzione dai clinici.

La consapevolezza del donatore, di essere così fondamentale per la vita del paziente, può essere al contempo fonte d'orgoglio e di paura, e suscita comunque stati d'animo contrastanti. Egli potrà sentire la pressione degli altri membri della famiglia e provare oltre a sentimenti positivi di generosità, altruismo, soddisfazione di sé ecc., anche emozioni negative come paura, rabbia, sensi di colpa e vergogna qualora rifiutasse la donazione. In un certo senso, si trova contemporaneamente nel ruolo di salvatore del paziente, di vittima in quanto deve rinunciare ad una parte del proprio corpo, e di persecutore nel caso rifiutasse di aiutare il malato. Se il donatore è un bambino o un adolescente, il livello di stress può essere anche maggiore (Kutsanellou-Meyer e Hyslop Christ, 1984).

La capacità di affrontare le tempeste emotive di questo difficile momento è connesso, come abbiamo più volte sottolineato, alla qualità delle esperienze interpersonali precoci. Un attaccamento sicuro faciliterà nel donatore una comunicazione aperta riguardo ai propri sentimenti e convinzioni; la sua capacità di instaurare relazioni intime e significative lo aiuterà a costruire positivamente quest'evento aumentando il senso di benessere e realizzazione personale. Nel caso di un attaccamento disorganizzato, come vedremo nel caso clinico che segue, memorie caotiche e dissociate dalla coscienza potranno interferire con la rappresentazione attuale dell'esperienza amplificando l'intensità delle emozioni disturbanti e un senso interno di profonda insicurezza e disgregazione di sé.

Particolarmente importante, inoltre, è il periodo del dopo trapianto. Spesso l'attenzione al donatore diminuisce proprio nel momento in cui si trova nella difficile condizione emotiva e fisica di essere passato da un corpo sano ad uno malato. I familiari, infatti, possono sminuire la sua sofferenza continuando a considerarlo una persona sana e rivolgere così tutte le loro attenzioni al trapiantato. A volte, questo è un modo di gestire il senso di colpa e l'ansia che provano per averlo spinto a compiere quel gesto, ma fini-

scono per lasciarlo solo quando il bisogno di vicinanza e comprensione è più forte.

Anche l'esito del trapianto può essere collegato all'insorgere d'emozioni disturbanti, non è raro che il donatore si senta responsabile del fallimento dell'intervento e provi forti sentimenti d'angoscia e colpa per aver prolungato la sofferenza del malato; la possibilità di condividere il proprio stato soggettivo con qualcuno in grado di comprenderlo permetterà al donatore di integrare in modo positivo questa dolorosa esperienza mantenendo un senso di vitalità e connessione con gli altri.

Per ovviare in parte ai problemi sopra accennati, Musial (1984) suggerisce alcune indicazioni: 1) offrire un supporto al donatore lungo tutto il processo d'espianto aiutandolo a verbalizzare ed elaborare i sentimenti che prova; 2) rassicurarlo sulla possibilità di rifiutare l'intervento, anche all'ultimo momento, senza che il ricevente e i familiari vengano a sapere i reali motivi; 3) discutere accuratamente con il donatore su tutti i possibili rischi fisici ed emotivi collegati all'intervento, renderlo consapevole anche della possibilità di rigetto; 4) seguire a lungo il donatore da un punto di vista medico e psicologico anche dopo le dimissioni dall'ospedale.

IL CASO DI ROSA

Rosa è una donna di 38 anni che vive e lavora a Roma da 20, da quando cioè, come lei racconta, era "riuscita a fuggire" dal piccolo paese del Sud dove abitava con la sua famiglia.

Al suo arrivo a Roma, però, la giovane Rosa si era sentita terribilmente impaurita e sola, tanto che il sentimento di gratitudine verso un ragazzo che le aveva prestato attenzione e offerto protezione si trasformò velocemente in amore.

Quando Rosa decise di intraprendere la terapia, questa lunga storia affettiva si era chiusa da due anni, ma lei non riusciva ancora ad elaborare la tormentatissima separazione.

Rosa, infatti, era depressa, soffriva d'insonnia, si sentiva disperatamente sola e senza futuro; lamentava inoltre innumerevoli sintomi fisici, che tuttavia rimanevano vaghi nonostante le continue visite mediche e gli accertamenti diagnostici più sofisticati.

La crisi di coppia era incominciata molti anni prima quando Rosa aveva iniziato una lunga relazione extraconiugale in coincidenza con la richiesta di un figlio da parte del marito. Da allora Rosa aveva smesso di avere rapporti sessuali con lui e il matrimonio era proseguito con alterne fasi di separazione e riconciliazione fino a chiudersi del tutto.

Indagando in modo più approfondito il significato di questo distacco dal marito, emerse chiaramente quanto Rosa sentisse il suo corpo come "un nemico". Era convinta, infatti, di avere un corpo danneggiato, rotto, portatore di morte; un corpo che mai avrebbe potuto generare un figlio. Lentamente in terapia, la pazien-

te riuscì a collegare questa percezione terrificata di se stessa con un evento drammatico della sua vita. Circa quindici anni prima, Rosa aveva donato il midollo a suo fratello minore, Maurizio, che adolescente, era stato colpito da una grave forma di leucemia. Il ragazzo era morto pochi mesi dopo l'intervento e lei piangeva ancora disperatamente ogni qual volta lo nominava.

La famiglia d'origine di Rosa era composta dalla madre, dal padre, da un fratello maggiore di 7 anni, Vito, e dal fratello Maurizio più piccolo di 5 anni.

La madre di Rosa era l'ultima figlia di una famiglia numerosa e quando i genitori erano fuggiti dal paese in seguito ad un tracollo economico abbandonando i figli, la sorella e il fratello maggiori avevano preso le redini della casa e l'avevano cresciuta come se fosse stata una loro figlia.

La madre di Rosa aveva pensato che fosse suo dovere "risarcire" la sorella e il fratello, che non si erano mai sposati e vivevano insieme in un paese vicino, offrendo loro in dono il suo primo figlio. Vito aveva quindi vissuto la sua infanzia con gli zii e ogni qualvolta veniva in visita nella casa paterna, sottoponeva la sorellina, che aveva la fortuna di vivere con i genitori, a sevizie d'ogni tipo.

Durante la terapia, la paziente riuscì a mettere a fuoco il terrore che provava quando era in balia dell'aggressività del fratello e la mancanza di protezione che sentiva da parte dei genitori. Essi, infatti, non ponevano alcun freno alle violenze, in parte a causa dei loro sensi di colpa verso questo figlio abbandonato, in parte per la mentalità tipica di alcune regioni meridionali, secondo cui il figlio maschio ha sempre ragione.

La nascita di Maurizio, quando Rosa aveva 5 anni, accentuò in lei il senso di solitudine e abbandono da parte dei genitori che avevano riversato sul nuovo nato tutto il loro affetto e le loro aspettative. Maurizio era stato sempre considerato un bambino e poi un ragazzo "modello": bello, buono come un angelo, intelligentissimo ed era amato da tutti nel paese. Con lui Rosa aveva costruito un forte legame affettivo fatto di complicità e protezione, nonostante la violenta gelosia che questo ragazzino "perfetto", idolatrato dai genitori, le suscitava.

Quando improvvisamente si ammalò di leucemia, Rosa risultò l'unica in famiglia con un midollo compatibile e sentì di non avere scelta: "Papà e mamma mi chiesero se ero disposta a donare il midollo ed io avrei voluto rifiutare, ero terrorizzata e convinta che sarei morta, ma tutti mi avrebbero considerato un mostro, non potevo che dire di sì". La pressione fortissima che avvertiva intorno, non solo dai parenti ma da tutto il paese, la costrinse ad accettare senza poter condividere con nessuno la sua rabbia e la sua paura.

Rosa non ricordava nulla di quello che era successo dopo aver accettato l'espianto, né la preparazione all'operazione, né il periodo post-operatorio. Ricordava solo la morte di Maurizio di cui si sentiva tuttora fortemente responsabile ed era, inoltre, convinta che tutto il paese la ritenesse tale.

I modelli operativi interni che corrispondono alla disorganizzazione dell'attaccamento non avevano consentito a Rosa di modulare le violente emozioni provocate dal trapianto e di elaborare quell'esperienza traumatica. La relazione extraconiugale, iniziata poco dopo la morte del fratello, le aveva permesso di

non confrontarsi con le sue rappresentazioni di sé-con l'altro, molteplici e incompatibili che la facevano oscillare continuamente fra le polarità rappresentative drammatiche del "salvatore", del "persecutore" e della "vittima" (Liotti, 2001).

Il fallimento definitivo del suo matrimonio, però, aveva suscitato nuovamente in lei un senso di solitudine e vulnerabilità attivando le memorie caotiche e dissociate connesse alle esperienze traumatiche che aveva vissuto. La comparsa massiccia di sintomi psicosomatici e di emozioni per lei incontrollabili la avevano convinta a ricercare un aiuto psicoterapeutico.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby J.** (1972) *Attaccamento e perdita*, vol. 1, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bravata D. M., Olkin I., Baranato A.E., Keeffe E.B., Owens D.K.** (1999) "Health-related quality of life after liver transplantation: a meta-analysis", *Liver Transplant Surgery*, 5, pag. 318-331.
- Brown H.N., Kelly M.J.** (1984) "Stages of bone marrow transplantation". In Moos R.H. (ed.) *Coping with physical illness: new perspectives*, Plenum Medical Book Company, New York.
- Colle L.** (2003) "Metacognizione: prospettiva evolutiva e interpersonale", *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 12, vol. 6, n. 1, pagg. 6-27.
- Corley M.C., Westerberg R., Elswick R.K.** (1998) "Rationing organs using psychosocial and lifestyle criteria", *Research Nursing Health*, 21, pag. 327-337.
- Costantini E., Monticelli F.** (1999) "Catastrofe e emozione veemente", *Psicobiettivo*, vol. 19, n. 3.
- Cotugno A.** (1999) "Trauma, attaccamento e sviluppo patologico della personalità", *Psicobiettivo*, vol. 19, n. 2, pagg. 15-26.
- Damasio A.R.** (1995) *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano.
- Dew M.A., Goycoolea J.M., Switzer G.E., Allen A.S.** (2000) "Quality of life in organ transplantation: effects on adult recipients and their families". In Trzepacz P.T., Di Martini A. (eds.), *The Transplant Patient: Biological, Psychiatric and Ethical Issues in Organ Transplantation*, Cambridge University Press, New York, pag. 67-145.
- Dew M.A., Kormos R.L., Di Martini A.F.** (2001) "Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation", *Psychosomatics*, 42, pag. 300-312.
- Dew M.A., Myaskovsky L., Di Martini A.F., Switzer G.E., Schulberg H.C., Kormos R.L.** (2004) "Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients", *Psychological Medicine*, 34, pagg. 1065-1082.
- Dew M.A., Switzer G.E., Di Martini A.F.** (1998) "Psychiatric morbidity and organ transplantation", *Current Opinions in Psychiatry*, 11, pag. 621-626.
- Engle D.** (2001) "Psychosocial aspects of the organ transplant experience:

what has been established and what we need for the future”, *Journal of Clinical Psychology*, 57, pag. 521-549.

Fall K.A., Levitov J.E. (2001) *Modern Applications to Group Work*, Huntington, Nova Science Publishers, New York.

Fisher D.C., Lake K.D., Reutzel T.J., Emery R.W. (1995) “Changes in health-related quality of life and depression in heart transplant recipients”, *Journal of Heart Lung Transplant*, 14, pag. 373-381.

Fonagy P., Gergerly G., Jurist E.L., Target M. (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano.

Funnell M.M., Anderson R.M. (2003) “Patient empowerment: a look back, a look ahead”, *Diabetes Education*, 29, pag. 454-462.

Gangeri L., Tamburini M., Borreani C., Brunelli C., Miccinesi G., Murru L., Boeri P., Mazzaferro V. (2002) “Candidates for liver transplantation for cancer: physical, psychological and social conditions”, *Transplantation*, vol. 73.

Glasgow R.E., Funnell M.M., Bonomi A.E., Davis C.L., Beckham V., Wagner E.H. (2002) “Self-management aspects of the Improving Chronic Illness Care Breakthrough Series: design and implementation with diabetes and heart failure teams”, *Annals of Behavioral Medicine*, 24, pag. 80-87.

Gotzmann M.D., Schnyder M.D. (2002) “Posttraumatic stress disorder (PTSD) after heart transplant”, *American Journal of Psychotherapy*, vol. 56, n. 4, pagg. 562-567.

Guidano F. (1997) “L’emozionalità del terapeuta in psicoterapia”, *Seminari*, Melusina, Roma.

Kurtz L.F. (1997) *Self-help and Support Groups: A Handbook for Practitioners*, Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Kutsanellou-Meyer M., Hyslop Christ G. (1984) “Factors affecting coping of adolescents and infants on a reverse isolation unit”. In Moos R.H.(ed.) *Coping with physical illness: new perspectives*, Plenum Medical Book Company, New York.

Levenson J.L., Olbrisch M.E. (1993) “Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and kidney transplantation”, *Psychosomatics*, 34, pag. 314-323.

Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Liotti G. (1996) “L’attaccamento”, In Bara B. (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Boringhieri, Torino.

Liotti G. (2001) *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano.

Liotti, G. (2004) “Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid”, *Psychotherapy*, 41, pag. 472-486.

Manne S., DuHamel K., Nereo N., Ostroff J., Parsone S., Martini R., Williams S., Sexon S., Wu L., Difede J., Redd W.H. (2002) “Predictors of PTSD in mothers of children undergoing bone marrow transplantation: the

role of cognitive and social processes”, *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 7, pag. 607-617.

Matesanz R., March J.C., Pacini A. (a cura di) (2002) *Donazioni, trapianti e mezzi di comunicazione*, Semper, Firenze.

Musial E.M. (1984) “An unsung hero”. In Moos R.H. (ed.) *Coping with physical illness: new perspectives*, Plenum Medical Book Company, New York.

Onofri A. (2003) “La comunicazione e il consenso nei trapianti d’organo”, *Corso “La donazione e il trapianto d’organo”*, Asl Roma E, Roma.

Onofri A. (2004) “Modalità di comunicazione tra medico e assistito in tema di donazione”, *Corso “La promozione della cultura alla donazione di sangue, organi e tessuti”*, Asl Roma E, Roma.

Procaccio F., Ghirardini A., Costa A.N., Ridolfi L., Petrini F., Martinelli G., Paredes D., Cabrer C., Manyalich M. (2000) *Manuale del Corso nazionale per coordinatori alla donazione e prelievo di organi*, III edizione, TPM, Editrice Compositori, Bologna.

Rossi A., Tabarini P., De Ranieri C., Parisi F., Biondi G. (2001) *Il trapianto cardiopolmonare in età pediatrica. Analisi dei fattori stressogeni per il paziente, la famiglia, lo staff*, Edizioni Kappa, Roma.

Stuber M.L., Shemesh E., Saxe G.N. (2003) “Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses”, *Child Adolescence Psychiatric Clinical North America*, 12, 2, pag. 195-209.

Stukas A.A., Dew M.A., Switzer G.E., Di Martini A., Griffith B.P. (1999) “PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers”, *Psychosomatics*, 40, pag. 212-221.

Surman O.S., Cosimi A.B. (1996) “Ethical dichotomies in organ transplantation: a time for bridge building”, *General Hospital Psychiatry*, 18 (suppl. 6), pag. 13S-19S.

Switzer G.E., Dew M.A., Twillman R.K. “Psychosocial issues in living organ donation”. In Trzepacz P.T., DiMartini A. (eds.) *The Transplant Patient: Biological, Psychiatric and Ethical Issues in Organ Transplantation*, Cambridge University Press, New York, pag. 42-66.

Trzepacz P.T., Di Martini A. (eds.) (2000) *The Transplant Patient: Biological, Psychiatric and Ethical Issues in Organ Transplantation*, Cambridge University Press, New York.

Wagner E.H., Glasgow R.E., David C., Bonomi A.E., Provost L., McCulloch D., Carver P., Sixta C. (2001) “Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach”, *Jt. Comm. J Qual. Improv.*, 27, pag. 63-80.

RIASSUNTO: Gli Autori affrontano il problema delle reazioni psicologiche ai trapianti, dal punto di vista della prospettiva cognitivo-evoluzionista. Tale modello guarda alla psicopatologia nelle sue relazioni con l’Attaccamento e con gli altri Sistemi Motivazionali Interpersonali.

Guardando alle diverse fasi con cui si può suddividere una esperienza di trapianto di organo, gli Autori, con alcuni esempi clinici, mostrano l'influenza dei diversi modelli operativi Interni e in particolare della disorganizzazione dell'attaccamento per spiegare le reazioni psicologiche al trapianto.

Parole chiave: trapianti, psicoterapia cognitivo-evoluzionista, reazioni post-traumatiche, mente-corpo, attaccamento.

SUMMARY: The Authors discuss the subject of the transplantations from the point of view of the cognitive-evolutionary psychotherapy. This model looks at the psychopathology from the perspective of Attachment and other Interpersonal Motivational Systems. Looking at the different phases of experience in transplantation, the Authors – with some clinical examples – show the influence of the different Internal Working Models (and especially of the Disorganization of Attachment) in understanding the different psychological reactions to the transplantation.

Key-Words: Transplantations, Cognitive-Evolutionary Psychotherapy, Post-Traumatic Reactions, Mind-Body, Attachment.