

Valutazione psichiatrica del donatore e aspetti psicodinamici della donazione nel trapianto di rene da vivente

Psychiatric evaluation of living renal transplant donors and psychodynamic issues related to donation

F. GABRIELLI
M. DELLEPIANE*
F. TOMBESI*
G.L. GAVOTTI
I. FONTANA**

Dipartimento di Neuroscienze,
Oftalmologia e Genetica, Università
di Genova, Sezione di Psichiatria;
* Scuola di Specializzazione
in Psichiatria, Università di Genova;
** U.O. di Chirurgia Generale
e dei Trapianti d'Organo, Azienda
Ospedaliera Universitaria
"San Martino", Genova

Key words

Living renal transplantation • Psychiatric evaluation • Renal donation • Psychodynamic issues

Correspondence: Prof. Filippo Gabrielli, Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica dell'Università di Genova, Sezione di Psichiatria, largo R. Benzi 10, 16132 Genova, Italy
Tel. +39 010 3537668
Fax +39 010 3537669
E-mail: gabrielli@unige.it

Summary

Objective

The Authors evaluated a group of living donors for renal transplantation, with a psychodynamically oriented investigation, in order to detect meaningful aspects underlying the donation, such as more or less conscious fear about problems that could be caused to the donor by the loss of the kidney, doubts about the risk of losing the kidney because of rejection, "life-saving" or "reparative" wishes especially in the case of the mother donating to offspring (Table III).

Living donor transplantations are possible in Italy in accordance with Italian law (Table I).

Method

A total of 90 living donor renal transplantations were carried out in the period from July 1987 through December 2004, at the Transplant Unit of "San Martino" Hospital of Genoa. In the same time period, renal transplantations from cadavers amounted to 895 (296 paediatric), with a proportion of living donor/cadaver donations that is almost the opposite to that usually reported in the Anglo-Saxon countries. Reasons for this difference are difficult to explain clearly even if it likely depends on different public health strategies as well on a different attitude towards donation in those countries.

Results

Mean age of donors, who were all relatives, was 48.3 years and that of recipients (20 paediatric transplantations were also considered) was 30.4; females accounted for 73.3% of the donors; 47.8% of cases were mothers; 16.7% fathers; sisters 13.3%; wives 11.1%; brothers, husbands, aunts and uncles, 6.7%, 2.2%, 1.1% and 1.1%, respectively (Figs. 1 and 2).

Only 12 donors were requested, by the surgeons or the psychologist (who regularly interviewed all the donors), to be further evaluated by the consultant psychiatrist. All evaluated patients were considered eligible to donation.

Conclusions

Conflicts, ambivalence, defenses and the wish to keep information about surgery to a minimum, to avoid anxiety, all of which can hamper the "mourning work" required by the loss of kidney, are frequently encountered in the process that must be accomplished in order to arrive at a fully conscious decision (Tables IV and V). Family members frequently seem to follow a "group decision" procedure that possibly reflects inner dynamics of that particular family and to gather together to decide which donor will best fit their criteria, a more aged woman who already had children being the preferred candidate instead of a younger woman or a man. The mother usually asks for the privilege of donating the kidney to her offspring and often she also prevents her other sons/daughters from donating in order to protect them from the possible risks related to the donation procedure (Table VI). Donor and recipient usually support each other psychologically in the troublesome and prolonged emotional and psychic process required by the transplantation process. They both work together with the psychotherapeutic aim of supporting the emotional and psychic strain in contrast to the reported psychic and emotional loneliness and distress of the recipient because of the peculiar anonymity of cadaver transplantation. Clinical vignettes are reported.

Introduzione

La legge n. 458, del 26 giu. 1967 (Tab. I), in deroga all'art. 5 del cc ("Atti di disposizione del proprio corpo") (Tab. II) consente di effettuare la donazione del rene tra viventi.

È opinione comune che il trapianto da donatore vivente rappresenti la miglior soluzione per l'insufficienza renale all'ultimo stadio, sia in termini di costo-beneficio che di qualità di vita, poiché, rispetto al trapianto da cadavere, offre una serie di vantaggi quali la riduzione dei tempi di ischemia sia calda che fredda; una valutazione e preparazione del ricevente e del donatore, tali da eseguire l'intervento nelle migliori condizioni di salute possibili per entrambi; una riduzione del tempo intercorrente tra l'inizio della dialisi ed il trapianto, diminuendo così le possibili conseguenze negative ed i rischi della dialisi cronica. Infine i risultati del trapianto di rene in termini di riuscita dell'intervento e di sopravvivenza del ricevente, sono migliori quando gli organi provengono da vivente, consanguineo o non, tanto da consentire un aumento della sopravvivenza fino al 7% in Europa¹. Non c'è una garanzia di durata illimitata dell'organo donato da vivente una volta trapiantato: la durata, su-

periore del 20% circa a quella dell'organo donato da cadavere, non è tuttavia prevedibile in modo sicuro.

Tra i donatori sono più numerose le donne: le mogli rappresentano il gruppo più numeroso; le madri si offrono più frequentemente dei padri come donatrici per i figli².

Sono state proposte alcune ipotesi per spiegare la prevalenza delle donne: gli uomini sarebbero più spesso esclusi a causa del più elevato rischio di ipertensione e di ischemia e delle maggiori difficoltà economiche per la famiglia che potrebbe comportare l'interferenza con l'attività lavorativa dell'uomo; la moglie può essere stata sensibilizzata immunologicamente nei confronti del marito attraverso la gravidanza e ciò comporterebbe maggiore facilità di esclusione del marito alla donazione, a causa di un *cross-match* positivo; maggior senso del dovere delle donne.

Quando la donazione viene effettuata da parte del coniuge, può derivarne un rafforzamento, a volte, del legame di coppia; dinamiche familiari patologiche possono d'altro canto entrare in gioco, come per es. nel caso di spinte sacrificali o di sentimenti di colpa che inducono a cercare nella donazione una sorta di "punizione".

Tab. I. Legge 26 giugno 1967 n. 458. *Law n. 458 (June 26th 1967).*

Art. 1.

In deroga al divieto di cui all'art. 5 del Codice civile, è ammesso disporre a titolo gratuito del rene al fine del trapianto tra persone viventi.

La deroga è consentita ai genitori, ai figli, ai fratelli germani o non germani del paziente che siano maggiorenni ... Solo nel caso che il paziente non abbia i consanguinei di cui al precedente comma o nessuno di essi sia idoneo o disponibile, la deroga può essere consentita anche per altri parenti o per donatori estranei.

Art. 2.

L'atto di disposizione e destinazione del rene in favore di un determinato paziente è ricevuto dal pretore del luogo in cui risiede il donatore o ha sede l'Istituto autorizzato al trapianto. La donazione di un rene può essere autorizzata, a condizione che il donatore abbia raggiunto la maggiore età, sia in possesso della capacità di intendere e di volere, sia a conoscenza dei limiti della terapia del trapianto del rene tra viventi e sia consapevole delle conseguenze personali che il suo sacrificio comporta.

Art. 4.

Il trapianto del rene destinato ad un determinato paziente ... non può aver luogo senza consenso di questo o in assenza di uno stato di necessità

Tab. II. Codice civile – Art. 5. Atti di disposizione del proprio corpo¹. *Civil Code – Art. 5. Disposal will of his own body.*

Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume

¹ = Sono consentiti i trapianti terapeutici di parti del cadavere (L. 3 apr. 1957, n. 235), il trapianto del rene di persone viventi (L. 26 giu. 1967, n. 458), la raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano (L. 14 lug. 1967, n. 592).

Viene riportato un buon esito sul piano psicologico e psicosociale del trapianto da vivente, in particolare per quanto riguarda il donatore (nel 90% dei casi circa)³, nonostante l'esistenza di ambivalenze alla donazione, più evidenti nei padri donatori e, in particolare, nei genitori adottivi. Nei donatori si può verificare un miglioramento dell'autostima dopo il trapianto, pur essendo il benessere psichico grandemente condizionato dalla riuscita dell'intervento e dalle condizioni generali del ricevente. I risultati migliori si ottengono nei pazienti e nei donatori che hanno ricevuto esaurienti informazioni sulle procedure, mentre chi aveva ottenuto scarse informazioni manifesta più frequentemente insoddisfazione, specie il donatore⁴.

Le motivazioni che spingono il donatore e privarsi di un organo per donarlo al congiunto o comunque ad una persona cara, benché cariche di valenze ideali ed altruistiche, sono talvolta non sufficientemente elaborate. È ritenuto utile un maggior coinvolgimento di psichiatri e psicologi nella valutazione della richiesta di donazione e durante l'iter della donazione-trapianto e del follow-up post-chirurgico. Il supporto psicologico per i donatori e per i loro familiari avrebbe anche lo scopo di evitare l'insorgenza di sofferenza psichica e di psicopatologia conclamata⁵.

Il 10% dei donatori presenta difficoltà nell'affrontare le terapie medico-somatiche correlate con l'avvenuto trapianto e la comparsa o l'esacerbazione di sintomi psichici; i pazienti con precedente storia psichiatrica possono presentare maggior vulnerabilità allo stress della procedura³.

Le linee guida dell'*American Society of Transplant Surgeons*⁶ stabiliscono che i potenziali donatori debbano essere adulti, sani e valutati da un'équipe multidisciplinare che include epatologi, nefrologi e chirurghi, per accertare che essi siano in grado di tollerare la procedura necessaria, e da uno psicologo che valuti la loro idoneità sul piano psichico, emozionale e sociale.

Il Modello di Consultazione di Heidelberg⁶ si basa sul presupposto che un buon esito sul piano psicosociale sia favorito da stabilità della relazione, equilibrio dell'investimento nella relazione e reciproca autonomia tra donatore e ricevente; assenza di condizionamenti sul piano economico, fisico o psicologico; aspettative realistiche (che riducono le reazioni depressive dopo il trapianto); adeguata preparazione ad affrontare problemi medici e psicosociali emergenti. Per valutare tali parametri viene proposto di esplorare: storia e situazione familiare (età, sesso, professione e condizioni di salute dei vari membri); storia della malattia e del proposito della donazione; aspettative, dubbi e timori; la storia, e il futuro atteso, della relazione donatore-ricevente; le possibili complicanze mediche e le modalità per affrontarle; esperienze con le strutture mediche; preoccupazioni mediche non ancora discusse; questioni critiche e

consigli finali su come procedere; sostegno psicologico, se necessario, dopo il trapianto.

Va valutata la possibilità di includere tra i donatori anche volontari non legati da parentela, fatto questo che se da un lato può offrire un maggior numero di soggetti istocompatibili, dall'altro rischia di favorire il commercio di organi. Il Consiglio d'Europa ha stabilito che "la rimozione di un organo da un donatore vivente può essere effettuata a beneficio di un ricevente con cui il donatore abbia uno stretto legame personale definito per legge, o, in assenza di tale relazione, solo ... con l'approvazione di un apposito ente competente ..."⁷.

Dopo il trapianto, se le motivazioni non erano solide, diversi conflitti possono slatentizzarsi; qualora poi il trapianto fallisca, il ricevente può sperimentare intensi sensi di colpa. La presenza di uno psichiatra nel team del trapianto viene considerata importante per valutare problemi di ordine psichiatrico, in atto o potenziali, riguardanti sia il donatore che il ricevente, unitamente a quelli inerenti dinamiche familiari e background psicosociale sottostanti le motivazioni alla donazione⁸. L'integrazione tra strategie terapeutiche e supporto psicosociale permette di tollerare meglio i periodi più critici del post-trapianto.

È stata descritta una "Sindrome psichiatrica paradossale", spesso insorgente entro tre mesi dal trapianto, caratterizzata da disturbi psichiatrici sia in riceventi che in donatori, nonostante il successo dell'iter chirurgico e l'assenza di complicanze, che parrebbe correlata ad ambivalenza, sentimenti di colpa nei confronti del donatore e difficoltà a verbalizzare emozioni conflittuali. Prima del trapianto infatti il desiderio di sfuggire alla morte farebbe superare le ambivalenze legate alla prospettiva della donazione; dopo, superata la paura della morte, i conflitti riguardanti il donatore diventerebbero più evidenti⁹.

Ansia, depressione, insonnia e difficoltà relazionali sono risultati maggiori dopo il trapianto, ove presenti già prima¹⁰.

Materiali e metodo

ANALISI STATISTICA DEL CAMPIONE

Il campione preso in esame nel nostro contributo, relativo a 90 casi di trapianto di rene da vivente (di cui 20 pediatrici), effettuati nel periodo dal luglio 1987 al dicembre 2004 presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale e dei Trapianti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino" di Genova, consta di 90 donatori e di 90 riceventi.

Il numero dei trapianti di rene da cadavere, nello stesso periodo, è stato di 895 (dei quali 296 pediatrici): va segnalato che in Italia viene privilegiata la donazione da cadavere, all'opposto di quanto avviene

nei paesi anglosassoni, a causa presumibilmente di una diversa cultura della donazione e di differenti politiche sanitarie. Questo comporta che il rapporto donatore vivente/cadavere da noi segnalato (90/895), risulti il simmetrico opposto di quello che si incontrerebbe nei paesi anglosassoni. Tuttavia la percentuale del 10% circa di trapianti da vivente è una tra le più alte nel nostro Paese.

I riceventi, 67 maschi e 23 femmine, avevano un'età compresa tra 5 e 66 anni (media 30,4); i donatori, 24 maschi e 66 femmine, un'età compresa tra 20 e 68 anni (media 48,3).

Dal punto di vista chirurgico non esistono rigidi limiti d'età per l'idoneità alla donazione, l'unico vincolo essendo la maggiore età.

Risultati

I donatori, con età media di 48,3 anni, risultano più anziani dei riceventi, con età media di 30,4 anni e inoltre includono un numero di soggetti di sesso femminile maggiore (73,3%) che il gruppo dei riceventi (25,5%). Le donne, a conferma di quanto esposto in precedenza, sono la maggioranza tra i donatori (Fig. 1).

Nella maggior parte dei casi sono le madri a donare (47,8%), i padri sono donatori nel 16,7% e le sorelle nel 13,3%.

Un altro gruppo consistente di donatori è rappresentato dalle mogli (11,1%), mentre la percentuale di fratelli, mariti, zie, zii, è rispettivamente del 6,7%, 2,2%, 1,1% e 1,1% del gruppo donatori (Fig. 2).

La donazione non avviene esclusivamente tra consanguinei ma anche tra coniugi: un gruppo considerevole, come si è visto, è infatti costituito dalle mogli (11,1%), gruppo maggiore di quello dei mariti (2,2%).

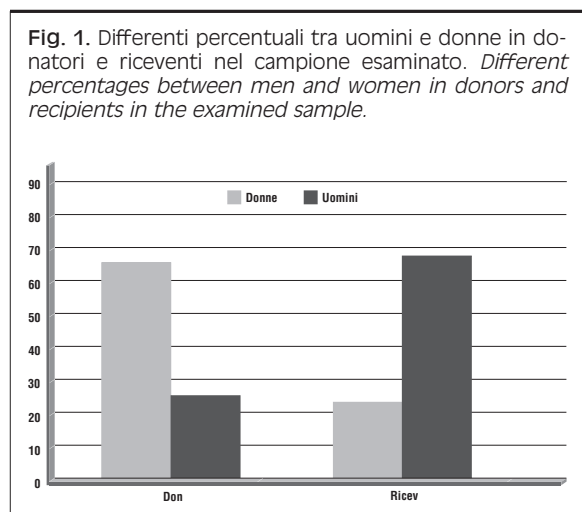
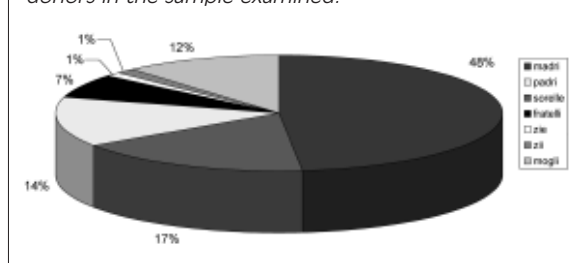


Fig. 2. Differenti percentuali tra parenti donatori nel campione esaminato. *Different percentages of relative donors in the sample examined.*



VALUTAZIONE PSICHIATRICA DEI CANDIDATI ALLA DONAZIONE DI RENE

Non essendo ancora previsto uno screening sistematico, la consulenza psichiatrica è stata limitata solo ai candidati alla donazione (12 soggetti) per i quali lo psicologo o i colleghi chirurghi avevano giudicato che ne fosse l'indicazione.

I colloqui psichiatrici, che hanno valutato come idonei alla donazione tutti i pazienti intervistati, hanno tuttavia consentito, grazie anche all'orientamento psicodinamico che li caratterizzava, di trarre alcune interessanti considerazioni, che vengono riportate di seguito.

Discussione

MOTIVAZIONI ALLA DONAZIONE

Alla base della motivazione a donare il rene sembrano essere soprattutto le esperienze che il donatore ha fatto della sofferenza del congiunto, la constatazione del progressivo aggravarsi dell'insufficienza renale e dell'insofferenza per la dialisi e per i suoi effetti collaterali, i lunghi tempi di attesa per il trapianto da cadavere, il rigetto di un precedente trapianto, la certezza che la dialisi rimarrà, in assenza di trapianto, l'unico presidio e che precluderà uno stile di vita normale; la comparsa di complicazioni (infezioni, difficoltà di accesso vascolare ecc.).

A fronte di queste considerazioni sta la consapevolezza di poter dare una soluzione, con la donazione del rene, arrivando, in alcuni casi, perfino ad evitare al congiunto l'esperienza della dialisi rendendo subito disponibile l'organo da trapiantare.

Quando la donatrice è la madre, a queste considerazioni si aggiungono sentimenti e speranze inerenti il poter quasi "ridare la vita al figlio" (e analogamente questi percepisce la donazione) o fornire "riparazione" ai sentimenti di colpa per non avergli garantito una costituzione perfettamente sana (in caso di malformazioni, di malattia genetica ecc.). In un caso il padre, di età relativamente avanzata, ha ritenuto la

Tab. III. Fonti della motivazione alla donazione. *Sources of motivations to donate.*

- Sottrarre il congiunto all'obbligo e agli inconvenienti della dialisi
- Deterioramento progressivo della qualità di vita del paziente
- Comparsa di complicanze (accessi vascolari non funzionanti, iperparatiroidismo, complicanze ossee, vascolari ecc.)
- Tempi lunghi di attesa per il trapianto da cadavere
- Condizione di iperimmunizzazione del paziente
- Poter evitare la dialisi fin dall'inizio rendendosi subito disponibile l'organo da trapiantare
- Età avanzata del donatore, età giovane del ricevente
- Possibilità per la madre di "ridare la vita" al figlio o di "riparare" anomalie genetiche

donazione alla figlia, ancora giovane, giustificata dalle loro differenti aspettative di vita, e quasi un'occasione per "lasciare in eredità" un bene prezioso non altrimenti trasmissibile (Tab. III).

NUOVE RISORSE DELLA MEDICINA E NUOVI VINCOLI ETICI

Oltre la donazione, ormai routinaria, di sangue e di midollo osseo, la donazione di rene da vivente, resa possibile dalle nuove tecnologie mediche e consentita dalla legge, implica un ampliamento dell'area etica conferendo ai parenti la possibilità di salvare o prolungare la vita del congiunto o migliorarne la qualità. Il donatore vivente consanguineo ha spesso un patrimonio genetico (HLA, B, DR) in comune con il ricevente ed esprime una maggior compatibilità immunologica oltre che rendere subito disponibile l'organo da trapiantare. La preparazione alla donazione da vivente è inoltre di soli 30 giorni circa, mentre da cadavere il tempo medio è di 28 mesi. Il donatore è protagonista e interprete di un nuovo criterio bioetico: una "giustizia ri-distributiva" di beni indispensabili alla vita disponibili solo attraverso il sacrificio di parte della dotazione biologica di un altro individuo.

DINAMICHE DI GRUPPO E DI COPPIA NELL'IDENTIFICAZIONE DEL DONATORE

Quando i pazienti giungono alla consulenza psichiatrica hanno ormai effettuato la maggior parte delle visite per la valutazione dell'idoneità fisica, perciò a questo punto il processo decisionale è avanzato, se non concluso, e le motivazioni alla donazione sono piuttosto solide, considerando inoltre che l'iter della valutazione, comportando tempo e disponibilità, ha escluso i candidati meno convinti o troppo "ambivalenti".

Un 30% circa dei candidati iniziali viene escluso per motivi di inidoneità medico-chirurgica e la responsabilità di stabilire i restanti criteri di scelta grava sui singoli o sulla famiglia, anche perché l'équipe dei trapianti, a garanzia della massima libertà decisionale del candidato, si astiene da ulteriori indicazioni che possano orientare la scelta all'interno della rosa

degli idonei. L'équipe medesima è anche consapevole che i tempi tecnici necessari alla preparazione del trapianto sono contemporaneamente anche quelli che i singoli e il nucleo familiare useranno per arrivare alla identificazione del candidato che alla fine si presenterà per effettuare l'espianto.

Si realizza a questo punto una seconda selezione tra gli idonei che, dapprima numerosi sull'onda dell'entusiasmo (i chirurghi arrivano a valutare anche 7-8 candidati alla donazione per un solo ricevente), si riducono poi spontaneamente per il sopraggiungere di specifiche difficoltà emotive e psichiche di questo o di quel donatore. Una terza, più complessa, selezione è quella spesso operata all'interno del gruppo familiare che porta all'identificazione definitiva del candidato sulla base di caratteristiche che il gruppo stesso giudica migliori: viene di solito espressa l'indicazione per un candidato donna, che presenta meno problemi del maschio per quello che concerne il lavoro; quella con età più matura rispetto alle altre e che ha già avuto figli.

Lo psichiatra, che si limita a valutare il candidato definitivo, è nella condizione di percepire l'eco e di ricostruire il percorso delle vicende che hanno portato alla designazione. Tali vicende, spesso non esplicitate, sembrano avere un percorso complesso sul piano emotivo ed affettivo, seguire leggi e dinamiche proprie di quel nucleo familiare e risentire della, e probabilmente rispecchiare la, qualità e l'intensità dei rapporti affettivi che legano il ricevente ai vari membri della famiglia e ciascuno di questi tra loro.

A volte la selezione intrafamiliare sembra avvenire sulla scorta di una gara di solidarietà, altre volte sembra al contrario risultare dal defilarsi progressivo di quelli che hanno un grado di parentela meno stretto, sono meno affettivamente legati o meno capaci di affrontare problemi, timori o apprensioni che la donazione suscita; altre volte l'età relativamente avanzata del donatore, con ridotte aspettative di vita del ricevente più giovane, può far percepire come "naturale" la donazione, per es. del padre alla figlia; in alcuni casi il ricevente si determina ad accettare la donazione da parte della persona alla quale è convinto avrebbe a sua volta donato il rene in eguali cir-

costanze (una dinamica di coppia basata su un “principio di reciprocità”, per es. tra coniugi o tra fratelli) o esclude deliberatamente qualcuno dal ruolo di donatore (per es. la madre che esclude il proprio figlio dal compito di donarle il rene).

Con una certa frequenza la madre fa valere il privilegio di essere l’unica eleggibile per la donazione (per es. al marito o ad un figlio) ed esclude, con l’autorevolezza che deriva dal suo ruolo, ogni altra candidatura (una sorta di “privilegio materno”), soprattutto quella degli altri figli che si sono resi disponibili. Essa, che sembra non temere per sé conseguenze, è preoccupata che possa derivare invece un pregiudizio per la loro salute e che la loro giovane età meriti prudenza in vista di incognite future (non sono infrequenti più casi di trapianto in uno stesso gruppo familiare o in conoscenti della famiglia). La dinamica della donazione coinvolge così l’intero gruppo familiare nell’ambito del quale la madre assume il ruolo di leader delegato dagli altri ad affrontare e a decidere la distribuzione delle risorse necessarie alla sopravvivenza, un ruolo che è profondamente connotato con la sua funzione procreativa. I legami del gruppo si rafforzano attraverso il doppio vincolo della gratitudine del figlio-paziente e degli altri potenziali donatori, “esentati” dall’onere della donazione e attraverso la reciproca dipendenza di tutti i membri della famiglia, dipendenza che sembra funzionale all’interesse dell’intero gruppo (Tab. IV).

Tab. IV. La selezione del candidato alla donazione. *Different ways to reach the decision to donate.*

- Gara di solidarietà tra più candidati
- Progressiva autoesclusione dalla candidatura di alcuni
- Una dinamica di coppia
- Una dinamica di gruppo familiare

I riceventi a loro volta si mostrano sensibili, oltre che al debito della riconoscenza, al vincolo morale di valutare il sacrificio del donatore con la prudenza, la considerazione e il rispetto che merita, per es. sollevando in un primo momento spesso dubbi o riserve sulla possibilità di accettare, preoccupati dei rischi per il donatore, compreso quello più temuto rappresentato dalla inutilizzazione del rene a causa del rigetto. La maggior parte dei riceventi sembra percepire che accettare la donazione comporta anche la responsabilità morale del sacrificio che ne è alla base: un sacrificio che per certi versi evoca fantasmi arcaici inerenti il rischiare la vita per salvare quella di un altro (come la madre durante il parto per dare alla luce il figlio o la madre che si priva di tutto per garantirgli la sopravvivenza) (Tabb. V, VI).

Tab. V. Timori (e rassicurazioni) che accompagnano la donazione. *Fears (and reassurances) during the donation decision process.*

- Timore del ricevente che la donazione del rene possa comportare al donatore un danno rilevante
- Timore del ricevente che vada perso il rene a causa di rigetto con conseguente sacrificio inutile e sentimenti di colpa
- Timore del donatore di pentirsi, a donazione avvenuta, con tendenza a non chiedere troppe notizie sull’intervento e sue conseguenze e a considerare irrevocabile la decisione di donare
- Testimonianze rassicuranti, sia per il donatore che per il ricevente, basate sul riscontro che conoscenti o familiari hanno in precedenza donato il rene con buoni risultati e senza inconvenienti

Tab. VI. Dinamiche sottostanti la donazione. *Psychodynamic issues of the donation procedure.*

- L’anziano che dona al giovane: il “principio del lascito ereditario” (per es. il padre che dona alla figlia)
- La donazione viene accettata, in base al “principio della reciprocità”, dalla persona alla quale il ricevente avrebbe, a sua volta, fatto la donazione (per es. un coniuge o un fratello che dona all’altro)
- La candidatura alla donazione esprime il grado di parentela più vicino (è la sorella che dona al fratello piuttosto che farlo la moglie) o in relazione alla gerarchia dei legami affettivi primari e secondo una dinamica di gruppo (la madre ha la prerogativa della donazione al figlio: criterio del “privilegio materno”, “escludendo” dal compito di donare gli altri figli)

La selezione intrafamiliare del donatore: una dinamica di gruppo

Una signora di 46 anni ha deciso da un anno di donare il rene al marito offrendosi per prima e chiedendo ai figli, anch’essi disponibili, di avere la precedenza. Vuole evitare al marito, affetto anche da miocardiopatia dilatativa, la sofferenza della lunga attesa che il trapianto da cadavere comporterebbe; è motivata dalla convinzione che il benessere suo e dei figli sia strettamente legato a quello del marito, ma soprattutto dall’affetto per lui ed è inoltre incoraggiata dalla compatibilità immunologica che pare assai buona. È adeguatamente informata e preparata ad affrontare con determinazione possibili conseguenze ed esiti. Il marito dichiara di accettare la donazione perché è stato da lei convinto in base al principio di “dividere tra loro il bene e il male”. Rispettoso delle libere decisioni degli altri (si erano offerti per la donazione

anche 2 fratelli e 2 figli), afferma che aveva messo in conto di aspettare, con pacata rassegnazione, anche 4 o 5 anni, cioè il periodo necessario, per quel che gli risulta, per ottenere il trapianto da cadavere. La sua unica preoccupazione è che possa rivelarsi per la moglie un sacrificio inutile in caso di rigetto (il rischio di rigetto nel caso della moglie è uguale a quello della donazione da cadavere, cioè del 15% perché si tratta di un affine e non di un correlato).

CONFLITTI, DIFESE E LAVORO DI LUTTO

Lo psichiatra non solo accerta la presenza della eventuale psicopatologia ma valuta anche i rischi che possono derivare per la salute psichica da una decisione di donare troppo “impulsiva” o poco elaborata da un punto di vista cognitivo ed affettivo, caricata da eccessivi sentimenti di “obbligo morale” o da spinte “sacrificiali” o improntata alla negazione della perdita e quindi che utilizza le difese della “ipomaniacalità” e della “megalomania”, risultato di una sostanziale elusione del “lavoro di lutto” che la circostanza impone. Alla base delle varie situazioni, dalla più normale a quella più esposta a rischi di futuro disagio psichico, possono essere identificati tratti o strutture di carattere che reagiscono allo stress della decisione e della perdita con costellazioni difensive specifiche più o meno efficaci, di alto livello o di significato più regressivo.

La rimozione eccessiva, la scissione o la negazione, possono rappresentare difese che rischiano di divenire maladattive in quanto dislocate contro la consapevolezza e l'integrazione dei pro e dei contro, degli affetti e degli aspetti del Sé antitetici a quelli che sostengono la decisione della donazione. Una scarsa consapevolezza delle motivazioni e delle ambivalenze eventualmente presenti non solo rende il donatore meno libero di accettare o di rifiutare ma aumenta i rischi di precipitosità e di conflitti tardivi. Il ricorso a dispositivi difensivi rigidi o maladattativi lascia supporre il bisogno di rimuovere la percezione di dubbi o di affetti che potrebbero mettere in crisi una intenzionalità vacillante, il bisogno di negare l'intuizione preconsua della propria vulnerabilità di fronte alla sofferenza, alle paure, ai timori o alle fantasie negative (a maggior ragione se irrealistiche o esagerate), alle sensazioni di perdita o di menomazione che la donazione suscita.

Il donatore, benché in buona fede e apparentemente convinto della sua scelta, non è in questi casi nelle migliori condizioni di esercitare tutta la sua discrezionalità, di esplorare cioè anche gli affetti e i pensieri divergenti e in contrasto con la decisione di donare, in quanto ostacolato, e senza rendersene conto, per es. da sentimenti di vergogna di fronte alla paura dell'intervento o di fronte all'indecisione che può considerare “egoistica”, o perché spinto alla donazione da un preponderante senso del dovere, o infine in-

dotto ad una donazione impulsiva come manovra controfobica nei confronti dei timori, che vengono negati o scissi, per le procedure chirurgiche, per i postumi o per le conseguenze della perdita del rene. Mentre i pensieri, i sentimenti e le emozioni favorevoli alla donazione sono gratificanti, consci e in sintonia con l'ideale dell'Io, e consistono nel desiderare e nel credersi capaci di atti di generosità, di contrastare o sconfiggere la malattia e la sorte avversa; al contrario i sentimenti di rifiuto, di paura, di esitazione, sono assai più sgradevoli da riconoscere e da accettare e facilmente implicanti – secondo un dettato super egoico assai poco conscio – autoaccuse ed autorimproveri di grettezza, di cinismo e di avidità. Apprensione, paura, riluttanza ed esitazione sono tuttavia egualmente importanti da accettare come limiti superabili solo a certe condizioni; in caso contrario saranno tali sentimenti o giudizio alla base dei sentimenti di colpa, per es. per aver violato il principio di tutela dell'incolumità fisica, o alla base dei sentimenti di rammarico e depressivi, per es. per aver fatto un sacrificio che può perfino rivelarsi inutile in caso di rigetto o divenire fonte di recriminazioni.

La riemersione dei sentimenti “rimossi”, negati, scissi e proiettati o comunque non adeguatamente elaborati, può teoricamente essere responsabile di sofferenza psichica o di psicopatologia di vario tipo quale un disturbo d'ansia, dell'umore, dell'adattamento o di un incremento dei conflitti intrapsichici o interpersonali.

UNA PROVA DI CORAGGIO

La possibilità di effettuare la donazione mette di fronte un numero definito di congiunti alla necessità di misurarsi con una prova di generosità e di coraggio, che consiste nell'affrontare e superare l'istintiva e legittima protezione della propria integrità somatica e i timori per i pericoli veri o presunti che possono conseguire per la propria salute, senza rimpianti o vissuti insostenibili di sacrificio e rinunciando ad eccessive esitazioni, prudenze o recriminazioni future.

Un rischio calcolato e moderato per la propria incolumità e una finalità altruistica ed etica, sono specifici d'altra parte di qualunque prova di coraggio. È solo con il crescere esponenziale del rischio (mancando ragionevoli speranze di successo o se il prezzo è il sacrificio della vita stessa) che ci si trova, a seconda dei casi, di fronte a prove di abnegazione o di eroismo. Qualora invece manchi la finalità etica ed altruistica e prevalga la sfida fine a se stessa o il sacrificio masochistico, ci troveremo di fronte ad audacia, azzardo, temerarietà, sfida masochistica, o ad un gesto sacrificale o autodistruttivo. Si tratta infatti, in questi casi, di condizioni che soddisfano soprattutto esigenze patologiche, “egoistiche”, e non altruistiche (l'“altro” funziona solo come pretesto o può mancare del tutto), condizioni fondate inoltre sul disprezzo per il bene messo a repentaglio, cioè la propria incolumità, sacrificato senza ri-

guardo al solo scopo di alimentare sentimenti di onnipotenza e di lusinga narcisistica.

La donazione, al pari di altre “tollerabili” prove di coraggio, richiede il superamento dell’istinto naturale della conservazione, filogeneticamente ben radicato, che si esprime attraverso la tutela dell’incolumità e dell’integrità corporee. Tali limiti sono superabili per esempio con il ricorso ad un’istintiva generosità, che per sua natura è anche moderatamente impulsiva, ma senza rinunciare al diritto di esercitare la discrezionalità basata sulla valutazione preventiva del bilancio tra mezzi a disposizione, possibilità di successo e rischio per la propria e l’altrui vita.

Nel caso della donazione, il candidato ha più tempo per decidere ma è anche più esposto al rischio di ripensamenti e di percepire in tutta la loro pressione anche le ragioni del rifiuto. Per superare gli istinti naturali all’autoprotezione e il rischio di ripensamenti alcuni ricorrono all’effetto di una ragionevole, discreta, rimozione dei rischi, dei dubbi, delle esitazioni o delle paure: la maggior parte dei donatori, in effetti, pur non negando ansia, conflitti ed insicurezze, non desidera sapere più notizie di quelle sommarie che già posseggono e considerano ulteriori informazioni ininfluenti sulla decisione ormai irrevocabile.

L’adozione di tali difese non significa che debba mancare una pur minima elaborazione dei sentimenti ambivalenti e delle ragioni contrarie alla donazione, elaborazione consentita dal discreto lasso di tempo che trascorre prima che il trapianto possa essere effettuato. Se l’alternativa di rifiutare è stata parzialmente esperita e sommariamente elaborata la decisione è più stabile e consapevole, ed è più tollerabile l’eventualità di dover fronteggiare l’insuccesso, gli inconvenienti o le complicanze che si possono verificare.

Le resistenze del donatore ad avere più notizie che riguardano l’intervento o le conseguenze per la sua salute futura e a discutere ulteriormente le sue preoccupazioni, può rappresentare tuttavia il limite dell’assetto difensivo di alcuni. In effetti un coinvolgimento non irrilevante, anche se inesplorato, continua ad esistere nel soggetto in attesa di donare come si evidenzia dall’emergere dell’ansia quando tali problemi sono in qualche misura nuovamente sollevati “per prova”, nel colloquio psichiatrico, il quale dà modo al candidato di ripercorrere e rivivere le tappe della sua decisione e all’intervistatore di valutare quanto le difese adottate siano “fisiologiche” o quanto la soluzione di “non pensarci” diventi una misura rigidamente obbligata per impedire il riemergere di preoccupazioni o timori eccessivi dei quali è mancata una sufficiente elaborazione.

“Meglio non sapere”

La convinzione di rappresentare la salvezza per la sorella, non impedisce ad una signora di avere paura dell’intervento, di porsi insistenti interrogativi sui

possibili cambiamenti per la sua vita in seguito alla donazione e di avere dubbi ricorrenti circa il rischio di “ripensamenti” ai quali ha sentito dire che alcuni sono andati incontro dopo la donazione. Viene suggerito dallo psichiatra un periodo adeguato di preparazione psicologica che le consenta di dare sufficiente spazio *prima* dell’intervento al chiarimento di dubbi e perplessità, e non *dopo* come lei avrebbe voluto, in modo da aiutarla a fronteggiare e ridurre le ansie relative, esplorando e passando in rassegna anticipatamente timori e preoccupazioni di vario ordine.

Il percorso compiuto per arrivare a candidarsi può fornire notizie circa la determinazione della decisione, l’avvenuta elaborazione almeno parziale del “lutto” per la perdita di un proprio organo e di una parte della propria riserva biologica, il ruolo che hanno avuto sentimenti di “obbligo morale” che scaturiscono dalla condizione di congiunto. In effetti tale condizione “designa” a potenziale candidato un individuo, per il solo fatto di essere in un rapporto di parentela col paziente, e lo confronta con la impreveduta necessità di una prova alla quale non tutti si sentono pronti. È necessario pertanto che il donatore recuperi, in fase di elaborazione del processo decisionale, almeno in una certa misura, la libertà di poter rifiutare, accettando consapevolmente eventuali sentimenti di inadeguatezza, di impreparazione o di paura per poterne poi eventualmente valutare la fondatezza e il peso e, solo in secondo tempo, eventualmente superare tali remore. Il fatto che spesso esistano più potenziali donatori per lo stesso ricevente è per tutti una garanzia di maggior libertà nel decidere sapendo di non essere gli unici disponibili e nella fondata speranza che dalla saggezza del gruppo familiare o dei singoli scaturisca l’indicazione migliore.

Coloro che alla fine risultano i candidati definitivi sembrano animati da particolare generosità non solo nei confronti del ricevente ma anche nei confronti dei familiari che “non se la sono sentita” di affrontare la donazione e verso i quali non manifestano alcun biasimo o risentimento per la tepidezza, o a volte la lontananza, mostrata.

D’altra parte, all’interno della dinamica di gruppo familiare, il rifiuto di un membro alla donazione fa di lui il portatore (inconsapevole) delle paure, talora neppure esplicitate, comuni anche agli altri; ciò consente al membro designato alla donazione di identificarsi in modo predominante o esclusivo con la dimensione del coraggio e dell’altruismo, liberandosi delle proprie paure che vengono collocate, attraverso la proiezione, nel soggetto che non si è sentito di affrontare la donazione.

“Nessuno biasimo per chi non è in grado di sostenere la prova”

Una signora si è offerta di donare il rene alla sorella, sofferente da quattro anni di insufficienza renale cro-

nica, e in dialisi da due, per consentirle una vita migliore. Ha una certa paura per il futuro perché non si può escludere il rischio di rigetto. L'alternativa è la donazione da cadavere ma con un periodo di attesa non definibile.

Aveva deciso la donazione dopo un po' che la sorella aveva iniziato la dialisi (un anno e mezzo fa), ma la sorella non era d'accordo ed ha accettato solo da sei mesi, sulla base delle rassicurazioni della donatrice che ritiene di non essere a rischio di venire danneggiata dalla perdita del rene. *La ricevente ha escluso dalla donazione il figlio; il marito non se la sentiva, non se ne è mai parlato.* Il timore della donatrice è che nonostante il trapianto la vita della sorella non migliori sufficientemente.

UNA COPPIA AL LAVORO

Una volta superato il momento critico della identificazione del candidato, il progetto della donazione dà l'avvio alla formazione di una coppia donatore-ricevente che, quasi fosse un organismo nuovo e autonomo, trae dai precedenti vincoli affettivi e dalle reciproche storie personali la forza necessaria per affrontare insieme un destino in parte comune. Così come il donatore mette in comune l'organo donato, spesso il ricevente sembra mettere in comune col donatore le sue risorse affettive per aiutarlo ad affrontare il progetto di donazione con la necessaria cautela e convinzione anche perché, come dicevamo, libertà e sincerità autentiche della donazione sono una garanzia importante anche per il ricevente nei confronti di suoi sentimenti di colpa. D'altra parte il donatore è l'unico intitolato davvero ad attenuare le preoccupazioni del ricevente convincendolo che i rischi sono per lui tollerabili.

La donazione può essere meglio vista pertanto come un processo piuttosto protratto e complesso al cui soddisfacente esito concorrono egualmente donatore, ricevente ed équipe medico-chirurgica per quel che concerne il lavoro psichico di elaborazione che sottende quello concreto del trapianto e del funzionamento futuro dell'organo.

“Donatore e ricevente si sostengono reciprocamente nell'impegno comune di affrontare il trapianto”

Una candidata a donare il rene al fratello nutre apprensione per l'esito, stanchezza per la lunga trafila e ansia per l'attesa che tutto si concluda come auspicato. È motivata alla donazione da diversi fattori: l'intenso affetto fraterno, l'ambiente familiare che è sempre stato molto unito, l'esperienza di reciproca solidarietà creatasi col fratello a seguito della perdita precoce del padre (deceduto per insufficienza renale), l'essere gemelli e infine la constatazione del successo del trapianto di uno zio che ha ricevuto il rene dalla sorella.

La decisione, maturata nove mesi prima, sembra sufficientemente elaborata, solida e basata su adeguate informazioni circa i possibili esiti e complicanze dell'intervento di espianto. Dichiara che l'unico limite ad ottenere una più ampia informazione è il timore di ricevere notizie che possano causarle preoccupazioni aggiuntive e ritenendo comunque irrevocabile la sua decisione.

Il fratello, in apprensione ma fiducioso e grato alla sorella per la donazione, condivide con lei il desiderio di non avere ulteriori notizie, oltre quelle fondamentali, per controllare meglio l'ansia ed evitare le preoccupazioni che ne potrebbero derivare.

Non ha mai chiesto alla sorella di donargli il rene, per lasciarla libera di decidere, ma ora che lei è convinta, anch'egli è in grado di accettare a causa dell'affetto reciproco e del fatto che è sicuro che avrebbe fatto lo stesso per lei (o per sua moglie). La sua unica richiesta è quella di essere rassicurato che nulla di negativo ne deriverà alla sorella.

Assai poco esplorabili, forse perché troppo dolorosi e rimossi, ma sempre sullo sfondo, rimangono i sentimenti e le preoccupazioni del donatore e del ricevente inerenti l'eventualità di rigetto, evento che espone tutti al dolore e alla delusione e il ricevente a sentimenti di colpa più o meno profondi, oltre che alla frustrante necessità di tornare a dipendere dalla dialisi e dalla lista di attesa per il trapianto da cadavere.

L'INFORMAZIONE SUI RISCHI VIENE TENUTA AL MINIMO PER CONTROLLARE L'ANSIA

Molti donatori sembrano avere un'insufficiente informazione circa le caratteristiche dell'intervento di espianto (durata, difficoltà tecniche, rischi ecc.) e le possibili conseguenze della mancanza di un rene (futura resistenza alle malattie, possibilità di svolgere lavori gravosi ecc.). L'apparente relativo disinteresse del donatore per tali informazioni contrasta con le abituali precauzioni o le notizie richieste da qualunque paziente di fronte ad un intervento chirurgico di entità pari o minore, soprattutto se non urgente. Questa circostanza non è semplicisticamente riconducibile ad una carente informazione fornita dai chirurghi né al fatto che le conseguenze sul piano fisico della donazione siano del tutto trascurabili, quanto piuttosto va interpretato con la tendenza del donatore a non compromettere alcune sue difese di controllo dell'ansia.

A parziale elaborazione avvenuta il donatore tende a non mettere più in discussione la sua decisione e ad evitare anche il solo rischio che questo avvenga. A fronte della sofferenza del congiunto e l'innegabile qualità altruistica e disinteressata dell'atto vengono evitate occasioni di possibili ripensamenti o di esitazioni che potrebbero già essere considerati dal donatore riprovevoli sotto questo profilo.

Tuttavia tracce di una normale ambivalenza si possono evidenziare, non solo nel non volere sapere altro, ma per es. nell'atteggiamento ipercompensatorio di aver fretta che venga effettuato l'intervento, o nell'enfasi con la quale vengono considerati i vantaggi che ne conseguiranno per il ricevente, o nell'atteggiamento di sottovalutazione delle possibili complicanze o delle conseguenze fisiche o psichiche per il donatore.

La "perdita" dell'organo è altre volte giustificata con razionalizzazioni quale quella che "se il Signore ci ha dato un organo pari vuol dire che possiamo usarne anche solo uno". Né tali difese garantiscono comunque la totale assenza di disagio psichico poiché spesso compaiono insonnia o ansia, prima assenti.

In alcuni casi il processo di identificazione con altri che hanno superato felicemente la prova, talvolta nella stessa cerchia familiare, viene adottato come supporto e mezzo per ridurre l'ansia della decisione.

"Imitazione e identificazione"

Anche per una donna di anni 48, che vuole donare il rene al fratello, viene consigliato dallo psichiatra di migliorare ulteriormente il livello di informazione per quello che concerne le possibili limitazioni che la donazione può comportare, per quanto riguarda le sue future prestazioni lavorative. Infatti, nonostante le susciti qualche apprensione non sapere se riuscirà o no a prestare tutta l'assistenza che desidera al figlio ancora minore (12 anni), la signora dichiara di non aver chiesto ai medici sufficienti dettagli proprio perché teme che apprendere ulteriori informazioni aumenti le sue apprensioni.

Tuttavia è fiduciosa dal momento che ha potuto constatare che la moglie del fratello, che prima di lei ha donato il rene 8 anni fa, non ha dovuto subire particolari limitazioni.

Un padre, di 64 anni, spera con la propria donazione di consentire alla figlia di non doversi più sottoporre alla dialisi. Da 5-6 mesi ha pensato a questa possibilità, essendo anche donatore di sangue, e in base alla considerazione che la figlia ormai da 2 anni è inserita ancora senza esito nella lista per il trapianto. Senza l'esigenza di decidere anche perché si sta concludendo per lui il periodo utile per la donazione che ritiene terminare a 65 anni. *È incoraggiato dal fatto che un cugino della moglie ha ricevuto un rene da vivente 2 anni fa e sta bene.*

La circostanza che gli operatori che praticano l'espianto sono gli stessi che effettueranno il trapianto concorre a creare un clima di fiducia e di enfasi partecipativa a tali complesse procedure che, anche se non più pionieristiche, non hanno perso connotazioni di straordinarietà che esalta il valore dell'adesione al progetto. Il rinforzo che deriva dei sentimenti di col-

laborazione al lavoro di équipe, e al progetto nel suo insieme, del quale il donatore è uno dei protagonisti, svolge una funzione rassicurante e di sostegno, in una dinamica "di gruppo" di lavoro, che rende possibile ad alcuni intraprendere la donazione con una quasi completa serenità.

ACCETTARE PUÒ ESSERE ALTRETTANTO DIFFICILE CHE DONARE

Anche l'accettazione solleva problemi di ordine affettivo e morale e può mobilitare sentimenti altruistici a protezione del donatore. Il ricevente infatti, pur desideroso di concludere il trapianto, non è esente da preoccupazioni inerenti gli inconvenienti che teme possano derivare al donatore dalla perdita del rene, preoccupazioni difficilmente superabili senza l'aiuto del donatore, diretto interessato, che in effetti si assume spesso il compito di tranquillizzarlo ed aiutarlo ad accettare. Il ricevente si mostra ben consapevole dell'effetto di obbligo morale che, suo malgrado, la condizione di malattia esercita sul potenziale donatore, e cerca di "proteggerlo" dal rischio di una decisione non ponderata, per es., come appare da qualche resoconto, non prendendo l'iniziativa di chiedere la donazione, e anche rifiutando in un primo momento l'offerta spontanea per garantirsi che il donatore sia convinto e che il suo sacrificio sia sostenibile. In qualche caso inoltre il ricevente ha esercitato, in modo più o meno consapevole, anche una certa influenza sulla scelta di quale sarà la persona da cui ricevere il rene.

La condivisione di offerte e ricusazioni, cautele ed apprensioni tra i due protagonisti bilancia gli aspetti apparentemente impulsivi che abbiamo prima ipotizzato facciano inevitabilmente parte della donazione e, grazie al tempo che trascorre prima che questa si realizzi, la relazione tra i due protagonisti alimenta uno scambio psicologico-emotivo nelle due direzioni, dal donatore al ricevente e viceversa. Lo scambio dell'organo è perciò sotteso da un corrispondente scambio affettivo che svolge un importante contributo all'elaborazione sia della decisione di donare che di quella di ricevere.

Questa relazione tra vivi, un donatore noto e un ben definito destinatario, sembra evitare le difficoltà psicologiche riferite nel caso di trapianto da cadavere. In quest'ultimo infatti l'anonimato e l'estraneità reciproci, l'aspecificità della donazione quanto a nominalità del ricevente, identificato unicamente in base ai criteri della compatibilità e del numero d'ordine della lista di attesa, insieme alla mancanza di un reale "sacrificio" esperito dal donatore, tolgono la qualità di "legato affettivo" concreto che invece caratterizza la donazione da vivente. Il processo dell'accettazione e dell'inserimento nello schema corporeo dell'organo proveniente da cadavere è perciò complicato psicologicamente dall'impossibilità di

espressione dei sentimenti di gratitudine e di effettuare un'integrazione dei reciproci contributi affettivi ed emozionali. Nella donazione da vivente, al contrario, c'è spazio per un supporto reciproco nei confronti di ansie, timori, sentimenti di colpa e relative difese che vengono mobilitate e poi parzialmente ricomposte in una nuova e speciale relazione tra i due protagonisti.

Non è mancato tuttavia, tra quelli da noi esaminati, il caso, che riportiamo di seguito, in cui si è creato un particolare e disturbante coinvolgimento emotivo-psichico dovuto proprio all'identità conosciuta del donatore. La possibilità infatti di ricevere il rene dalla madre, con la quale i rapporti erano sempre stati difficili per conflitti emotivi specifici e alla quale mai la figlia avrebbe voluto ricorrere, ha riattivato intollerabili conflitti di dipendenza che per le loro caratteristiche di "concretezza" superavano le capacità della ricevente di elaborarne gli aspetti fantasmatici. La donazione è stata a lungo tenuta in sospenso dalla ricevente, combattuta tra la necessità di accettare con essa anche il peso psicologico di riaffrontare, e in parte sistemare, vecchi e nuovi conflitti (per es. quello della gratitudine) e la possibilità di rifiutare, mediante un agito gravemente masochistico, qualunque "riparazione", spostando sulla madre tra l'altro anche i sentimenti di angoscia persecutoria messi in moto dentro di lei dalla comparsa di una grave e improvvisa malattia renale.

"Donazione d'organo e angosce fusionali"

Una giovane signora ha avuto molte difficoltà ad accettare il rene dalla madre a causa di una relazione patologica, che definisce "simbiotica", sempre avuta con lei. La madre avrebbe sempre tenuto un comportamento intrusivo e dispotico nei suoi confronti, senza che lei fosse in grado di reagire, ed ha affrontato più tardi due trattamenti psicoanalitici per riuscire ad emanciparsi ed a superare alcuni dei conflitti legati a tale vissuto dell'immagine materna. Il destino biologico l'ha obbligata, ora che è nella sua piena maturità, madre a sua volta di due figli e senza aver mai prima immaginato che avrebbe dovuto nuovamente dipendere dalla madre, non solo a confrontarsi col grave rischio per la vita derivante dell'insufficienza renale ma a fare i conti, attraverso l'offerta della madre di donarle il rene, con la riedizione dei problemi di dipendenza che aveva creduto di essersi per sempre lasciata alle spalle. La relazione biologica tra lei e la madre, che il problema della donazione ha riproposto, ha fatto da sfondo ad angosce psichiche di non poter mai staccarsi (anche psichicamente) dalla figura materna, una dipendenza percepita come persecutoria. Nello stesso tempo questa coincidenza ha rischiato di vanificare, ai suoi occhi, il lavoro fatto per garantirsi una separazione accettabile.

La decisione se accettare o meno il rene è stata a lungo combattuta e complicata da sensazioni di avversione fisica per la "conformazione del corpo materno", divenuto nuovamente incumbente a causa della prospettiva della donazione, e nel quale la paziente rintracciava connotazioni estetiche simili a quelle che detesta in se stessa. Si sentiva a disagio per dovere accogliere un organo appartenente alla madre, sia per il nuovo vincolo di gratitudine che si sarebbe istantaneamente creato che per sensazioni insopprimibili di riluttanza fisica. Dopo il trapianto aveva sofferto di angosce quasi-dismorfofobiche e di alterazione dello schema corporeo legate alla effettiva lieve modificazione del contorno della parete addominale dovuta alla prominenza del rene impiantato. A conferma della difficile condizione che avrebbe potuto innerscarsi, riferisce che, a trapianto avvenuto e in occasione di nuove discussioni, la madre le ha rimproverato di "averle dato tutto nella vita e di non saper cosa fare di più per lei".

Ha intrapreso successivamente un trattamento psicoterapico per il riacutizzarsi dei conflitti circa la dipendenza, prima controllati a prezzo di una certa distanza ostile dalla madre, per uno stato depressivo disforico con crisi di pianto, incremento dei disaccordi coniugali e angosce circa la futura durata dell'organo trapiantato. Risultava difficile escludere, tra l'altro, il possibile effetto depressogeno che potevano avere i farmaci immunosoppressori assunti contro il rigetto.

Conclusioni

La donazione da vivente sembra trovarsi in una condizione particolare caratterizzata da un lato dal travaglio psichico ed emotivo necessario per arrivare alla decisione e dall'altro dal fatto che il donatore è quasi sempre un parente del ricevente (nel nostro campione nessuno dei donatori era persona estranea alla famiglia), circostanza che rende possibile al donatore ricevere il sostegno emotivo del gruppo familiare che "sovraintende" al carico emotivo della decisione che diviene spesso frutto del lavoro di gruppo. Il processo della donazione è inoltre assistito dallo spontaneo crearsi di una coppia donatore-ricevente nella quale ciascuno dei protagonisti utilizza il sostegno affettivo dell'altro e tutti e due quello dell'équipe per affrontare un percorso che prevede prima lo stress emotivo dell'attesa del trapianto, poi quello di verificare il funzionamento dell'organo donato e, infine, quello di seguire nel tempo il rischio di rigetto e la durata dell'organo stesso.

Per esprimere un parere per quel che riguarda eventuali problemi e controindicazioni dal punto di vista psichiatrico è necessario valutare le manifestazioni psicopatologiche in anamnesi o in atto del donatore, ma anche esplorare la sua personalità, il tempera-

mento, i conflitti preesistenti e/o emergenti, l'assetto delle difese, le motivazioni alla donazione e l'iter che ha condotto alla candidatura. Mentre infatti una vera psicopatologia potrebbe sollevare riserve sulla fattibilità della donazione, andrebbero valutati anche nei casi "normali", le modalità più o meno adattative con cui il soggetto ha affrontato il non facile processo della donazione, le difese adottate contro l'ansia e la perdita, il livello di informazione e di elaborazione dei dubbi o dei timori. Il procedimento dell'espianto infatti, pur non presentando rischi o menomazioni rilevanti, ha un impatto reale e psichico sull'integrità fisica e sull'immagine corporea del soggetto e comporta un coinvolgimento intenso per il suo significato affettivo e relazionale, per le finalità specifiche che lo caratterizzano e che si proiettano nel futuro.

Il colloquio psichiatrico, orientato all'esplorazione psicodinamica del candidato, ripercorre e ricapitola, sia pure sommariamente, il cammino effettuato dal donatore e dal ricevente per arrivare alla decisione, consente una valutazione globale della situazione psichica e risponde all'intento di formulare anche un giudizio prognostico sulla tenuta delle difese dislocate dal soggetto. Tale esplorazione determina una parziale emergenza di ansie e conflitti e nello stesso tempo effettuare una sommaria ricognizione ed elaborazione dei conflitti, delle ansie e dei timori più evidenti e un parziale riaggiustamento delle difese corrispondenti. Tali interventi possono rappresentare il primo, o a volte l'unico, lavoro di chiarificazione, confronto e di elaborazione che il paziente effettua,

dato che il colloquio psichiatrico consente al paziente di esplorare in condizioni di "sicurezza" e di supporto, alcune delle paure o dei dubbi che hanno accompagnato la sua decisione, problemi che possono continuare ad essere in seguito ulteriormente ed autonomamente elaborati dal donatore. Una ricognizione e una parziale elaborazione dei significati della perdita, delle ansie che essa mette in moto (in relazione anche alla struttura di personalità e alla storia del donatore) e dei conflitti impiegati fa parte dell'indispensabile "lavoro di lutto" inerente la perdita di un proprio organo, l'incertezza del suo buon funzionamento futuro e il suo destino nel nuovo organismo (compresa la previsione di una sua durata più o meno protratta). Spesso tale "lavoro di lutto" è stato compiuto autonomamente dai donatori, altre volte occorre un aiuto specifico in grado di attivare o completare quello che era rimasto in sospeso. Il colloquio psichiatrico svolge così funzioni diagnostiche e di intervento psicoterapico breve, limitato quasi sempre ad un unico incontro, con la possibilità di fornire l'indicazione di proseguire l'assistenza psicoterapica o psicofarmacoterapica o di entrambe.

Aree promettenti di indagine futura per la ricerca sono la sistematica valutazione di tutti i candidati alla donazione (e dei riceventi) per identificare i casi nei quali sia necessario un supporto psicoterapico-psichiatrico, sia prima che dopo l'espianto, e il *follow-up* delle condizioni psichiche sia del donatore che del ricevente, con valutazione delle strategie di *coping* e della qualità della vita.

Bibliografia

- ¹ Griva K, Ziegelman JP, Thompson D, Jayasena D, Davenport A, Harrison M, et al. *Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients*. Nephrol Dialysis Transplant 2002;17:2204-11.
- ² Zimmermann D, Donnelly S, Miller J, Stewart D, Albert SE. *Gender disparity in living renal transplant donation*. Am J Kidney Dis 2000;36:534-40.
- ³ Walter M, Dammann G, Papachristou C, Pascher A, Neuhaus P, Danzer G, et al. *Quality of life of living donors before and after living donor liver transplantation*. Transplantation Proceedings 2003;35:2961-3.
- ⁴ Franklin PM, Crombie AK. *Live related renal transplantation: psychological, social, and cultural issues*. Transplantation 2003;76:1247-52.
- ⁵ Rupolo G, Poznanski C. *Psicologia e psichiatria del trapianto d'organi*. Milano: Masson 1999.
- ⁶ Schweitzer J, Seidel-Weisel M, Verres R, Wiesel M. *Psychological consultation before living kidney donation: finding out and handling problem cases*. Transplantation 2003;76:1464-70.
- ⁷ Land W, Gutmann T. *Breaking barriers in living donor organ transplantation: a European perspective*. Transplantation Proceedings 2003;35:926-9.
- ⁸ Watanabe T, Hiraga S. *Influence on family psychodynamics on spousal kidney transplantation*. Transplantation Proceedings 2002;34:1145-7.
- ⁹ Fukunishi I, Kita Y, Sugawara Y, Makuuchi M. *Paradoxical Psychiatric Syndrome and DSM-IV Psychiatric Disorders in recipients after living donor transplantation*. Transplantation Proceedings 2003;35:294.
- ¹⁰ Kubo M, Kawai M, Sakuraba S, Mori N, Oguri K, Komoda T. *Psychiatric symptoms in renal transplant patients in relation to alexithymia*. Transplantation Proceedings 2001;33:3698-9.