

CAMBIAMENTO E IDENTITÀ: UN PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO SUI TRAPIANTI D'ORGANO

P. Politi, C. Feri, F. Barale

*SERVIZIO DI PSICHIATRIA
IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO, UNIVERSITA DI PAVIA DSSAEP,
ASL PAVIA*

INTRODUZIONE

Abbiamo pensato di proporre in questa sede il punto di vista di chi si occupa dei trapianti d'organo in quanto psicologo o psichiatra, convinti che interventi di questo tipo mettano in moto profondi cambiamenti anche dal punto di vista psicologico, i quali, inevitabilmente, si ripercuotono su decorso ed *outcome* clinico.

In un mondo che appare sempre più vicino al *virtuale*, i trapianti d'organo rappresentano una spesso drammatica e brutale presa di contatto con la *realtà*.

Tutti facciamo esperienza di come la salute fisica venga percepita, paradossalmente, quando essa venga a mancare: è nel momento della cefalea che mi accorgo quanto sia stato bello non averne sofferto per un lungo periodo. Lo stesso processo accade per la salute psichica: ci accorgiamo del buon funzionamento della nostra mente solo quando questo comincia a scricchiolare.

Prendiamo ad esempio il concetto di *identità*. Può sembrare lezioso soffermarsi su qualcosa che non viene di solito messo in discussione. Io sono io, non c'è alcun dubbio. Quando osserviamo più da vicino questa affermazione, però, scopriamo una complessità inaspettata. Tutto si trasforma, intanto. Anche noi. Io non sono più il bambino che ero a cinque anni, o l'adolescente di quindici. Eppure, le esperienze di quel bambino e di quell'adolescente sono profondamente mie. Indisgiungibili da quel che sono ora, molti anni più tardi.

In modo analogo, io posso fare esperienza di grande consonanza emotiva con una persona, sentire che abbiamo tutto in comune, che condividiamo gli stessi sentimenti, eppure rimango consapevole del confine sottile dove termina la mia esperienza ed inizia quella altrui.

In soldoni, dunque, il concetto di identità può essere riassunto così: si tratta di una funzione simbolica, sufficiente elastica per consentire di cambiare (cambiando resto me stesso), ma sufficientemente stabile e definita per distin-

guermi dagli altri (io non sono te).

Che c'entrano i trapianti con questo? C'entrano, eccome.

Adamo ed Eva

Sembra che in alcuni ambienti medici circoli una battuta circa Adamo ed Eva, in cui Adamo viene definito *original donor* ed Eva *first recipient*, per via della costola rispettivamente donata e ricevuta. La storia dei trapianti, al di là dei moti di spirito, può farsi risalire a tempi remoti: più o meno negli anni in cui la vicenda di Adamo ed Eva passava dalla tradizione orale alla versione scritta, in India, il chirurgo Sushruta (1000 a.C.) lasciò un testo, il *Sushruta Samhita*, in cui descrive un trapianto autologo di cute per rimpiazzare il naso a chi lo avesse perduto, descrivendo come il nostro corpo accetti porzioni proprie e rigetti organi di altri uomini o animali.

Circa tremila anni più tardi, un altro chirurgo, Christiaan N. Barnard, scrivendo il *case report* del primo trapianto di cuore umano, utilizzò un linguaggio piuttosto singolare per un lavoro chirurgico: descrisse l'operazione nei termini dell'adempimento di "un sogno ancestrale: congiungere parti di differenti individui, non solo per combattere le malattie, ma anche per combinare il potenziale di specie differenti".

Numerosi sono infatti, i trapianti *fantastici* che hanno preceduto, nella storia del pensiero umano, i trapianti reali, mettendo a contatto parti di individui differenti. Nel mito indiano, ad esempio, si tramanda che Shiva, il distruttore, dopo avere decapitato in un accesso d'ira il proprio figlio Ganesha, abbia trapiantato una testa di elefante sul suo collo. Nella mitologia greca, invece, Chimera aveva testa di leone, corpo di capra, e coda di serpente. Anche le Sirene, che l'Odissea descrive con volti di fanciulle e zampe e piume di uccello e che successivamente sono state raffigurate come donne con coda di pesce in luogo degli arti inferiori, appaiono frutto, se non di trapianti, almeno di fantastiche commistioni fra corpi e specie differenti. Tutti abbiamo presente l'immagine della Sfinge egiziana che presenta volto e petto muliebre sul corpo di leonessa.

Questi richiami sommari dicono già come i trapianti di organo, anche sul piano psicologico, costituiscano un intervento chirurgico peculiare; rimandano al problema di come si costituisca il sentimento di *identità*, e di quanto noi possiamo cambiare, pur restando noi stessi.

C'è però trapianto e trapianto. Alcuni trapianti vengono vissuti, dal punto di vista emotivo, alla stregua dell'inserimento di una protesi. Il *graft* può apparire psicologicamente inerte. Non così per altri organi o tessuti. È diverso, ad esempio, se ad essere trapiantato è un organo solido o un organo liquido. Tant'è che, forse a causa della loro diffusione, le trasfusioni di sangue non sono considerate trapianti; eppure lo sono, a tutti gli effetti. Diverso è ricevere il

proprio organo da un donatore vivente o da uno deceduto

Inoltre, sembra fuori discussione che le risonanze psicologiche aumentino in funzione della *complessità* dell'organo di cui si discute, al punto che non è impossibile stabilire una gerarchia fra i diversi tessuti ed organi trapiantabili. Dobbiamo ricordare come, nonostante diffusione e popolarità di questi interventi, ancora oggi il trapianto di organi sia visto, da molte persone con un misto di timore, meraviglia e disagio.

I trapianti d'organo possono diventare, dunque, interventi chirurgici dagli importanti risvolti psicologici. Quanto più l'organo è simbolicamente importante, tante più fantasie psicologicamente rilevanti esso porta con sé, con notevoli ricadute sulla prognosi. Spesso queste vicende portano così il paziente ad un confronto serrato con la possibilità della propria morte. I pazienti che si sottopongono ad un trapianto non hanno altre alternative. In più, perché si possa effettuare un trapianto è necessaria la disponibilità di un organo. Molti trapianti spingono così il paziente ad un confronto serrato con il bisogno di un organo; sul piano inconscio per alcuni pazienti questo può significare desiderare la morte di qualcuno. "Se fosse di un maiale, non avrei problemi; siccome è di un altro uomo faccio fatica, anche solo a pensarci..."

CASE REPORT

Loredana è una donna poco più che quarantenne, di aspetto giovanile e curato che ha avuto un trapianto monopolmonare. L'abbiamo incontrata, una prima volta, nel corso dei *routinari* colloqui di valutazione pre-trapianto, previsti nel nostro protocollo, in accordo con la letteratura internazionale: poi l'abbiamo rivista a pochi mesi di distanza, dopo che l'evento trapianto era avvenuto, e questa volta al di fuori di ogni *routine*. Loredana aveva (e poneva) un problema: non riusciva a effettuare la broncoscopia di controllo, indispensabile secondo i lucidi protocolli medici, impossibile secondo lei. Erano i medici, pertanto, a richiedere l'intervento dello psichiatra.

Ma, come per tutte le storie, perché esse possano dirci qualcosa, occorre che vengano ben riordinate, rispettando l'ordine datoci da colui che le ha vissute.

L'antefatto: l'inserimento nella lista e il trapianto

Loredana è una moglie e madre felice, è casalinga e conduce una vita serena e apparentemente piena e vitale.

La sua storia clinica non è antica e risale a circa due anni prima, allorché improvvisamente compaiono i primi problemi respiratori: catturare l'aria per i propri polmoni e per la propria vita diventa rapidamente sempre più difficile, fino alla perdita dell'autonomia e fino alle faticose parole "è necessa-

rio il trapianto». Nel colloquio di valutazione prima dell'inserimento nella lista, non emergono problematiche psicologiche o psicopatologiche di rilievo né tali da presupporre una mancanza di compliance. Dirà successivamente Loredana: *«Io non volevo, ero contraria al trapianto. Non in modo assoluto, ma per me... non so... qualcosa di non mio. Però i miei figli e mio marito mi dicevano: devi farlo»*. Si apre un periodo di decisioni e attese: quale trapianto fare? - mono-polmonare, bipolmonare, cuore-polmoni - e dunque quanto perdere di sé? Quanto acquisire di *estraneo*? E, ancora, entro quale tempo? Loredana deve attendere poco, neppure tre mesi, poi l'intervento.

È iniziata una nuova vita: la prima fase post-trapianto.

È una mattina di fine inverno: il collega della tisiologia ci chiama perché Loredana è in reparto, in day-hospital, e per la seconda volta non è riuscita a sostenere la broncoscopia di controllo. Quando saliamo dai colleghi è chiaro sia il loro stupore sia il disappunto e l'irritazione creati dalla paziente: Loredana era stata una paziente che, tutto sommato, non aveva dato troppi pensieri, puntuale e collaborante, forse un poco "viziata" dai familiari, ma in fondo sempre razionale. Il suo sembrava perciò un pericoloso e irragionevole capriccio o, con significato svalutante, un comportamento "isterico".

Loredana è accompagnata da tutta la famiglia e non è affatto turbata dalla presenza dello psichiatra: ci avvolge, al contrario, con un fiume di parole. Con tonalità francamente ipomaniacale, non mostra turbamento o preoccupazione per la mancata broncoscopia (non le hanno ancora fissato un nuovo appuntamento, ma non ci sono segni e sintomi di rigetto) ma traccia un quadro idilliaco dell'esperienza da poco vissuta, tanto che *«non mi sembra neppure di aver avuto un trapianto, me ne ricordo quando penso che devo venire qui, a fare i controlli e la broncoscopia. Io sto benissimo, altrimenti. È successo tutto così in fretta...mi sono ammalata neppure due anni fa (...) Dormo molto bene, l'unica cosa è che sogno, faccio molti sogni. (Le capita mai di essere triste?) Mai, mi sento rinata. (...) Sarà per questo che non riesco a fare la broncoscopia: perché mi ricorda la malattia e quando stavo male. Vorrei dimenticarlo. (...) Sa, io non volevo farlo il trapianto, ma poi mi hanno chiamata, e i miei figli mi hanno detto «devi farlo»... mi hanno portato qui e...è successo tutto così in fretta, non ho neppure avuto il tempo di pensare»*.

Loredana fa, a distanza di circa due settimane, l'esame, sotto blanda sedazione e tenendo la mano stretta allo psichiatra. Una fatica per tutti.

La svolta

È di nuovo il collega pneumologo a contattarci, questa volta anche su richiesta della paziente. Sono trascorse poche settimane dalla broncoscopia ed il problema non è più l'esame endoscopico. Loredana è sempre accompagnata

problema non è più l'esame endoscopico. Loredana è sempre accompagnata dalla famiglia ma questa volta tutti appaiono visibilmente provati per l'insorgenza di uno stato ansioso-depressivo nella paziente che si manifesta con pianto frequente durante tutto il giorno, disinteresse verso le attività quotidiane e, soprattutto, un continuo "rimuginio" di pensieri e di ricordi. Verso la fine del colloquio, infatti, Loredana racconta: *«Ho continuamente dei "flash" della mia vita passata: cose piccole, che neppure ricordavo più, momenti precisi della mia vita mi appaiono improvvisamente davanti, nitidi, come se fossero attuali. Mi sembra tutto nuovo e, contemporaneamente, tutto già vissuto... (...) La prima volta che mi è capitato è stato dopo poche ore dal trapianto. Ero in terapie intensive. Poi non mi è più successo per qualche tempo. Senta, lei crede che qualcosa del donatore sia passato in me? Sa, a volte mi chiedo se sia possibile, perché io sento le cose intorno a me, i colori, i suoni, in modo diverso, come se li sentissi per la prima volta»*. Loredana porta con sé diversi esami: una TC encefalo, un esame EEG, tutti nella norma. Si è, infatti, rivolta ad un neurologo preoccupata per questi fenomeni: *«Penso di avere qualcosa al cervello ...non potrebbe farmi degli esami ulteriori? Io vorrei fare la risonanza magnetica. Mi sentirei più tranquilla»*. La rivediamo più volte e nei colloqui successivi emerge sempre più il pensiero dominante dell'organo trapiantato (*Lei cosa pensa: è possibile che io sia diversa dopo il trapianto, che io abbia assorbito una parte del donatore?*), accanto al timore di un male incurabile al cervello. Tutta la sua vita pare concentrata su tali pensieri, causa per lei di sofferenza e motivo di divisione e disaccordo con i familiari, sempre meno disposti, per quanto affettuosi, a tollerare e comprendere simili fantasie. Decidiamo di muoverci su due fronti: da un lato alleviare una condizione depressiva clinicamente presente (Loredana piange, è insonne, triste, senza iniziativa, immersa, sembra, nel passato, ansiosa) attraverso una terapia farmacologica antidepressiva; dall'altro accogliendo la richiesta, implicita nelle molte domande, di aiutarla a discernere cosa le sta accadendo (eventi non limpidi né univoci neppure per noi), invitandola a ripetere gli accertamenti neurologici presso il Centro Epilessia di Pavia, dove viene diagnosticata una epilessia temporale. La paziente intraprende una terapia, che riduce molto l'esperienza dei "flash".

Alcune risposte non del tutto esaurienti

Loredana assume tuttora una terapia ansiolitica e antidepressiva insieme. L'ansiolitico ha, al contempo, protetto la paziente dalle crisi epilettiche.

Il poter formulare in questo caso una diagnosi "organica" (quella di epilessia) sembra garantire una risposta ai dubbi di tutti: prima di tutto a quelli dei medici (c'è una diagnosi precisa capace di spiegare i sintomi di Loredana), poi a quelli dei familiari (Loredana non è una visionaria, e in fondo aveva ragione

a dirsi, cocciutamente, malata al cervello) e infine, ma in misura molto inferiore, a quelli della paziente.

Certo, l'epilessia non spiega tutto quanto è accaduto. Anzi, costituisce una ulteriore complicazione di una vicenda tutt'altro che facile da affrontare.

CONCLUSIONI

La storia che abbiamo esposto non è solo emblematica della forza e dell'irruenza delle dinamiche che una "sostituzione" d'organo, ossia di una parte del nostro corpo, mette in gioco in ciascuno di noi, ma anche dell'inestricabile nodo che lega fantasie ed eventi. Nella vita di Loredana almeno tre eventi riguardanti da vicino il corpo, la malattia (polmonare), il trapianto e l'epilessia, si sono abbattuti entro un arco di tempo molto breve, andando ad intaccare alcuni elementi strutturali del concetto di identità, quale l'idea di durata - corpo sano=vitale, corpo malato=morte -, l'idea di unità/diversità -essere un tutt'uno integrato, diverso dall'altro- e l'idea di realtà -il mondo mi è familiare-. La negazione, meccanismo difensivo che Loredana ha messo in atto inizialmente (negazione della malattia, della morte, del trapianto), e che le aveva consentito di sottoporsi all'intervento, non ha retto all'affiorare di esperienze e segnali "nuovi e diversi" che venivano dal corpo e che avevano il potere di "rimaneggiare" e "modificare" in qualche modo anche il passato (attraverso i ricordi), oltre che il presente.

Non c'è trapianto, soprattutto se da cadavere, che non sollevi in ogni ricevente vicende e percorsi psicologici ed emotivi sovrapponibili a quelli descritti nel caso raccontato: e se alcuni sanno trovare una via di integrazione, o di *non rigetto*, per la loro *nuova* vita, per il loro *nuovo* corpo, altri non vi riescono mai dal tutto. Se bastano poche ore (in assenza di rigetto) perché l'organo integri le proprie funzioni nel complesso ormai accordato del resto del corpo, occorre molto più tempo, anni, come in questo caso, perché angosce connesse alla perdita di identità affiorino e diventino, prima ancora che superabili, pensabili e condivisibili.