

LA TERAPIA PSICOLOGICA DURANTE I TRAPIANTI E LE DONAZIONI

di

PAOLA BIANCHI

Key words

Trapianti di organo e di tessuto, donazioni, counselling psicologico, psicoterapia Umanistica Integrata Focalizzata sulle Emozioni.

Il trapianto di organi etimologicamente sta a indicare la sostituzione di un organo malato con un organo sano offerto da un donatore.

Questo tipo di cura ha da sempre stimolato l'immaginario collettivo, ne troviamo espressione in numerose leggende, rappresentazioni artistiche e mitologiche. La nascita dei primi trapianti d'organo risale al III secolo d.c. periodo in cui i Santi Cosma e Damiano sostituirono la gamba andata in cancrena del loro sacrestano con quella di un uomo morto in quel momento.

Lo studio scientifico dei trapianti d'organo e tessuti ha inizio nel 1902 anno in cui il chirurgo Alexis Carrel mise a punto una tecnica per congiungere due vasi sanguigni. La scoperta di questa tecnica permise la realizzazione dei primi trapianti di cuore e di rene su animali.

La medicina del trapianto si è sempre più evoluta tanto da essere considerata intervento salvavita per organi come polmone, cuore e fegato.

Lo specialista in caso di malattia cronica degenerativa refrattaria a qualsiasi tipo di terapia medica descrive al paziente la necessità vitale di sottoporsi al trapianto. Questa comunicazione produce reazioni emotive differenti a seconda dell'età e dello stile di personalità e livello culturale. La letteratura evidenzia la prevalenza di sentimenti psicologici ambivalenti che caratterizzano il percorso che conduce al trapianto. L'articolo percorre il processo del trapianto e della donazione prestando particolare attenzione agli aspetti psicologici ed emotivi ad esso connessi; infine propone per il trattamento degli stati emotivi legati all'argomento un modello di psicoterapia integrata centrato sulle emozioni.

Presupposto al trapianto è l'esistenza di un donatore che viene distinto in due categorie: da vivente e da cadavere. Il donatore vivente e la persona in attesa di trapianto vivono una stessa realtà (continuare a vivere dopo la donazione e dopo il trapianto). **L'aspetto fondamentale da prendere in considerazione è la relazione del dare e del ricevere vissuta in maniera diametralmente opposta.** Per una persona in attesa di trapianto l'intervento gli può ridare la salute e quindi la speranza di vivere, per il donatore vivente che è in salute, l'intervento potrebbe essere rischioso e mutilante. Il trapianto di rene e di midollo osseo sono un esempio di trapianto da donatore vivente che in caso di consanguineità richiede di prendere in esame le motivazioni anche le meno evidenti che spingono il donatore a donare, se è spinto dal solo desiderio di ridare salute alla persona cara, oppure se in caso di relazioni negative, il suo gesto esprime la volontà di recuperare il rapporto. Per queste ragioni la persona che intende donare un organo deve saper riconoscere ed elaborare le motivazioni sottostanti la scelta. L'attesa del trapianto e della donazione è vissuta con paura, dubbi e angoscia dal paziente e dai suoi familiari. Dopo il trapianto invece subentra un vissuto permeato dalla paura delle infezioni e del rigetto che può alimentare fantasie negative e la fine di ogni speranza.

Nel trapianto d'organo da donatore cadavere, il percorso è caratterizzato da una condizione preliminare: il donatore in vita deve avere espresso la propria volontà a donare i propri organi dopo la morte.

La cultura alla donazione dei propri organi risente di difficoltà ad accettare la propria morte, che il proprio corpo possa essere defraudato, deturpato e quindi danneggiato. Per queste ed altre ragioni di tipo sociale e religioso e culturale si preferisce non decidere in vita, lasciando così ai familiari aventi diritto la scelta e il carico di responsabilità emotiva in merito al consenso o diniego alla donazione degli organi del proprio caro.

La famiglie dei donatori sviluppano una sofferenza mentale legata alla perdita con reazioni di opposizione sfavorevole al prelievo degli organi e all'elaborazione del lutto.

La morte improvvisa

Una grave perdita può produrre un dolore psichico intenso e indebolire l'immagine che l'individuo ha di se stesso. La morte improvvisa non consente di vivere il lutto anticipatorio e ancor di più produce un senso di vuoto senza speranza. Testimonianze di familiari di persone morte all'improvviso mettono in evidenza marcati sentimenti di dolore e rimorso, rispetto ai familiari che hanno vissuto la fase anticipatoria che li ha preparati a gestire in modo più funzionale emozioni che seguiranno all'evento.

In alcuni reparti come quello di terapia intensiva di frequente accade che gli eventi possono avere un'evoluzione drammatica così veloce da non permettere ai congiunti di entrare in pre-contatto con l'esperienza di perdita.

La prima risposta emozionale a una separazione inaspettata definitiva è la **negazione** accompagnata di frequente da incredulità e fantasie irrealistiche sulla morte effettiva. La scelta di donare gli organi del proprio congiunto può produrre sensazioni di rabbia

e impotenza e il dubbio sulla morte encefalica può scatenare un senso di colpa che può persistere anche a distanza di anni. I parenti dei donatori possono sviluppare comportamenti ossessivi di ricerca come “segugi” cercano le tracce degli organi del proprio familiare. La perdita traumatica è fonte di stress psicologico di notevole entità che può dare origine anche a forme psicopatologiche alimentate dal fatto che la sopravvivenza del proprio familiare viene individuata in un'altra persona. Il processo dell'elaborazione del lutto ha inizio nel momento in cui viene comunicata la morte della persona cara. Il cordoglio viene sperimentato da ogni individuo con tempi e grado di difficoltà differenti. Le fasi individuate da Kubler-Ross sono:

1. Shock
2. Negazione e rifiuto
3. Rabbia e senso di colpa
4. Disperazione e accettazione
5. Risoluzione

Shock: in questa fase si manifesta un attaccamento disperato alla persona scomparsa che può dar luogo a episodi di disorientamento, attacchi di panico e paura. Queste sono normali reazioni difensive che il soggetto mette in atto di fronte a sentimenti che generano un senso di oppressione.

Negazione e rifiuto: può manifestarsi in alcune persone che si sentono disorientate, incapaci di portare avanti la propria vita e fare scelte consapevoli; altre persone invece agiscono e prendono decisioni senza problemi eccessivi come se nulla fosse accaduto.

Rabbia e senso di colpa: in questa fase si provano emozioni intense di profonda disperazione e tristezza, emerge il desiderio di riavere in vita la persona scomparsa; si alternano rabbia derivante dall'impotenza e senso di colpa per non aver potuto salvare la persona amata. In alcune persone l'intenso trasporto emozionale può trovare espressione in disturbi psicosomatici, per lo più vomito, insonnia, agitazione motoria, nausea. Subentra uno stato di totale abbandono, l'individuo comprende l'irreversibilità del lutto.

Disperazione e accettazione: il tempo aiuta ad accettare la separazione e la perdita dalla persona cara. Quando i comportamenti di ricerca e di controllo si riscontrano infruttuosi si arriva gradualmente ad accettare la perdita.

Risoluzione: è la fase in cui si raggiunge una accettazione piena e si matura un sano distacco dalla persona che non c'è più; la vita riprende nel suo ritmo quotidiano.

Per favorire il processo dell'elaborazione del lutto si rivela pertanto necessario offrire un supporto psicologico ai familiari dei deceduti, affinché sia possibile individuare e affrontare insieme le variazioni emozionali che porteranno ad accettare la scomparsa. Le famiglie utilizzano modalità e comportamenti differenti per fronteggiare lo stress derivante dalla scomparsa del proprio congiunto ma tutte manifestano il bisogno di avere uno spazio in cui essere ascoltate, accolte nel loro dolore e aiutate a riaffiorare dallo shock per aver perso una persona affettivamente importante; uno spazio

all'interno del quale sia possibile esprimere emozioni, paure e dubbi potendo contare su una relazione di rispetto e fiducia.

Alcuni studi hanno evidenziato fattori che possono influenzare i familiari nella scelta della donazione degli organi in particolare: la scarsa accettazione della morte, dubbi sull'aspetto estetico del prelievo, convinzioni legate al proprio credo religioso, contrasti e divergenze etiche tra familiari.

Le problematiche psico-sociali del trapianto e della donazione

Il trapianto è una forma alternativa di trattamento terapeutico che presenta problematiche di varia natura: etica, morale, religiosa e psico-sociale..

I problemi psicosociali influenzano il sistema di convinzioni dei pazienti sia prima che dopo il trapianto e riguardano: diagnosi psichiatriche, problemi di regolazione e di rapporto individuale e familiare, disfunzioni sessuali, difficoltà di ritorno al lavoro. Queste aree problematiche richiedono interventi empiricamente convalidati. L'intervento psicologico in queste aree problematiche si avvale di procedure di valutazione psicologica dei candidati di trapianto, sull'individuazione delle capacità adattive necessarie per affrontare l'intero percorso.

Il donatore deve essere ampiamente informato sui rischi che potrebbe incontrare. Lo psicologo ha il compito di valutare il grado di consapevolezza raggiunto. Un altro aspetto importante del sostegno psicologico è quello di svelare eventuali pressioni psico-sociali (coercizione) all'interno della famiglia che potrebbero inficiare la scelta del donatore.

Anche il credo religioso può influenzare la scelta di donare i propri organi sia in vita che in caso di morte. Nelle religioni la donazione dei propri organi ha significati differenti:

- Cristianesimo: la donazione è incoraggiata come atto di carità;
- Ebraismo: la donazione è obbligatoria perché salva una vita;
- Buddismo: la donazione è una questione individuale;
- Islam: la donazione è approvata se c'è il consenso scritto in anticipo.

Come si può vedere il trapianto e la donazione è approvata e incoraggiata dalle diverse religioni esistenti al mondo. Il principale problema di natura etica non è tanto la rimozione degli organi a cuore battente, quanto il consenso espresso in vita dal defunto o dalla famiglia al momento del decesso.

Il vissuto psicologico dei pazienti donatori viventi e trapiantati

Diversi autori che si occupano di **psico-trapiantologia** sostengono una visione unitaria mente-corpo. L'individuo trapiantato sperimenta una vera e propria violazione che si ripercuote notevolmente sulla sua salute mentale. L'organo e il tessuto trapiantato implicano una integrazione nella rappresentazione del corpo di chi

lo riceve e una riorganizzazione della propria identità. Alcuni pazienti trapiantati sperimentano di frequente un “*vissuto di intrusione*”. Essi percepiscono di non essere più se stessi, si sentono divisi in due, una parte aliena si è aggiunta alla propria identità; altri vivono con la sensazione di essere in parte un “*replacement*” di un’altra persona (Nesci, 2007).

Il corpo e l’identità nei trapiantati assumono così un significato nuovo paragonabile ad una chimera. Spunti di riflessione e di connessione li troviamo nella letteratura psicoanalitica. Descrizioni come: identificazioni alienanti (Brusio, 2005), identificazione con l’aggressore (Anna Freud; Montecchi, 2002), introiezione maligna (Mearns, 2005), fenomeno transitorio (D.W Winnicott) sono teorie che spiegano il fenomeno dell’intrusione.

Una descrizione originale ci viene offerta proprio da D.W. Winnicott in occasione di una ricerca qualitativa effettuata su 20 pazienti maschi con trapianto di polmone. L’organo trapiantato e il suo donatore sono stati osservati utilizzando il modello del fenomeno transitorio. Secondo l’autore l’organo trapiantato assume la funzione di oggetto transizionale, Dalla ricerca è emerso che dopo anni di avvenuto trapianto, il paziente percepisce il donatore persona che vive, onnipotente e presente, al quale vengono riconosciute personalità e qualità idealizzate.

Il donatore come tipico oggetto transizionale svolge una funzione creativa nell’aiutare il paziente ad affrontare la vita quotidiana dopo l’intervento di trapianto. Inoltre il donatore e l’organo trapiantato in qualità di oggetti transizionali alimentano lo sviluppo di strategie positive di assimilazione piuttosto che l’attivazione di processi di dsintegrazione non favorevoli alla buona riuscita di un trapianto. La tendenza quindi a personalizzare l’organo trapiantato conduce a livello simbolico ad assumere le caratteristiche generali del donatore pur non conoscendolo. **Si rende così necessaria una certa compatibilità non solo organica ma anche psichica.** Differenze di sesso o di religione possono generare dubbi e perplessità poiché rappresentano elementi che mettono in discussione la loro identità di genere e la loro filosofia di vita

L’intervento psicologico nel processo di donazione–trapianto ai concernenti e loro familiari

La complessità degli aspetti fino ad ora presentati mettono in luce le strettissime interazioni tra la mente e il corpo. Negli ultimi anni la medicina dei trapianti e la psicologia della salute si sono integrate. E’ empiricamente consolidato che il supporto psicologico nella forma di counselling o psicoterapia aiuta il paziente e i suoi familiari a gestire sentimenti ed emozioni in ogni momento del percorso.

La psicologia clinica presenta diversi modelli di intervento nella relazione di cura, particolarmente efficaci nel processo psicologico del trapianto sono la Terapia Centrata sulla Persona. e la Terapia Focalizzata sulle Emozioni.

La Terapia Centrata sulla Persona si è dimostrata efficace in tutto il percorso del trapianto: una accettazione positiva incondizionata una comprensione empatica e un

clima comunicativo accogliente, sono condizioni necessarie e sufficienti che facilitano l'accettazione dell'esperienza difficile da affrontare.

La psichiatria e la psicologia svolgono un ruolo molto importante nella medicina del trapianto, esse hanno il compito di valutare lo stato di salute mentale dei pazienti in attesa di intervento, dei donatori e dei trapiantati. Negli ultimi dieci anni c'è stato un significativo miglioramento del servizio di assistenza psicologica alle famiglie dei donatori, presente nel momento della donazione e nella difficile elaborazione del lutto. Ad oggi si registra una carenza di servizi di questo tipo, solo il Nord Italia Transplant presenta un servizio di Psicologia Medica che collabora con le attività svolte da psichiatri e psicologi con le famiglie dei donatori, con i pazienti in attesa e già trapiantati.

I soggetti in attesa di trapianto vivono una condizione cronica della malattia che nel tempo li ha resi dipendenti sia dalle terapie mediche farmacologiche quotidiane che dagli altri componenti del nucleo familiare. La loro situazione di malattia produce consistenti limitazioni nella vita e favorisce una modificazione dei ruoli e degli affetti non sempre comprensibili al resto della famiglia.

E' stato riscontrato che in assenza di un supporto motivazionale familiare, il paziente è meno incentivato ad intraprendere l'intervento e integrare successivamente l'organo come parte di sé. Lo psicologo interagisce in equipe e interviene nelle seguenti fasi:

1. Pre- trapianto
2. Degenza post-opeatoria
3. Post-trapianto

1. Pre-trapianto

Nella fase di pre-trapianto si avvia un percorso di preparazione e valutazione dello stato emotivo e cognitivo, si verifica la capacità della persona di tollerare il peso emotivo del trapianto. Oltre al colloquio necessario per l'anamnesi, al paziente viene somministrata una batteria di test che comprende:

- WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), viene utilizzata per valutare il quoziente intellettivo e per individuare eventuali danni o patologie.
- IBQ (Illness Behaviour Questionnaire), è un test di auto-somministrazione che valuta il comportamento conseguente alla malattia. E' un testo che si focalizza sia sul corpo che sulla psiche, rivelando lo stato di ipocondria globale, coscienza e percezione di malattia, stato affettivo, irritabilità, disforia, negazione della patologia.
- MHQ (Middlesex Hospital Questionnaire), test di auto-somministrazione che permette di valutare lo stato generale di nevroticismo del paziente e consente di ottenere indici specifici dell'ansia fluttuante, fobica e somatizzata, dell'ossessività, dell'isteria e della depressione.

- RORSCHACH, test proiettivo proiettivo di personalità che valuta i tratti di personalità come l'identificazione con le figure genitoriali, l'aggressività e l'identificazione sessuale.

Questa fase come abbiamo visto è caratterizzata da sentimenti ambivalenti: i pazienti temono di essere dimenticati nella lista d'attesa, vivono la paura di non sopravvivere all'arrivo dell'organo e sviluppano livelli elevati di ansia e paura di morire. L'idea che la propria vita per essere salva dipende dalla morte di un'altra persona può generare sentimenti di colpa nei confronti del possibile donatore che entra a far parte della vita del paziente. Vissuti di questo tipo forti e opprimenti possono non essere facilmente simbolizzati e integrati nell'esperienza attuale. Nel periodo dell'attesa il paziente ha bisogno di essere accolto, ascoltato empaticamente affinché possa entrare in contatto con le parti più profonde di sé. Il paziente che si sente accettato e compreso nelle proprie sofferenze si affida e si rende disponibile ad esplorare accettare ed integrare i propri vissuti. In questa fase vengono potenziate le risorse e le abilità di coping dell'individuo per fronteggiare le fasi successive.

2. Degenza post-operatoria

Nel periodo post-operatorio si possono individuare due momenti caratterizzati da sentimenti differenti. Subito dopo l'intervento quando il paziente è nel reparto di Terapia Intensiva, possono insorgere manifestazioni psicopatologiche connesse alla condizione sconosciuta. In questo momento il paziente deve avviare un riassetto del proprio schema corporeo che ospita un organo riconosciuto indispensabile ma estraneo, lo psicologo interviene affinché si crei intorno a lui un clima familiare che lo aiuti ad attraversare questo delicato momento e recuperare le risorse interiori. Successivamente in una fase più tardiva il paziente sperimenta un vissuto definito dalla letteratura medica di "*Lazzaro resuscitato*" di intensa euforia, che in breve tempo vede insorgere i primi sintomi di uno stato depressivo.

3. Post-trapianto

E' la fase in cui superati i rischi di rigetto e infezioni contingenti, la persona recupera uno stato di salute che porta con sé la necessità di riorganizzare il proprio stile di vita su nuove consapevolezza. L'individuo si trova ad affrontare problematiche di natura medica, psicologica e sociale. In una ricerca svolta da Craven (1990) su soggetti trapiantati è emerso che il 50% presenta problemi psichiatrici. La ricostruzione della propria immagine corporea richiede impegno e sostegno affettivo, il paziente dovrà adattarsi creativamente alla nuova realtà e "*accorporare*" a livello fisico e mentale l'organo trapiantato. In alcuni casi l'integrazione psichica è resa problematica da vissuti persecutori relativi l'organo impiantato che genera confusione e frammentazione del proprio sé. Di fronte a scompensi psichici di questo tipo

vengono pianificati piani di trattamento psichiatrico-psicoterapeutico personalizzati in ospedale e in ambulatorio.

Un modello di intervento: la Psicoterapia Focalizzata sulle Emozioni

L'emozione è intimamente legata al significato che l'individuo attribuisce all'esperienza che sta vivendo. Il meccanismo che produce l'esperienza emozionale si chiama "**schema emotivo**" che per ogni individuo è altamente personale. Gli schemi emotivi implicano una sintesi complessa di affetto, cognizione, motivazione e azione che fornisce a ciascun individuo un vissuto soggettivo e un senso integrato di sé e del mondo (Greenberg & Safran, 1987; Greenberg, Rice & Elliott, 1993).

La psicoterapia focalizzata sulle emozioni pone l'attenzione sulla risposta emotiva del paziente e "su quello che egli sente" all'interno di una relazione terapeutica empatica e supportante. Questo modello di terapia favorisce quella che Alexander definì negli anni '40 *esperienza emotiva correttiva* (Greenberg & Paivio, 2000). L'individuo apprende all'interno delle relazioni significative con le figure di attaccamento primarie la capacità di ascoltare le proprie emozioni, seguirle e gestirle per un sano adattamento.

Nel percorso della donazione e del trapianto la presa in carico e la gestione delle emozioni degli attori coinvolti compreso il personale sanitario viene considerato un importante fattore protettivo (Trabucco, Marcanti, Procaccio, 2009).

Gli effetti che può produrre la psicoterapia sono stati oggetto di numerosi studi, tra i quali troviamo una ricerca condotta dal Dipartimento di Chirurgia dell'Università di Glasgow (Regno Unito). Il disegno di ricerca ha utilizzato principi psicoterapeutici per capire ed intervenire in problemi emotivi che determinano la qualità di vita in destinatari adulti di trapianto di rene da donatore cadavere. Quarantanove destinatari di trapianto di rene sono stati sottoposti a 12 sedute (a intervalli settimanali) di psicoterapia, entro 3 mesi dalla ricezione del loro trapianto. Il Beck Depression Inventory (BDI) è stato utilizzato come misura di cambiamento dello stato emotivo, prima della terapia, a 3, 6, 9 e 12 mesi. Il punteggio più alto sulla BDI è indicativo della presenza di disfunzione psicologica analizzata a livello quantitativo; i dati inoltre sono stati considerati in termini di temi ricorrenti descritti dai pazienti durante la psicoterapia e analizzati qualitativamente. L'integrazione dei dati qualitativi e quantitativi sono stati considerati per valutare la capacità del singolo paziente di poter raggiungere un equilibrio sociale, relazionale e professionale nella vita quotidiana. Tutti i pazienti hanno completato un anno di follow up e nessuno dei pazienti assumeva farmaci antidepressivi prima e dopo la psicoterapia. I risultati raggiunti dal gruppo pazienti che hanno usufruito del trattamento psicoterapeutico sono stati confrontati vs un gruppo di controllo. La psicoterapia ha prodotto significativi miglioramenti nei seguenti punteggi del BDI. Il punteggio medio era 26.3 +/- 7.9 prima e 20.5 +/- 8.8 dopo la terapia. Il punteggio medio era 26.3 +/- 7.9 prima e 20.57 +/- 8.8 dopo la terapia, ($p = 0.001$) l'abbassamento dei punteggi è rimasta

sostenuta a 12 mesi. L'analisi multivariata di età, genere, condizione lavorativa e la durata della dialisi non ha influenzato i risultati. Per l'aspetto qualitativo dello studio i problemi emotivi espressi dai pazienti sono stati raggruppati in tre temi ricorrenti:

1. la paura del rifiuto;
2. i sentimenti di perdita paradossale post-trapianto, pur avendo ricevuto un trapianto di successo;
3. l'integrazione psicologica del rene di nuova acquisizione;

La ricerca conclude affermando che l'intervento psicoterapeutico è uno strumento efficace per affrontare ed elaborare i problemi emotivi nei riceventi di trapianto di rene. I temi ricorrenti individuati forniscono una piattaforma per l'esplorazione psicoterapeutica e la risoluzione di questi problemi riscontrabile con punteggi più bassi al BDI e con una ridefinizione della normalità nella vita quotidiana post-trapianto. **Appare evidente pertanto quanto sia funzionale pianificare trattamenti focalizzati sulle emozioni che agiscono un ruolo fondamentale in qualsiasi tipo di donazione e trapianto.**

La terapia Focalizzata sulle Emozioni favorisce l'accettazione e l'elaborazione dei vissuti emotivi come quelli legati alla morte. Può essere utilizzata per offrire supporto a tutti i soggetti coinvolti nel percorso della donazione e del trapianto. La sua applicazione si sviluppa in tre fasi principali:

Creare il legame. In questa fase si crea con i concernenti e loro familiari una relazione empatica collaborativa, attraverso una sintonizzazione affettiva si comunica la comprensione dei sentimenti negativi di dolore, paura, rabbia; si identificano le condizioni generative che saranno i punti focali della terapia.

Evocare ed esplorare. I sentimenti derivanti dalla perdita vengono evocati ed attivati in seduta. Si favorisce l'esplorazione delle sequenze cognitivo-affettive che generano sentimenti ambivalenti presenti nell'esperienza di perdita.

Ristrutturazione emozionale. Il terapeuta sostiene il congiunto affinché possa riesaminare la propria relazione con la persona defunta. Il terapeuta riconosce al paziente l'irreversibilità della perdita e la difficoltà ad accettarla, al contempo aiuta la persona a creare un nuovo significato riguardo al modo in cui il lutto può essere integrato nella sua vita attuale. Ciò avviene simbolizzando ciò che si è perduto e i bisogni che dovranno essere gratificati in altri modi.

La relazione psicoterapeutica produce un effetto consolatorio e ristrutturante che può aiutare i familiari a dare un proprio significato alla scelta della donazione degli organi.

Conclusioni

Nell'ottica di una sanità pubblica di qualità, la presenza strutturata di servizi di assistenza psicoterapeutica di sostegno ai soggetti coinvolti nel percorso donazione trapianto, rappresenta un elemento di grande impatto qualitativo, di efficienza ed umanizzazione dell'atto medico, come dimostrato dalle esperienze dei grandi centri del nord Italia.

La diffusione di questo modello organizzativo, potrà contribuire in modo sostanziale ad una maggiore consapevolezza delle scelte, nonché a sciogliere quei nodi di resistenza attiva e passiva che ad oggi impediscono la scelta del donare e conseguentemente l'impossibilità del trapianto. In merito a quanto descritto la Psicoterapia Umanistica Integrata Focalizzata sulle Emozioni è un approccio che promuove il benessere e la salute psichica avvalendosi di strumenti per lavorare su problemi emotivi espressi dai pazienti quali la paura del rifiuto dell'organo, i sentimenti di perdita e l'integrazione psicologica dell'organo acquisito.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. *Il corpo racconta*. Riza Scienze, n 55, Marzo 1992.
- AA.VV. *Medicina Araba, in Medicina nei Secoli. Arte e scienza*, vol 6. pag237-430.
- AA.VV. *Indagine sui bisogni formativi: analisi dei risultati*. Atti del Convegno NITp, Novembre 2003.
- AA.VV. *Corso di aggiornamento di 1° livello organizzato dalla Fondazione per l'incremento dei trapianti d'organi. "Il donatore di organi: clinica, assistenza e comunicazione in terapia intensiva"*. Maggio 2005.
- Abraham G., Peregrini C. *Ammalarsi fa bene. La malattia e difesa della salute*. Feltrinelli 1991, Milano.
- Aldwin C.M. *Stress, coping and development*. Guilford Press, New York, 1994.
- APA DSM-IV. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi di personalità* (4th. Edn). Ed. Masson Milano 1997.
- Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. *Emotional issues after kidney transplantation: a prospective psychotherapeutic study*. Department of surgery University of Glasgow, UK. Clin Transplant 2002 Dec; 16(6): 455-60.
- Baiocchi P. Toneguzzi D. *La comunicazione affettiva e il contatto umano*. Centro Studi Kikles, Trieste 1996.
- Becker K., Gashler K. *Tra il corpo e la mente*, in *Mente & Cervello*, n16. Luglio-Agosto 2005.
- Canali S., Pani L. *Emozioni e malattia*. Bruno Mondadori Milano 2003.
- Cantwell M. Clifford C. *English nursing and medical student's attitudes towards organ donation*. Journal of Advanced nursing 2000; 32 (4); 961-68.
- Carpenter C. *Affrontare il cambiamento*. Sperling & Kupfer Editori, Milano 1992.

- Chambless D.L. & Ollendick T.H. *Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie e prove empiriche*. Psicoterapie e Scienze Umane, n35, 2001.
- Clarkson P. *La relazione psicoterapeutica integrata. Realtà e Prospettive in Psicofisiologia*, Ed. Aspic, Roma 1996.
- Comazzi A.M., Dimonopoli T., Santoro L. *Il ruolo del servizio di psicologia medica nella donazione di organi*. Atti del Convegno tecnico scientifico. NITp Pavia, 2003.
- Dahkle R. *Malattia, linguaggio dell'anima: Sinificato e interpretazione delle malattie*. Ed. Mediterranee, Roma 1996.
- De Bortoli C. Rupolo G. *La sofferenza psicologica in rianimazione*. Ed. Patron 1986: 35-37.
- De Jong W. *Requestion organ: an interview study of donar and nondonar families*. Am Journal Critical Care 1998; 7 (1): 13-23.
- Engle D. *Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future*. Journal of clinical psychology 12 Mar 2001, Vol 57 p. 521-549.
- Francescato D., Ghirelli G. *Fondamenti di Psicologia di Comunità*. Ed. NIS 1988.
- Francescano D., Leone L., Traversi M. *Oltre la psicoterapia*. Ed. NIS 1994.
- Figley C. *Compassion fatigue: coping whit secondary traumatic stress disorder those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel 1995.
- Fontana D., *Stress counselling. Come gestire gli stati personali di tensione*. Ed. Sovera 1996.
- Frish M.B. *Psicoterapia integrate della qualità della vita*. Ed. Sovera 2000.
- Fromm E. *L'arte di ascoltare*. Mondadori, Milano 1991.
- Frova G. Barozzi O. Bacchini T. *Diagnosi e accertamento di morte cerebrale*. Ed. Compositori 2000; 145-151.
- Galeazzi L., Scarpelli C. *Vissuto psicosomatico degli organi*. Ed. Piccin, Padova, 1996.
- Genovese C. *Corpo-mente e relazione*. Masson, Milano 1998.
- Gergen K.J., Gergen M.M. *Psicologia sociale*. Il Mulino, 1986, Bologna.
- Ghirelli G. *Lungo viaggio nel tunnel della malattia*. Franco Angeli 2002, Milano.
- Giusti G.D. *I bisogni di formazione in materia di trapianti*. Ricerca infermieristica, atti del VII Convegno Anianti, Assisi 2004.
- Giusti E. *Ri-trovarsi prima di ricercare l'altro*. Armando, Roma, 1987.
- Giusti E. Proietti M.C., *Qualità e formazione. Manuale per operatori sanitari e psicosociali*. Ed. Sovera 1999.
- Giusti E., Bonessi A. Garda V., *Salute e malattia psicosomatica*. Ed. Sovera 2004.
- Giusti E. *La terapia del "con-tatto" emotivo*. Riza scienze, n. 23, Febbraio 1989, Milano.
- Giusti E. *Essere in Divenendo, integrazione dell'identità pluralistica del sé*. Sovera 2002, Roma.
- Giusti E. *Psicoterapie:denominatori comuni*. Franco Angeli. 2002, Milano.
- Giusti E., Angelici G., Puglisi M. *Esperienza di panico. Trattamento del "D.A.P." per l'integrazione disturbata*. Quaderni A.S.P.I.C, 2000, Roma.
- Giusti E., Montanari C., Iannazzo A. *Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti a breve, medio e lungo termine*. Masson, 2000, Milano.
- Giusti E., Locatelli M. *L'empatia integrata*. Sovera, 2000, Roma.
- Giusti E., Germano F. *Terapia della rabbia. Capire e trattare emozioni violente di ira, collera e furore*. Sovera, 2003, Roma.
- Giusti E., Montanari C., Spalletta E. *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in Counseling e Psicoterapia*. Masson, 2000, Milano.

- Giusti E., Ciotta A. *Metafore: nelle relazioni d'aiuto e nei settori formativi*. Sovera 2005, Roma.
- Giusti E., Lazzari A. *Psicoterapia interpersonale integrata*. Sovera, 2003, Roma.
- Giusti E., Chiaccio A. *Ossessioni e compulsioni: trattamenti*. Sovera 2002, Roma.
- Giusti E., Montanari C., Montanarella G. *Manuale di psicoterapia integrata. Verso un eclettismo clinico metodologico*. Franco Angeli, 1997, Milano.
- Giusti E., Mintone G. *L'interpretazione dei significati in Psicoterapia e nel Counseling*. Sovera, 2004, Roma.
- Goetzman L. *Is it me, or isn't it?* The American Journal of Psychoanalysis, 2004 Vol. 64 n. 5, 279-280.
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*. Ed. Bur 1996.
- Green A. *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Borla, 1983, Roma.
- Greenberg L.S. (et al.) *Manuale di psicoterapia esperienziale integrata*. Ed. Sovera 1999.
- Greenberg L.S. Paivio S.C. *Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata*. Ed. Sovera 2000.
- Halymane H. Frid I, Bergbon- Engberg I. *Brain dead in ICUs and associated nursing care challenges concerning patient and families*. Intensive and Critical Nursing 1998; 14:21.
- Heliman C. *Supportive Psychotherapy for patient with heart transplantation or ventricular assist devices*. Department of cardiovascular surgery, University Heart Center Freiburg-Bad, Krozingen, Germany. Eur J Cardiothorac Surg, 2011 Apr; 39(4): e 44-50. Epub 2011.
- Ingrosso M. *Ecologia sociale e salute (scenari e concezioni del benessere nella società complessa)*. Franco Angeli, 1994, Milano.
- Italia: legge 29 Dicembre 1993 n°578. *Norme per l'accertamento e la certificazione di morte*.
- Italia: *Decreto Ministero della Sanità 22 Agosto 1994 n°582. Regolamento recante le modalità e l'accertamento e la certificazione di morte*.
- Italia: legge 1°Aprile 1999, n°91. *Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*.
- Kubler-Ross E. *La morte e il morire*. Ed. Cittadella, 1982.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York 1984.
- Lindahl B., Norberg A., et al. *Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotional and experiences of care*. Journal of Clinical Nursing 2002; 11 (6): 809-822.
- Lowen A. *Il linguaggio del corpo*. Feltrinelli, 1978, Roma.
- Lowen A. *Arrendersi al corpo*. Astrolabio, 1994, Roma.
- Luban Plozza B., Musso A. *Dialogo medico-paziente: Dalla relazione alla nuova psicosomatica*. Centro Scientifico, 2000, Torino.
- Mucchielli R. *Apprendere il counselling*. Ed. Erikson 1993:7-19.
- Niles, Mattice. *The timing factors in the consent process*. Journal transplant Coordination_ 1999; 84-87.
- Olbrisch M.E., Benedict S.M., Asche C., Levenson J.L. *Psychosocial assessment and care of organ transplant patients*. Journal of consulting and clinical psychology 2002, Vol. 70, No. 5, 771-783.
- Pancheri P. *Stress Emozioni Malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica*. Mondadori, 1980, Milano.

- Pellegrino F. *I disturbi d'ansia: percorso conoscitivo e terapeutico*. Mediserve, 2002, Napoli.
- Persons J.B., Davidson J., Tompkins M. A. *Depressione, terapia cognitivo-comportamentale*. Sovera, 2002, Roma.
- Petrillo G. *Psicologia sociale della salute*. Liguori, 1996, Napoli.
- Pravettoni G., Giusti E. *Cuore e psiche*. Guerini Studio, 2000, Milano.
- Procaccio F., Manyalich M., Venettoni S., Nanni Costa A., *Manuale del corso nazionale per coordinatori alla donazione e prelievo di organi e tessuti*, 5 edizione Casa ed. Compositori 2004.
- Randhawa G. *Specialist nurse training programme: dealing with asking for organ donation*. Journal of Advance Nursing 1998; 405-408.
- Redigolo D, Kaldor K, Illica Magrini R. *Il processo comunicativo nella relazione di aiuto*. Ed. Rosini 1994: 103-111.
- Ricci Bitti P.E. & Caterina R. *Alcuni aspetti dell'esteriorizzazione delle emozioni*, in G. Belelli (a cura di), Sapere e Sentire. Liguori, 1995, Napoli.
- Rogers C. *La terapia centrata sul cliente*. Ed. G. Martinelli Firenze- 1989: 73.
- Rupolo G. Puznoski C. *Psicologia e psichiatria del trapianto d'organo*. Masson funzionale del sé. Organizzazione 1999.
- Sachs P.R, Matiz E.A. *Treg families of individuals with traumatic brain injury from a family system prospective*. Journal of Head trauma Rehabilitation 1995, 10 (2): 1-11.
- Sapir A., Buzzati G. *Medico-paziente: un corpo a corpo*. Liguori, 1984 Napoli.
- Schindler P., Afari N. *Immagine di sé e schema corporeo*. Franco Angeli, 1995 Milano.
- Sgrega E, Barozzi O, Bacchini T. *Diagnosi e accertamento di morte cerebrale*. Ed. Compositori 2000; 145-151.
- Sminoff L.A. *A factor influencing families consent for donation of solid organs for transplantation*. Jama 2001; 286: 71-77.
- Solano L., Coda R. *Relazioni, emozioni, salute. Un'introduzione alla psicoimmunologia*. Piccin, 1994 Padova.
- Storani D. *Indagine conoscitiva sulla relazione con le famiglie nelle fasi della comunicazione di morte e della proposta di donazione*. Riunione Tecnico Scientifica. NITp Ancona, 4-5 Ott. 2004.
- Tiani Brunelli S. *La comunicazione, l'abilità di esprimersi e di ascoltare*. Ed. Orizzonti 1998.
- Tommasoni M., Solano L. *Una base più sicura: esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Franco angeli, 2003, Milano.
- Trabucco G, Verlato G. *Condividere la vita. Donazione e trapianto di organi e tessuti. Conoscenza, opinioni, vissuti psicologici*. Ed. Libreria Cortina Verona, 2005.
- Trabucco G, Bravi E., Fontana L., *L'assistenza psicologica nei programmi di donazione e trapianti d'organi e tessuti a Verona*. Il Sole 24 ore Sanità (6-12 Nov.) 2001.
- Venturini R. *Coscienza e cambiamento: una prospettiva transpersonale*. Cittadella Editrice, 1995 Assisi.
- Watzlavick P., Beavin J.H., Jackson Don D. *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, 1971, Roma.
- Trabucco G, Magagnotti MC., *Emodialisi e bisogni psicologici: un modello "integrato" di risposta assistenziale*. Edises, Napoli, 1995.

- Trabucco G. *“L'intervento psicologico in Ospedale Generale”*. Notiziario dell'ordine degli psicologi del Lazio 2004; 39-42.
- Zanardi A. *Il linguaggio degli organi*. Tecniche Nuove, 2001, Milano.
- Zavallone R. *La relazione di aiuto*. Scuola Agostinianum 1997.
- Zucconi A., Howell P. *La promozione della salute*. La meridiana 2003.