

MARIA CLELIA ZURLO \*, FEDERICA VALLONE \*\*

## CRIOCONSERVAZIONE DEI GAMETI E PATOLOGIE ONCOLOGICHE FEMMINILI: I DILEMMI DELLA MATERNITÀ

Sommario: 1. Premessa. 2. Malattia oncologica e attacco alla femminilità: il duplice trauma. 3. La svolta in campo biomedico: il valore ed i rischi della crioconservazione. 4. Dilemmi bioetici connessi alla crioconservazione: il bilancio fra costi, rischi e benefici. 5. L'intervento di *counseling* e sostegno psicologico nel campo dell'oncofertilità. 6. Bibliografia.

1. Negli ultimi decenni i progressi e i traguardi scientifici raggiunti dalla biomedicina nell'ambito della procreazione medicalmente assistita hanno avuto un sempre maggiore impatto a livello individuale, relazionale e culturale, rendendo possibili progetti procreativi e percorsi della filiazione precedentemente inimmaginabili. In tale ambito, proprio in virtù del costante cambiamento della società e delle richieste da essa poste all'universo scientifico, l'applicazione delle tecniche biotecnologiche al problema dell'infertilità ha portato alla luce la questione dell'oncofertilità e del ricorso alla crioconservazione dei gameti nei casi di patologia oncologica femminile.

L'attenzione e la riflessione rivolta al tema dell'oncofertilità sono legate sia alla elevata percentuale di persone in età fertile colpite da neoplasie (in Italia l'11%), sia alla crescente speranza di sopravvivenza in seguito ad esse. In Italia, infatti, sono stimati circa 120.000 casi all'anno di tumori maligni nelle donne, 38.000 dei quali sono tumori della mammella (AIOM-AIRTUM 2012), e, a partire dalla fine degli anni '80, si è assistito ad una continua diminuzione del tasso di mortalità. Secondo un rilevamento effettuato nel 2011 dall'Istituto Europeo di Oncologia la percentuale di pazienti sopravvissute 5 anni dopo la diagnosi è dell'87% nei casi di cancro al seno, rispettivamente del 78% e del 67% nei casi di cancro al corpo e al collo dell'utero, e del 41% nei casi di cancro all'ovaio (IEO, 2011).

---

\* Professore Associato di Psicologia Dinamica Università degli Studi di Napoli Federico II.

\*\* Dottoranda di ricerca in *Human Mind and Gender Studies*, Università degli Studi di Napoli Federico II.

Tale tendenza, attribuibile ad una maggiore capacità predittiva dal punto di vista diagnostico, nonché agli innumerevoli progressi terapeutici, ha posto nuovi quesiti legati alla qualità della vita delle pazienti sopravvissute e ha dunque incrementato l'attenzione, a livello multidisciplinare, sulla cura e sulla tutela del benessere post-malattia.

A tale proposito, una delle principali tematiche sollevate in campo medico riguarda il rischio, per le pazienti oncologiche, di incorrere in un fallimento ovarico prematuro (POF), che, sul piano medico, può dipendere da vari fattori: la riserva follicolare della paziente, che è variabile da donna a donna e decresce con l'aumentare dell'età; l'età della paziente al momento della diagnosi; e il trattamento terapeutico utilizzato per affrontare la neoplasia (Donnez & Dolmands, 2013).

L'età della paziente è un fattore particolarmente significativo, giacché il dato secondo cui il 10% della popolazione femminile affetta da una malattia oncologica è ancora in età fertile (età < 45 anni) si combina con quello relativo all'aumento sensibile dell'età della prima gravidanza (secondo dati ISTAT l'età media in Italia alla prima gravidanza è di 31,4 anni)<sup>1</sup>. A tale dato si deve aggiungere quello relativo all'incremento dell'incidenza di tumori, con l'aumentare dell'età, sia nell'uomo che nella donna. D'altra parte, tutti i trattamenti necessari per combattere la neoplasia (chemioterapia, radioterapia, trattamento farmacologico) influenzano profondamente la riserva ovarica della paziente.

Ai rischi derivanti dalla cura si aggiungono peraltro quelli derivanti dai tentativi di preservare la fertilità, giacché il ricorso a qualsiasi tecnica di preservazione deve essere effettuata prima dell'inizio dei trattamenti chemio o radio terapeutici, e ciò implica un ritardo di essi di circa un mese.

Oggi giorno, comunque, sebbene nell'ultimo decennio si sia assistito ad una maggiore sensibilizzazione in materia, sono ancora poche le pazienti oncologiche che discutono con il loro medico sulle varie opzioni di preservazione della fertilità, e ancor meno sono quelle che si sottopongono effettivamente ad una tecnica di crioconservazione.

2. Il presente lavoro si pone l'obiettivo di descrivere i dilemmi etici e le ricadute a livello psicologico delle nuove possibilità offerte dalla biomedicina in tema di oncofertilità. A tale scopo, esso pone l'accento sulle problematiche legate ai nuovi percorsi della filiazione (Zurlo, 2009) delineatisi in risposta al progresso scientifico e focalizza l'attenzione sul vissuto delle

---

1 Cfr. Associazione Italiana Registro Tumori & Associazione Italiana di Oncologia Medica (2012), *I numeri del cancro in Italia 2012*. Intermedia Editore, Brescia.

donne affette da una patologia oncologica che chiedono di ricorrere ad una crioconservazione dei gameti.

La paziente oncologica si trova infatti a gestire in seguito alla diagnosi una «duplice trincea». Da una parte essa è chiamata a combattere contro i forti vissuti di angoscia e smarrimento legati alla prepotenza della malattia. L'impatto psicologico della diagnosi è caratterizzato dalla percezione di un vero e proprio «attacco alla vita» e del rischio di morte potenziale; vissuti, questi, che innescano, al di là della concreta prognosi medica, il timore di non riuscire a superare la malattia e la conseguente mobilitazione di meccanismi difensivi più o meno funzionali, primo fra tutti la negazione. La patologia, dunque, intessuta all'interno del dilemma vita/morte, rappresenta una prova esistenziale sconvolgente, che obbliga la donna a una globale riorganizzazione della propria vita. In questi termini, come sostiene Luis Chiozza (1981), «il cancro, sia come tumore visibile che come fantasia inconscia, possiede una forza travolgente, ma se lo osserviamo da lontano o da fuori, non esposti a tale forza, non possiamo comprendere nulla di fronte al paziente canceroso, che è allo stesso tempo spettatore e vittima di una carneficina quasi insopportabile da contemplare»<sup>2</sup>.

Da tali drammatici vissuti trae forza la dimensione reattiva del desiderio, il desiderio di vita e di trasmettere la vita contro il rischio, la minaccia percepita di morte. Connessa a tale reazione è la seconda trincea che la donna si trova a gestire. Il desiderio procreativo si scontra, infatti, con una serie di interdetti, dal momento che sia la malattia oncologica che la cura nei confronti di essa, imponendosi con violenza *in toto* nella vita della donna, possono provocare un danno anche alle capacità procreative, attentando al cuore della femminilità in maniera sia diretta che indiretta: in maniera diretta, attraverso l'attacco agli organi simbolo della femminilità, come nel caso del tumore al seno e dei tumori ginecologici, e, in maniera indiretta, attraverso l'intervento chirurgico e i trattamenti chemio e radio terapeutici, necessari per la guarigione, che possono danneggiare in modo temporaneo o definitivo l'apparato riproduttivo.

Il vissuto soggettivo delle pazienti connesso alla notizia della possibile infertilità in seguito al cancro è approfondito dai lavori di Ann H. Partridge (2004) e Janette Perz (2013), che sottolineano come la possibile infertilità risulti essere una delle problematiche più difficili e traumatiche da affrontare per la paziente neoplastica, ed assuma valenza pari a quella della stessa malattia. L'esperienza delle pazienti in merito, è, infatti, caratterizzata, *in primis*, da sentimenti di rabbia, disperazione e shock, e, successivamente,

2 L.A. CHIOZZA, *Psicoanalisi e cancro*, Roma, 1981, 27.

da vissuti di ansia, depressione, perdita di autostima, e senso di inadeguatezza nei confronti del partner per le limitazioni subite dal proprio ruolo di compagna.

Per poter comprendere appieno l'entità del doppio trauma generato da tale duplice attacco, è necessario fare un passo indietro, e analizzare il ruolo della maternità nella strutturazione dell'identità femminile. Dal punto di vista storico, culturale e psicologico, infatti, la filiazione è stata, da sempre, ritenuta aspetto peculiare ed emblematico nella definizione dell'identità femminile, approdo della sessualità adulta, nonché obiettivo e norma nel progetto di vita, soprattutto femminile. Peraltro, il desiderio di filiazione racchiude al suo interno le fantasie connesse alla trasmissione intergenerazionale (Zurlo, 2009, 2013); essere madre non è riducibile ad una semplice constatazione biologica, ma implica il riconoscimento simbolico, intrapsichico e intersoggettivo, di una partecipazione a una catena di discendenza, ed il conseguente bisogno di custodire e garantire tale continuità, di generazione in generazione. Il desiderio di trasmettere la vita è situabile, peraltro, all'interno di una dimensione narcisistica di riproduzione di sé stessi, che si pone a garanzia, da un lato, della propria immortalità e, dall'altro, della propria integrità (Zurlo, 2013). Tutto ciò nei termini di una somiglianza ma anche di una diversificazione del futuro nato, che andrà a porsi in continuità e rottura rispetto ai propri genitori e alle generazioni precedenti.

D'altra parte, la catena intergenerazionale, come afferma René Kaës (2000), custodisce un elemento indicibile legato nel contempo al tema dell'origine e a quello della morte; pertanto, la procreazione può essere vissuta come rafforzamento del narcisismo di vita, come processo mediante il quale, attraverso il proprio figlio, si esprime il desiderio di mantenere una parte di sé in contatto con l'onnipotenza originaria immaginata, e si allontanano e si supera la morte, per mezzo della nuova vita. Nella medesima direzione vanno le riflessioni di Jacques Testart (1992), che afferma che l'uomo come individuo è mortale, laddove il suo gene, trasmesso di generazione in generazione, è immortale; dunque, avere un bambino implica la possibilità di mostrare la propria potenza creativa e vitale contro la morte e, nel caso delle pazienti oncologiche, contro la distruttività e la minaccia di morte rappresentata dalla malattia.

A partire da tali premesse, risulta chiaro come il rischio di infertilità derivante dalla malattia oncologica vada ad iscriversi, sul piano psichico, come potenziale interdetto, limite, la cui risonanza può determinare una massiccia regressione e la riattivazione di sentimenti di castrazione e di persecuzione. D'altra parte, purtroppo, tali vissuti sono rafforzati e resi

ancora più intensi nei casi in cui l'attacco alla femminilità diventa tangibile mediante l'intervento chirurgico, che viene inevitabilmente vissuto come limitante e castrante.

Nel caso della mastectomia, ad esempio, Mathelin e Annane (2005) descrivono le molteplici funzioni attribuite al seno, organo fondamentale nella vita psichica sia della donna che dell'uomo. Il seno incarna, infatti, la tenerezza della maternità, ma anche la bellezza e l'erotismo della donna. Tuttavia esso, emblema della vita, ammalandosi, si trasforma, nelle pazienti oncologiche, in fonte della minaccia di morte, e assume la forma del timore paralizzante sia di una morte reale, a causa del cancro, sia di una morte simbolica della propria identità e integrità, a causa della mastectomia. In proposito Marie-Frédérique Bacqué (2008) ha evidenziato anche come, in seguito all'intervento di mastectomia, la paziente possa dare sviluppo ad un'immagine androgina di se stessa, o subire una regressione all'infanzia, legata al vissuto di avere nuovamente un «busto da bambina».

Tuttavia, se da una parte è evidente l'impatto dell'intervento chirurgico sulla percezione dell'immagine corporea, dall'altra sono state da più parti rilevate le devastanti conseguenze della stessa malattia oncologica e dei trattamenti sulla percezione della paziente di sé, del proprio corpo e della propria vita, irrimediabilmente trasformata (Mathelin & Annane, 2005; Reich, 2008; Dany, 2009). Infatti, come afferma Deschamps (1997), al momento della diagnosi, al suono della parola «cancro», il corpo precipita in un abisso senza fondo, disintegrandosi, in mille «frammenti neoplastici», «malati». D'altra parte, come sottolinea giustamente Michel Reich, l'intensità della percezione degli effetti del cancro sul proprio corpo dipende anche dal livello precedente di investimento di esso, dal suo valore simbolico e dalle rappresentazioni associate all'organo colpito, nonché dai cambiamenti che, concretamente, limitano il funzionamento fisico della paziente (Reich, 2008).

Per comprendere appieno tale affermazione, è necessario riprendere il lavoro di Michel Reich (2008), che ha esplorato la complessità del vissuto del corpo e dell'immagine ad esso connessa nelle pazienti oncologiche, e ha quindi posto l'accento sui «diversi corpi» che si vanno a delineare, sul piano somatico e psichico, nel corso della malattia: il *corpo reale*; il *corpo del bisogno*; il *corpo identitario*; il *corpo immaginario*; ed il *corpo del dolore*.

Il *corpo reale*, sottolinea Reich, è il corpo oggetto di diagnosi e di indagini mediche, invaso dalla malattia, mutilato dagli interventi chirurgici e indebolito dalla cura e dai suoi effetti collaterali. La chemioterapia, ad esempio, è responsabile del segno più visibile del cancro: l'alopecia. In

tal senso, la perdita dei capelli, ritenuti da sempre un simbolo di femminilità, bellezza e potere seduttivo, rappresenta per le pazienti un effetto collaterale particolarmente traumatico, «lettera scarlatta» che prova costantemente a se stesse e al mondo la condizione di malattia. A tale proposito, Lionel Dany (2009) ha sottolineato il ruolo del «corpo sociale» della paziente, inteso come comunicazione, identità relazionale e sessuale, nonché «apparenza». La malattia, infatti, pone il corpo della paziente su di un palcoscenico dal quale non può sottrarsi, costringendola a mostrare e comunicare costantemente agli altri i segni della trasformazione che sta vivendo, a causa del cancro. L'autore, a tale proposito, utilizzando una prospettiva psicosociale, ha sottolineato l'uso quotidiano di pratiche di cura estetica, principalmente effettuate dalle pazienti donne, al fine di nascondere e mascherare i segni del cancro a sé ma, soprattutto, agli altri.

Il *corpo del bisogno* è invece, sul piano psichico, il corpo che testimonia la perdita di autonomia a causa della costante dipendenza dagli altri: medici, parenti, amici, partner.

Il *corpo identitario* è il corpo che si riferisce alla storia dell'individuo nella sua unicità. Nel paziente oncologico, sottolinea Reich, tale corpo finisce per riflettere, a causa dell'evidente crollo di segni di riconoscimento, un'immagine di sé cambiata, distrutta dal proprio «nemico interno»; ciò comporta un potenziale rischio di depersonalizzazione, ma anche vissuti di perdita di autostima e di fiducia in se stessi.

Il *corpo immaginario*, afferma Reich, è quello che, in virtù della perdita di integrità percepita dalla paziente, viene a delinearsi tra l'immagine idealizzata di un corpo sano, integro e perfetto prima della malattia, e l'immagine attuale di un corpo insidiato, ostacolato e mutilato dal cancro. D'altra parte, il corpo malato viene a minare la credenza di immortalità della paziente, costringendo l'apparato psichico a rappresentare nella realtà i drammatici cambiamenti avvenuti.

Infine, il *corpo del dolore* è il corpo all'interno del quale sono intessute la sofferenza fisica e psicologica; è il corpo che cela, mascherandoli per mezzo di disturbi somatici, i vissuti di angoscia, ansia, depressione, nonché il rimpianto per un'immagine di sé perduta per sempre.

D'altra parte, nel quadro del discorso che veniamo sviluppando in questa sede, non possiamo ignorare che il corpo della paziente oncologica è anche il corpo costretto alla menopausa precoce, temporanea o definitiva, a causa delle radicali modificazioni ormonali provocate dai trattamenti (Tamoxifene, LHRH, interventi chirurgici di isterectomia e ovariectomia, radioterapia, chemioterapia). In proposito occorre considerare che l'intensità delle conseguenze legate alle modificazioni

ormonali varia a seconda della cura utilizzata, e che sono però rilevabili una serie di problematiche comuni che tutte le pazienti si trovano ad affrontare (Mathelin & Annane, 2005): disturbi della pelle (invecchiamento e assottigliamento cutaneo); vampate di calore: (che interferiscono con la vita sociale, e sono causa di disturbi dell'umore e senso di disagio); modificazioni ponderali; disturbi genitali: (atrofia delle mucose, prurito e secchezza degli organi sessuali); calo o perdita della libido.

Quest'ultimo punto rinvia alle ripercussioni dei trattamenti sulla vita sessuale, che diventa un vero e proprio tabù, generando emozioni e paure legate alla dimensione del piacere, che divengono sempre più difficili da esprimere e danno origine a un vero e proprio circolo vizioso, che inasprisce il disagio psichico e fisico ed incide fortemente sulla qualità della vita della paziente e della vita di coppia.

Gli effetti della neoplasia sul corpo pervadono quindi completamente la psiche della paziente oncologica, generando il timore che non ci sarà mai veramente una *restitutio ad integrum*. In tal senso, l'unico lavoro necessario e possibile per lo psicologo prevede il fornire un sostegno per promuovere il difficile lavoro di elaborazione e accettazione, da parte della donna, del proprio «nuovo» corpo, attraverso processi di re-integrazione e di ri-costruzione di esso.

3. A partire dalla definizione del complesso senso di impotenza esperito dalla paziente oncologica, è possibile comprendere come l'indigeribilità del concetto di interdetto, a livello non solo individuale ma anche medico e sociale, abbia portato diverse discipline, *in primis* la biomedicina, verso la ricerca del superamento del concetto di limite, con esiti estremamente dibattuti in campo bioetico. Infatti, nel tentativo di fronteggiare il senso di impotenza, esperito dalle pazienti e dalle équipes curanti di fronte all'ineluttabile ed al «mai più», si sono poste le basi del progresso scientifico e degli sforzi interdisciplinari che cercano di affrontare i dilemmi della maternità della paziente oncologica e sottolineano il ruolo chiave della speranza di gravidanza per la promozione del suo benessere psico-fisico.

In tal senso, non possiamo non sottolineare come, in un corpo in balia della patologia, sia proprio la stessa medicina salvifica, ma, nel contempo, potenzialmente distruttiva rispetto alla fertilità, a cercare di effettuare una riparazione, mediante la promessa di maternità rappresentata dalla crioconservazione. Attualmente, infatti, essa risulta essere una delle tecniche maggiormente proposte, in ambito oncologico, prima dei trattamenti chemio o radio terapeutici, o dell'intervento chirurgico.

Ma quale valore assume, dal punto di vista psicologico, la speranza di divenire madri in una paziente affetta da cancro?

In letteratura, diversi studi hanno affrontato il tema dell'oncofertilità, portando alla luce il desiderio di maternità della paziente neoplastica nel quadro delle complesse vicissitudini legate alla malattia oncologica. Il lavoro di Karolyne Siegel (1997), ad esempio, effettuato intervistando 50 pazienti oncologiche, ha avuto l'obiettivo di indagare la percezione dei rischi e dei benefici legati alla possibilità di portare avanti una gravidanza in seguito alla remissione del cancro. La Siegel ha posto particolare accento sull'analisi dei fattori che influenzano la decisione di divenire madri dopo la malattia neoplastica ed ha evidenziato come la possibilità di avere un figlio, a seguito della malattia oncologica, consenta di migliorare l'autostima della donna, contribuendo a ripristinare e ricostruire il senso di una femminilità e di una sessualità altrimenti perdute. La maternità svolgerebbe altresì un ruolo fondamentale nel soddisfare il bisogno di normalità delle pazienti sopravvissute, favorendo la percezione di essersi re-inserite adeguatamente nel mondo dei propri coetanei.

Sempre in tale direzione, la ricerca condotta da Patricia E. Hershberger (2012), che ha intervistato 27 donne affette da cancro (età media di 29 anni) per comprenderne le motivazioni legate alla scelta di accettare o meno la tecnica della crioconservazione, ha mostrato come alcune pazienti oncologiche, pur avendo già un figlio o pur dichiarando di non essere sicure di voler divenire madri, prendano comunque in considerazione di sottoporsi ad una tecnica di crioconservazione. Questo dato mostra, secondo l'autrice, quanto intenso possa essere il bisogno della donna di ristabilire un controllo sul proprio corpo percepito come impotente, in balia della malattia, e come la crioconservazione svolga un'importante funzione in tal senso. Al riguardo, l'autrice, a titolo esemplificativo, riporta le parole di una paziente (23 anni al momento della diagnosi), la quale, pur essendo stata sempre sicura che, in futuro, avrebbe adottato un bambino, in seguito alla diagnosi di cancro aveva dichiarato di volersi sottoporre ad una tecnica di crioconservazione, affermando apertamente di non voler rinunciare all'opportunità di decidere. In questi termini la tecnica della crioconservazione viene a configurarsi come strumento ottimale per promuovere il ripristino della possibilità simbolica di azione volontaria nella paziente oncologica.

D'altra parte, il progetto potenziale della maternità, nei confronti del quale la crioconservazione si pone a tutela, rappresenta anche un proiettarsi nel futuro, un porre un «dopo», un immaginare un superamento della malattia, del rischio di morte. In tale direzione si pongono i lavori di Karen

H. Dow (1994) e Vania Gonçalves (2014), che hanno evidenziato come la possibilità di essere madri rappresenti un potente motore per la guarigione e per il mantenimento e il recupero del benessere psico-fisico delle pazienti oncologiche, e come incida in tal senso positivamente anche sulla prognosi.

Alla luce degli studi presenti in letteratura, dunque, la tecnica di crioconservazione può essere intesa e concepita come «futuro congelato» in attesa e nella speranza di essere vissuto nel suo senso pieno dalla donna, nei termini di un superamento del fantasma di morte, sia sul piano simbolico, mediante la trasmissione dei geni, sia sul piano reale, attraverso il concepimento. Parlare di preservazione della fertilità significa, infatti, parlare della preservazione di un momento successivo rispetto alla drammatica esperienza del cancro.

Tuttavia, non si può eludere al riguardo la questione dei rischi e dei costi di tali interventi. La possibilità di immaginare un superamento del fantasma di morte si rivela, infatti, un'arma a doppio taglio: se, da una parte, il ripristino della pensabilità di un domani va a delinearsi – come abbiamo detto – come rinforzo della motivazione ad affrontare al meglio la malattia, dall'altra, invece, essa cela il più potente rischio per l'equilibrio psichico della paziente, ossia il diniego del pericolo ad essa connesso. Risulta, pertanto, necessario sottolineare che se tale tecnica di preservazione della fertilità può rappresentare uno strumento utile per il potenziamento della fantasia di poter affrontare e superare la malattia, d'altra parte essa può anche avere in alcuni casi il negativo effetto di rafforzare il desiderio onnipotente di andare oltre la morte.

4. Il ricorso alla crioconservazione è quindi costellato in ambito oncologico da profondi dilemmi bioetici, che pervadono non solo la paziente ma anche gli esperti interessati in maniera più o meno diretta alla complessa tematica dell'oncofertilità, che sono chiamati a valutare i costi e i rischi del ricorso a tali procedure. Le équipes curanti, infatti, propongono la possibilità di preservare la fertilità quasi in parallelo rispetto alla diagnosi, imponendo, in tempi rapidi, una riflessione sui costi-rischi-benefici iscritti nel bilancio tra cancro e fertilità, e tra rischi e benefici connessi al desiderio di vita e di trasmettere la vita. Del resto, l'analisi di tale bilancio è richiesta, in primo luogo, al medico oncologo, che è chiamato a fornire dati esaustivi e coerenti alla paziente al fine di favorire il suo delicato processo decisionale.

In questo quadro va a inserirsi la possibilità di pensare un dispositivo congiunto e integrato di intervento, in cui lo psicologo affianca il medico. Il presente lavoro intende fornire un contributo di riflessione per cercare di offrire alle donne affette da patologie oncologiche interventi di *counseling*

e sostegno psicologico che siano attenti alle complesse dinamiche psicologiche prima descritte, e che tengano, nel contempo, presenti anche i rischi sollevati in letteratura dall'universo medico: rischi connessi al ritardo o alla sospensione del trattamento della donna (Rosendhal, 2013); rischi connessi all'impatto della prognosi incerta e di eventuali recidive sulle prospettive di impianto; rischi connessi alla possibilità di reimpianto di cellule cancerose (Donnez & Dolmans, 2013); rischi di abbandono degli embrioni e degli ovociti inutilizzati.

A tale proposito bisogna, in primo luogo, sottolineare che, talvolta, la richiesta della donna di sottoporsi a tale tecnica può comportare la necessità di procrastinare (di circa un mese) le cure mediche, per rispondere all'esigenza di «mettere in salvo» la propria fertilità, prima che venga danneggiata dai trattamenti. A partire da tali presupposti, è importante sia la precisazione dei rischi concreti ai quali la donna si espone (Rosendhal, 2013), sia la considerazione dalla risonanza soggettiva di tali rischi, che può indurre ad una sottovalutazione o sopravvalutazione di essi. In alcuni casi, infatti, la forza soverchiante del desiderio di maternità può condurre al paradosso della scelta di rischiare la propria vita per cercare di salvarla nel suo senso pieno. Dunque, è proprio nel difficile processo di elaborazione di tale paradosso inevitabile che deve cercare di situarsi l'intervento di *counseling* in tutta la sua reale complessità.

D'altra parte, dal punto di vista psicologico, è necessario comunque soffermarsi non solo sui rischi connessi al rinvio dei trattamenti, ma anche sul valore della possibilità di rinviare il progetto di maternità grazie alla crioconservazione. In altri termini, non possiamo non considerare che la possibilità di preservare la fertilità prima dell'inizio della cura e la conseguente possibilità di ri-affrontare la questione solo dopo aver sconfitto la patologia concedono alla paziente tempo ed energia da investire per affrontare al meglio la malattia.

Oltre a quanto detto, anche altre questioni sono state sollevate in relazione alla crioconservazione e, più in generale, alla gravidanza in seguito alla remissione del cancro. In letteratura, ad esempio, sono stati evidenziati i rischi connessi all'impatto della prognosi incerta e a eventuali recidive sulle prospettive di impianto dei gameti e degli embrioni crioconservati (Peccatori, 2013; Donnez & Dolmans, 2013). Al riguardo le linee guida (ASRM, 2005) chiariscono la necessità di attendere due anni circa prima di intraprendere i tentativi di instaurare una gravidanza, al fine di ridurre i rischi di recidiva. Tuttavia, talvolta, nel bilancio costi-benefici, il fattore età (al momento della diagnosi e al momento della guarigione) svolge un ruolo chiave nel processo decisionale intrapreso dalle donne, che sentono l'oro-

logio biologico incombere prepotentemente. Non poche risultano essere, infatti, le pazienti che scelgono di sospendere i trattamenti farmacologici o di intraprendere una gravidanza prima del tempo.

Peraltro, bisogna precisare che al riguardo anche la ricerca in ambito medico presenta aspetti di ambiguità. Infatti, mentre in passato la gestazione in seguito al cancro era ritenuta rischiosa, venendo a configurare, in tal senso, per le donne che decidevano di andare contro il parere del medico, un gioco perverso tra la vita e la morte, di recente sono state avanzate anche ipotesi a sostegno dell'assunto secondo cui la gravidanza svolgerebbe un ruolo protettivo rispetto alle recidive (almeno 5 anni *post partum*) anche in casi di pazienti affette da tumore ormono-sensibile (Peccatori, 2013).

Tuttavia, dato l'evidente contrasto degli studi presenti in letteratura, sembra necessario chiedersi fino a che punto sia possibile stressare la tematica del Giudizio di Salomone, in cui la «vera madre» sarebbe disposta a perdere tutto, compreso il proprio bambino. A tale proposito, bisogna, peraltro, necessariamente interrogarsi anche sui diritti del bambino futuro o del bambino già nato in tali circostanze.

Inoltre, al riguardo, un'ulteriore problematica è connessa al rischio di reimpianto di cellule cancerose nel caso di crioconservazione del tessuto ovarico (Donnez & Dolmans, 2013; Rosendhal, 2013). In proposito, il lavoro di Jacques Donnez e Marie-Madeleine Dolmans (2013), ad esempio, ha evidenziato come il tessuto ovarico prelevato da pazienti affette da leucemia presenti cellule maligne in più del 50% delle donne prese in esame, anche se gli stessi autori riferiscono di studi che mostrano che, in seguito alla completa remissione della malattia, il tessuto ovarico delle pazienti può risultare in molti casi completamente privo di tali cellule. Dunque, gli studi effettuati non cancellano i dubbi, ma convergono sull'assunto per cui occorre prestare molta attenzione alla diagnosi pre-impianto, poiché il rischio di vanificare le cure è tutt'altro che nullo.

Dal punto di vista psicologico, tale rischio va inevitabilmente ad alimentare i vissuti persecutori già riattivati dalla malattia, riconfigurando quel germe di morte che persevera nell'infiltrarsi nel corpo impotente della donna, distruggendo tutto e non concedendo niente, neppure lo spazio per poter sperare in una rinascita. Risulta chiaro, dunque, come l'incertezza emergente dalle ricerche che approfondiscono tali problematiche possa tradursi nell'incertezza riportata dalla paziente che richiede di ricorrere a tale tecnica e come, in tale delicato spazio di scelta e di riflessione, si iscriva l'intervento di *counseling* da proporre in questi casi.

In letteratura, ad esempio, molti autori (Dow, 1994; Siegel, Gorey, Gluhosk, 1997; Schover, 1999, 2005; Partridge et al., 2004; Braun et al.,

2005) hanno sottolineato le preoccupazioni riportate dalle pazienti in tema di oncofertilità, descrivendo le modalità di percezione e valutazione del rischio rispetto alla percezione della possibilità di avere un figlio, in seguito al cancro. In tal senso, i rischi percepiti riguardavano: il rischio di morte (il timore di non sopravvivere alla malattia, o di non riuscire ad essere abbastanza in salute per poter portare avanti una gravidanza o essere dei buoni genitori); il rischio di recidiva durante la gravidanza; il rischio di malformazioni del nascituro a causa dei trattamenti oncologici (anche se in letteratura non vi sono prove che confermino tale rischio); il rischio di trasmissione genetica della predisposizione al cancro (rischio di ripetizione del trauma subito, che genera un profondo conflitto fra desiderio di trasmettere la vita e rischio di trasmettere i vissuti dolorosi e la morte come conseguenza della patologia).

Il fantasma della trasmissione del rischio e della ripetizione intergenerazionale del trauma è particolarmente pregnante nei casi di tumore al seno, una patologia spesso reiterata ed «ereditata» dalle donne di una stessa famiglia, che quindi si ripete di generazione in generazione. In questi casi, infatti, il desiderio di maternità viene ad iscriversi lungo una catena di discendenza costruita sul fantasma della morte, ed il desiderio di vita, di cui la filiazione si nutre, risulta talvolta irrimediabilmente turbato dalla minaccia della malattia e della morte.

Sempre in tale direzione si iscrive il lavoro di Patricia Hershberger (2012), la quale ha mostrato come, 13 delle 27 pazienti oncologiche prese in considerazione nel suo studio avessero optato per una crioconservazione, e 14 avessero rifiutato di sottoporsi a tale tecnica. La Hershberger afferma nel suo studio che il rifiuto nei confronti della crioconservazione derivava, in base alle affermazioni delle intervistate, dalla confusione, dal disagio e dalla sofferenza esperite al momento della diagnosi e sottolinea come una parte di queste donne sostenesse di aver preso in considerazione l'adozione come alternativa più sicura per gestire i rischi e soddisfare il proprio desiderio di maternità, ed un'altra, invece, sostenesse di aver rifiutato di sottoporsi a tale tecnica nella speranza (non sempre realistica) di poter comunque riuscire ad avere un figlio naturalmente in seguito alla remissione del cancro. In tal senso, anche Ann H. Partridge (2004) ha sottolineato come la percezione del rischio effettivo di incorrere in una menopausa precoce in seguito ai trattamenti oncologici sia significativamente più bassa quanto più giovane è l'età delle pazienti. La difficoltà, e, in alcuni casi, l'impossibilità di prefigurarsi il rischio di infertilità futura rappresenta un indicatore significativo delle modalità difensive messe in atto dalla paziente; anche tale aspetto deve essere attentamente considerato e valutato nell'intervento psicologico di sostegno alla paziente oncologica.

In conclusione, da quanto descritto emerge la necessità di strutturare procedure di *counseling* multidisciplinare specificamente dedicato al momento della scelta delle pazienti in tema di oncofertilità, e ciò con l'obiettivo di accompagnare le donne lungo il complesso percorso decisionale, che, come abbiamo visto, è intessuto di dilemmi, conflitti, timori e perplessità. La chiara comprensione e l'analisi di tali dubbi, mediante il sostegno dell'équipe curante e dello psicologo, risultano, infatti, fondamentali ai fini della promozione di un consapevole processo decisionale della paziente.

5. L'intervento di *counseling* proposto nel presente lavoro, rivolto, specificamente, alle pazienti oncologiche che richiedono di sottoporsi alla tecnica di crioconservazione, è focalizzato sulle dimensioni delineate e si iscrive nel delicato momento della comunicazione della diagnosi e del confronto con essa.

D'altra parte, al fine di comprendere appieno il ruolo del *counseling* nell'ambito dell'oncofertilità è necessario soffermarsi, in primo luogo, sulla complessità dell'intervento psicologico all'interno del contesto oncologico. Talvolta, infatti, la paziente neoplastica, costretta repentinamente a relazionarsi con numerose figure professionali, può attribuire allo psicologo un ruolo marginale o può vivere tale rapporto come un'ulteriore relazione in cui essere stigmatizzata per «ciò che non va in lei», in cui essere relegata all'etichetta di «malata». Dunque, non è infrequente, in questi casi, che la donna non chieda alcun supporto psicologico, ponendosi esclusivamente nell'ottica di una totale attribuzione del proprio malessere alla malattia e alla potenziale infertilità, intese come meri dati corporei, problemi fisici, dunque, da poter solo affrontare attraverso la medicalizzazione ed il supporto medico.

Al contrario, le angosce di morte e di castrazione e le massicce difese attivate dalla paziente rendono indispensabile una elaborazione della complessa dinamica tra vita e morte attivata a livello conscio e inconscio. La delicatezza nell'approccio alla donna, da parte dello psicologo, è, dunque, un imperativo che deve guidare non solo il *counseling* legato all'oncofertilità, ma, più in generale, l'approccio al paziente neoplastico. Infatti, risulta necessario evitare di applicare stereotipi e semplificazioni delle complesse implicazioni sul piano psicologico legate alla malattia e alla scelta di preservare la propria fertilità e, in tal senso, è necessario valutare nella paziente: la struttura di personalità; i livelli e le modalità di adattamento dell'Io precedenti l'insorgenza della malattia; le caratteristiche del funzionamento difensivo; le strategie di *coping* adottate durante e dopo la malattia; le risorse attivabili a livello individuale e relazionale; i fattori culturali e reli-

giosi, che hanno profonda influenza sulle credenze, sui processi coscienti attivabili, e, quindi, sulle modalità di adattamento rispetto alla malattia.

Tale valutazione risulta, infatti, necessaria per comprendere appieno la risonanza del «doppio trauma» esperito dalla paziente e poter, dunque, inserire la richiesta di crioconservazione all'interno del vissuto unico ed irripetibile della donna. Inoltre, a ciò si aggiunge la necessità di accompagnare il confronto con le tematiche principali che sia le pazienti sia gli psico-oncologi sono chiamati ad affrontare e che riguardano i dilemmi esistenziali messi in gioco dall'intreccio tra diagnosi e rischio di infertilità, dilemmi concernenti, come abbiamo prima descritto, la dialettica tra vita e morte e quella tra vita e trasmissione della vita. Si tratta qui di sostenere processi di elaborazione che possono condurre a scelte consapevoli e ad effettive procedure di consenso informato. In tal senso, il *counseling* proposto non intende porsi come un dispositivo chiuso, indipendente, ma, al contrario, intende situarsi in un'ottica interdisciplinare e sinergica rispetto alla dimensione medica. Del resto, al fine di proporre alla paziente un intervento adeguato nell'ambito dell'oncofertilità, risulta necessario, *in primis*, strutturare un dispositivo di counseling estremamente flessibile, che segua l'andamento della malattia della paziente.

In tal senso, il percorso di *counseling* rivolto alla preservazione della fertilità in pazienti oncologiche può essere concepito in due tempi. Un primo tempo, che ha inizio a partire dalla comunicazione della diagnosi, ed è dedicato, in primo luogo, al sostegno della paziente in relazione all'elaborazione del duplice trauma generato dalla malattia, affrontando la percezione del cancro come minaccia alla vita e ostacolo agli obiettivi della donna e, in secondo luogo, al supporto in relazione all'eventuale scelta di crioconservare. E un secondo tempo, coincidente con la fine dei trattamenti, quando la donna si confronta inevitabilmente con la realtà del radicale cambiamento subito dal suo corpo e dalla sua vita. Tale fase dovrà necessariamente essere strutturata solo successivamente, in relazione alla condizione medica della paziente ed alla sua prognosi.

In conclusione non possiamo non considerare che il progresso scientifico è, comunque, in continuo divenire e alla ricerca perpetua del superamento del limite, e che ciò impone alla psicologia di porsi in una costante attitudine di riflessione e di riformulazione rispetto alle tematiche e alle problematiche emergenti al fine di seguire tale evoluzione e cercare di fornire il contributo più concreto ed opportuno per promuoverne l'assimilazione nel vissuto di tutti i soggetti coinvolti.

## 6. Bibliografia

- Associazione Italiana Registro Tumori & Associazione Italiana di Oncologia Medica (2012), *I numeri del cancro in Italia 2012*. Intermedia Editore, Brescia.
- BACQUÉ, M.-F. (2008), *Reconstruire le corps... une complexité inouïe*, in *Psycho-Oncologie*, 2(2):69-70.
- BRAUN, M., HASSON-OHAYON, I., PERRY, S., KAUFMAN, B., & UZLEY, B. (2005), *Motivation for giving birth after breast cancer*, in *Psychooncology*, 14(4):282-296.
- CHIOZZA, L.A. (1981), *Psicoanalisi e cancro*, Borla, Roma.
- DANY, L., APOSTOLIDIS, T., CANNONE, P., SUAREZ-DIAZ, E., & FILIPETTO, F. (2009), *Image corporelle et cancer: une analyse psychosociale*, in *Psycho-Oncologie*, 3(2):101-117.
- DESCHAMPS, D. (1997), *Psychanalyse et Cancer: au fil des mots...un autre regard*. L'Harmattan, Paris.
- DONNEZ, J. & DOLMANS, M.M. (2013), *Fertility preservation in women*, in *Nature Reviews Endocrinology*, 9(12): 735-49.
- DOW, K.H. (1994), *Having children after breast cancer*, in *Cancer Practice*, 2(6):407-413.
- GONÇALVES, V. (2014), *Childbearing attitudes and decisions of young breast cancer survivors: a systematic review*, in *Human Reproduction Update*, 20(2):279-292.
- GUYOTAT, J. (1995), *Filiation et puerperalité. Logiques du lien*, PUF, Paris.
- HERSHBERGER, P., H. (2012), *The Decision-Making Process of Young Adult Women with Cancer Who Considered Fertility Cryopreservation*, 2012, AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Istituto Europeo di Oncologia (2011), *Scheda dati epidemiologici*, Associazione Italiana Registri Tumori.
- KAËS, R. (2000), *Filiazione e affiliazione. Alcuni aspetti della rielaborazione del romanzo familiare nelle famiglie adottive, nei gruppi e nelle istituzioni*, in M.C. ZURLO (a cura di), *La filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori Editore, Napoli, Seconda edizione, 177-194.
- MATHELIN, C. & ANNANE, K. (2005), *Répercussions somatiques et psychologiques des modifications hormonales liées aux traitements adjuvants des cancers du sein de la femme jeune*, in *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3:151-156.
- PARTRIDGE, A.H., GELBER, S., PEPPERCORN, J., SAMPSON, E., KNUDSEN, K., LAUFER, M., ROSENBERG, R., PRZYPYSZNY, M., REIN, A., WINER, E.P. (2004), *Web-Based Survey of Fertility Issues in Young Women With Breast Cancer*, in *Journal of Clinical Oncology*, 22:4174-4183.
- PECCATORI, F.A. (2013), *Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*, in *Annals of Oncology*, 24 (Supplement 6): vi160-vi170.
- PERZ, J., USSHER, J., GILBERT, E. (2013), *Loss, uncertainty, or acceptance: subjective experience of changes to fertility after breast cancer*, in *European Journal of Cancer Care*, 23(4):514-522.

- REICH, M. (2009), *Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique*, in *L'information psychiatrique*, 85(3):247-254.
- ROBERTSON, J.A. (2005) *Cancer & Fertility, Ethical and Legal Challenges*, in *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, 34.
- ROSENDHAL, M. (2013), *Cryopreservation of ovarian tissue for fertility preservation: no evidence of malignant cell contamination in ovarian tissue from patients with breast cancer*, in *Fertility and Sterility*, 95(6):2158-2161.
- SCHOVER, L. R. (1999), *Having Children after Cancer. A Pilot Survey of Survivors' Attitudes and Experiences*, in *American Cancer Society*, 86(4):697-709.
- SCHOVER, L. R. (2005), *Motivation for parenthood after Cancer: A Review*, in *Journal of National Cancer Institute Monographs*, Oxford University Press, 34:2-5.
- SIEGEL, K., GOREY, E., GLUHOSK V. (1997), *Pregnancy decision making among women previously treated for breast cancer*, in *Journal of Psychosocial Oncology*, 15:27-42.
- TESTART, J. (1992), *Le Désir du gene*, Francois Bourne, Paris.
- The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2005), *Fertility preservation and reproduction in cancer patients*, Birmingham, Alabama.
- ZURLO, M.C. (2005), *Filiazioni problematiche e sostegno allo sviluppo*, Liguori Editore, Napoli. ZURLO, M.C. (2009), *Percorsi della filiazione*, Franco Angeli, Milano.
- ZURLO, M.C. (2013), *La Filiazione problematica. Saggi psicoanalitici*, Liguori Editore, Napoli, Seconda edizione.