

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II



**DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI**

**CORSO DI DOTTORATO IN MIND, GENDER AND LANGUAGE**

**XXXV CICLO**

**COORDINATORE PROF. DARIO BACCHINI**

**ACCOGLIERE L'INTRUSO**

**INTEGRAZIONE PSICHICA E FUNZIONE RIFLESSIVA NEI  
PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI ORGANI SOLIDI**

**EMBRACING THE INTRUDER**

**PSYCHOLOGICAL INTEGRATION AND REFLECTIVE  
FUNCTION IN SOLID ORGAN TRANSPLANT PATIENTS**

**TUTOR**

Prof.ssa Giorgia Margherita

**CANDIDATA**

dott.ssa Benedetta Muzii

**ANNO ACCADEMICO 2021/2022**



## INDICE

<b>Introduzione</b>	1
<i>Parte prima</i>	4
<b>Capitolo 1. Il trapianto d'organo: transitare la crisi</b>	
1.1 Non di sola salute: peculiarità del trapianto come chirurgia <i>life extending</i>	5
1.2 Salute mentale, vulnerabilità e adherence nei pazienti trapiantati	9
1.3 Quali direzioni per i riceventi trapianto?	18
<b>Capitolo 2. Pensare l'intruso. Prospettive psichodinamiche dell'integrazione e del rigetto psicologico</b>	
2.1 Tra soggetto e oggetto: la costruzione del Sé e dell'unità psico-somatica	24
2.2 La prospettiva della mentalizzazione	34
2.3 Ri-conoscere l'intruso: il contributo della teoria psichodinamica nella chirurgia dei trapianti	41
<i>Parte seconda</i>	50
<b>Capitolo 3. Uno studio esplorativo sulle rappresentazioni del trapianto e il ruolo della funzione riflessiva sulla salute psico-fisica</b>	
3.1 Introduzione	51

3.2 Obiettivi e ipotesi	54
3.3 Strumenti	55
3.4 Metodo	58
3.5 Partecipanti	59
3.6 I studio   Valutare la rappresentazione del trapianto: validazione del Transplanted Organ Questionnaire in un campione italiano di trapiantati	63
3.7 II studio   Studio esplorativo sul ruolo della funzione riflessiva nella relazione tra salute mentale e adherence medica	72
<b>Conclusioni</b>	<b>87</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>91</b>

*Perché dietro a un gran finale  
serve sempre un bel teatro.*

I miei ringraziamenti vanno a tutti coloro che mi hanno sostenuta e ispirata in questo lavoro.  
Alla prof.ssa Margherita e alla dott.ssa Grimaldi, per avermi ricordato che ogni acquisizione di autonomia  
richiede di sentire, riconoscere e attraversare la perdita.  
All'affetto dei colleghi e degli amici, ad Alessia & Tonia  
imprescindibili testimoni di crisi e integrazioni, porte sempre aperte ad un abbraccio.  
All'indimenticabile accoglienza di Antonio.  
Infine, grazie a Cristina Zambonini, che per ogni cuore ricevuto ne ha sempre fatto un cuore grande.

## INTRODUZIONE

La domanda di ricerca che ha guidato il presente lavoro nasce da un corollario di esperienze in anni precedenti al triennio di dottorato la cui espressione si ritiene essenziale per introdurre i propositi e gli obiettivi che hanno guidato questo progetto.

Un peculiare episodio riguarda il periodo di tirocinio curriculare per l'abilitazione alla professione psicologica, in cui la scrivente era impegnata presso l'allora Unità Operativa di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II. Presso l'Unità Operativa pervenne una richiesta di consulenza di liaison dal reparto di Chirurgia dei trapianti di rene della suddetta azienda ospedaliera, alla quale rispose il dirigente psicologo di riferimento per l'area della clinica nefrologica. Fu proposto alla scrivente di accompagnare il dirigente per svolgere un'osservazione dell'incontro presso il posto letto del signor A., un uomo sotto i 60 anni ricoverato da due settimane a seguito di trapianto renale da donatore deceduto. Sebbene l'intervento chirurgico si fosse svolto con successo, il paziente suscitava la preoccupazione dell'équipe curante per una sintomatologia depressiva, con astenia e appiattimento dell'affettività che lo portava a rifiutare l'alimentazione e l'alzarsi dal letto, nonostante fosse solertemente incalzato dalla presenza premurosa della moglie e dei figli.

A colloquio, il sig. A. permaneva in uno stato anedonico, in cui né le attenzioni dei colleghi in attesa di riaccoglierlo in ufficio né i prossimi successi accademici dei propri figli sembravano sollevarlo dalla prostrazione con cui evidentemente si presentava alla nostra attenzione. Sosteneva di aver trovato un equilibrio confacente con l'emodialisi, e di aver considerato il rifiuto della chiamata al trapianto. L'entusiasmo familiare all'arrivo della convocazione e dell'idoneità al trapianto, nonché i tempi frenetici di ricovero per evitare il deperimento dell'organo disponibile, lo avevano fatto desistere dall'esprimere le proprie rimostranze. Quanto seguì nel colloquio fu un silenzio di raccoglimento con cui il sig. A. ci congedò, chiarendo che non aveva poi altro da riferire. Di lì alle due settimane successive, con lo sviluppo di necrosi dei tessuti dell'innesto, la condizione del

sig. A. si aggravò, fino a portarlo al decesso. Un secondo episodio è derivato da un confronto interdisciplinare con un amico e giovane specialista in cardiologia il quale, comunicatogli i primordi del presente progetto, volle condividere la sua esperienza in merito a un paziente pluritrapiantato di cuore il quale, ripetutamente, compromise il buon esito degli innesti attraverso la non assunzione della terapia immunosoppressiva e persistendo in uno stile di vita incompatibile con il trapianto cardiaco.

Le domande che erano sorte *illo tempore* presso il letto del sig. A. si ripresentavano con rinnovato vigore. Cosa celava l'incomunicabilità di questi pazienti? Quali erano le profonde motivazioni alla base di comportamenti all'apparenza totalmente dissonanti dalla comprensione dei regimi necessari alla buona riuscita dell'innesto – basilari per fornire le autorizzazioni sottoscritte nei consensi informati – finanche dalla volontà di vivere? Ma soprattutto, una domanda più di altre acquisiva particolare salienza: cosa significa dover subire l'asportazione di un proprio organo, malato ed ormai insufficiente ad assolvere le sue funzioni, affinché sia sostituito con l'organo di un altro? Quale configurazione prendeva questo "altro" indesiderato all'interno del proprio corpo?

*However, it remains a perplexing issue why some recipients may need to take physical action, such as stopping medication, to rid themselves of the object rather than find an intrapsychic resolution to the conflict (Basch, 1973).*

Il quesito, così come formulato dallo psicoanalista americano Samuel H. Basch, mi apparve, e tutt'ora è, quanto più attuale. A tal proposito, il presente lavoro si propone di sondare la complessità della chirurgia dei trapianti e delle rifrazioni di questa esperienza sul piano psicologico. La prima parte dell'elaborato è difatti dedicata all'approfondimento della letteratura di riferimento sul tema del trapianto, con un focus sui cambiamenti di paradigma che hanno portato la ricerca ad indagare non soltanto una *restitutio ad integrum* sul piano fisiologico, bensì in un'ottica bio-psico-sociale.

Il primo capitolo è dedicato alle recenti evidenze scientifiche nell'ambito della salute mentale della popolazione dei riceventi trapianti, in cui si evidenzia un aumento del rischio psicopatologico al netto delle tutele legislative e delle risorse profuse nella valutazione dell'idoneità e nella prevenzione della non-adherence. Ci si focalizza inoltre

sulle vigenti prassi di intervento psico-sociale condivise sul territorio nazionale e sulle possibili derivazioni di un'implementazione più solida e continuativa nell'adattamento post-trapianto.

Nel secondo capitolo viene introdotta la dimensione intrapsichica del Sé come matrice psico-corporea, derivata dal processo di graduale maturazione dell'apparato psichico verso la differenziazione dal mondo oggettuale. Su di esso si iscriverebbe l'esperienza critica del trapianto, in qualità di frattura dell'unità psico-somatica su cui si fondano le rappresentazioni del Sé in funzione di includere un oggetto estraneo nell'organizzazione dell'immagine corporea. Nello specifico, è stata ricostruita la letteratura psicoanalitica in merito all'integrazione d'organo e al rigetto psicologico, derivata dai maggiori autori che hanno avviato le loro ricerche e il loro impegno clinico in concomitanza con gli esordi della chirurgia trapiantologica. Tale letteratura è stata ricollegata alle più recenti evidenze nel campo della mentalizzazione, dove obiettivo primario è valutare e potenziare la capacità di integrare gli affetti, promuovendo una rappresentazione interna stabile e un senso coerente di Sé.

La seconda parte dell'elaborato, che ingloba il terzo e ultimo capitolo, è destinata agli studi quantitativi strutturati alla luce delle premesse teoriche esposte: il primo studio consiste nella proposta di uno strumento self-report tradotto in italiano, il Transplanted Organ Questionnaire, volto ad indagare le rappresentazioni del trapianto e il rischio di rigetto psicologico; per tale questionario, unico nel suo genere e finora non disponibile in Italia, viene valutata anche la validità predittiva confrontandolo con dimensioni di salute mentale. Il secondo studio persegue l'obiettivo di estendere le conoscenze sul tema dell'adherence in rapporto alla funzione riflessiva, considerata come fattore protettivo attraverso analisi di regressione multipla gerarchica e di interazione. I risultati ottenuti sono stati, in conclusione, oggetto di riflessione in considerazione delle ripercussioni cliniche e spunti di innovazione perseguibili.

## *Parte prima*

*Dal momento in cui mi fu detto che era necessario un trapianto,  
tutti i segni parvero vacillare, tutti i riferimenti capovolgersi.  
Senza riflettere, certo, e perfino senza individuare nessun atto, nessun mutamento.  
Semplicemente la sensazione fisica di un vuoto già aperto nel petto,  
con una sorta di apnea in cui niente, assolutamente niente,  
neppure oggi, riuscirebbe a districare per me l'organico, il simbolico, l'immaginario,  
né a separare il continuo dall'interrotto: era come un unico soffio,  
ormai sospinto attraverso una strana caverna  
già impercettibilmente dischiusa, un'unica impressione:  
di essere caduto in mare pur restando ancora sul ponte.*

*Jean Luc Nancy – L'Intruso*

## CAPITOLO 1 | Il trapianto d'organo: transitare la crisi

### 1.1 Non di sola salute: peculiarità del trapianto come chirurgia *life extending*

Con l'introduzione della legge n°91 del 1999 recante "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti", in Italia fu colmato un divario amministrativo e sanitario riguardo la pratica trapiantologica, costituitasi a partire dalle sperimentazioni e dai primi trapianti avvenuti negli anni '60 a Roma, Bologna, Verona e Milano. La legge 91/99 ha formalizzato così le modalità di esprimere la volontà di donazione per i cittadini italiani e la nascita del Centro Nazionale Trapianti (CNT) presso il Ministero della Salute, nonché i centri regionali e locali sul territorio nazionale. Veniva a definirsi una struttura normativa e amministrativa di riferimento, per rispondere ai bisogni di cura verso patologie fino ad allora terminali, così come per rispondere ad un cambiamento culturale e sanitario di ampia portata, in cui lo sviluppo di tecniche «*life-extending*» (Castelnuovo Tedesco, 1973) ha imposto riflessioni in ambito etico, religioso, scientifico e sociale in termini impensabili fino a qualche decennio prima. L'autore distingue tra chirurgia *life-saving* e gli interventi *life-extending*, laddove gli interventi salva vita agiscono eliminando l'organo o il tessuto malato, e il successo di tali interventi restituisce al paziente una vita normale, o almeno permette di proseguire il proprio ciclo di vita; diversamente le procedure *life-extending* – come i trapianti – veicolano in sé la possibilità di prolungare la vita oltre il tempo concesso, che altrimenti giungerebbe precocemente al termine a causa dell'insufficienza dell'organo coinvolto. Emerge quindi la pregnanza della dimensione etica nei principi che guidano la scelta di criteri equi e comprovati nella selezione per il trapianto d'organo<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2010) ha pubblicato 11 principi guida sul trapianto di cellule, tessuti e organi. In questi principi si fa riferimento alla imprescindibilità del consenso alla donazione, al diritto alla cura e alla trasparenza del ruolo medico. Difatti, è raccomandato che il medico che diagnostica la morte cerebrale non sia lo stesso che è coinvolto nell'espianto a fini di trapianto né essere responsabile della cura del potenziale ricevente. Viene esplicitata anche l'ammissibilità della donazione da vivente, in termini genetici, legali ed emotivi, che deve passare per il consenso volontario, l'informazione chiara e puntuale dei rischi e dei benefici, la programmazione delle cure e nel rispetto di scrupolosi processi di selezione e di monitoraggio, per scongiurare possibili situazioni di coercizione, scambi economici o traffico

Dall'entrata in vigore della legge 91/99, l'impegno profuso dal CNT e dai centri interregionali, regionali e locali ha permesso lo sviluppo capillare di un sistema di coordinamento e monitoraggio dei prelievi, dei trapianti eseguiti, delle liste d'attesa e delle manifestazioni di volontà dei cittadini; inoltre, tale rete individua i parametri di verifica qualitativa e le procedure per l'assegnazione degli organi, elaborando ed aggiornando le linee guida per i programmi di trapianto. La principale criticità riguarda l'aumento della domanda di organi disponibili, per cui il numero di pazienti iscritti nelle liste d'attesa (8187 nel 2021) ammonta a più del doppio degli interventi di trapianto effettuati in un anno (3778 nel 2021)<sup>2</sup>. Vieppiù, la possibilità di iscriversi a un solo centro trapianto regionale<sup>3</sup> comporta in larga misura che alcune regioni, per maggiore tasso di donatori, servizi e/o prestigio, siano predilette dai pazienti, portandoli a doversi spostare dalla propria regione per ricevere un trapianto, con conseguente discontinuità nella relazione con i sanitari, con il sistema di supporto sociale di riferimento e con le istituzioni sanitarie del proprio territorio.

Rispondere alla domanda di cura implica nella cultura sanitaria l'organizzazione di sistemi simbolici condivisi, connotando quindi le modalità di accesso dei pazienti, le procedure diagnostiche e terapeutiche, nonché le rappresentazioni della *disease*<sup>4</sup> che va a plasmare sia l'*illness* del malato sia la rappresentazione culturale di una patologia e di chi ne è affetto (Kleinman et al., 1978). Così, nel caso della medicina dei trapianti, il rischio è di sacrificare una prassi che promuova la continuità delle cure e della relazione con il

---

d'organi. La promozione della donazione altruistica di cellule, tessuti o organi umani mediante pubblicità o appello pubblico può essere intrapresa in conformità con le normative nazionali, ma dovrebbe essere vietata la pubblicità della necessità o della disponibilità di cellule, tessuti o organi, al fine di offrire o chiedere un compenso. L'allocazione di organi, cellule e tessuti dovrebbe essere guidata da criteri clinici e norme etiche, non da considerazioni finanziarie o di altro tipo. Le regole di assegnazione, definite da comitati opportunamente costituiti, dovrebbero essere eque, giustificate e trasparenti. Inoltre, procedure di alta qualità, sicure ed efficaci sono essenziali sia per i donatori che per i riceventi. I risultati a lungo termine della donazione e del trapianto di cellule, tessuti e organi dovrebbero essere valutati per il donatore vivente e per il ricevente al fine di documentare i benefici e i danni; a tale scopo, l'organizzazione e l'esecuzione delle attività di donazione e trapianto, così come i loro risultati clinici, devono essere trasparenti e aperti al controllo, garantendo al contempo che l'anonimato personale e la privacy dei donatori e dei riceventi siano sempre protetti.

<sup>2</sup> Report Centro Nazionale Trapianti 2021.

<sup>3</sup> Nello specifico, per trapianto di rene è possibile iscriversi in due liste, una nella regione di residenza e la seconda a libera scelta, mentre per il trapianto di fegato, cuore, polmone e pancreas è consentita una sola iscrizione in uno dei centri trapianto nazionali.

<sup>4</sup> La distinzione operata da Kleinman e colleghi prevede una differenza semantica tra "*illness*", come l'esperienza soggettiva di sofferenza causata dalla malattia, "*disease*" intesa come la malattia nelle sue caratteristiche biologiche e funzionali, e "*sickness*" in quanto rappresentazione macro-sociale di un disturbo, in termini economici, istituzionali e culturali.

paziente a favore di un intervento necessariamente tempestivo, efficace e preciso, ma orientato ad una procedura pragmatica che parte dalla verifica di idoneità<sup>5</sup>, prosegue con la sostituzione dell'oggetto-organo ormai insufficiente, e procede con la verifica routinaria di indici fisiologici per il monitoraggio dell'innesto e dell'efficacia della terapia farmacologica. Si osserva così che la medicina moderna, sebbene si sia affinata nel rispondere in modo ottimale a patologie circoscritte a una parte dell'organismo quali tumori, ostruzioni vascolari, o a precisi antigeni, riscontra ancora difficoltà nell'integrare una visione del sistema psico-fisico complessa (Solano, 2013). L'origine positivista delle scienze mediche moderne implica una posizione sì monista dell'unità mente/corpo, ma che rischia di operare una riduzione dei fenomeni patologici alle sole deviazioni di variabili biologiche e somatiche misurabili, privando i processi e le esperienze psicologiche di specificità e riconducendo i fenomeni a un principio fiscalista (Engel, 1977). Va da sé che, nel modello biomedico, il processo di guarigione coincide con il ripristino della condizione di normale funzionamento del corpo biologico, ma dove tale traguardo è precluso – come nelle condizioni di cronicità e la chirurgia dei trapianti – la medicina stenta a intervenire sui bisogni esistenziali della persona (Russon & Jacobson, 2018), comportando una generale carenza di percorsi e processi assistenziali solidi sul lungo termine. La malattia somatica, quel *misterioso salto nella realtà* (Freud, 1923), obbliga inderogabilmente l'individuo a confrontarsi con la propria finitezza, la fragilità dell'esistenza umana, toccandolo nei risvolti più delicati del suo vissuto intrapsichico e relazionale. L'introduzione delle sopracitate tecniche «life-extending», nei quali rientrano i trapianti, portano questioni peculiari e potenzialmente sconvolgenti, in cui la vita di un soggetto si intreccia con la morte e/o la mutilazione di un altro essere umano: trascurare la portata che tale esperienza può avere a livello psicologico, e le possibili ripercussioni sul piano clinico, sarebbe irrefutabilmente segno di negligenza scientifica. Per quanto differenti e singolarmente complessi, i trapianti di organi solidi presentano degli aspetti comuni di grande importanza:

- la tensione – sovente drammatica – a prolungare la vita nonostante le gravi insufficienze organiche e le patologie concomitanti;
- l'utilizzazione, a tal fine, di interventi chirurgici e farmacologici che

---

<sup>5</sup> Si veda paragrafo 1.2.

compromettono profondamente l'integrità dello schema corporeo e del senso di Sé.

Grazie alla moderna concezione psicosomatica, dove *There is no such thing as a 'body and mind'*<sup>6</sup> (Bion, 1985), sappiamo che un'azione invasiva sul corpo equivale a un'azione sulle strutture psicologiche, per cui occorre considerare l'incidenza che il trapianto, in quanto recente tecnica *life-extending*, può esercitare sul benessere psicologico tramite l'innescamento di processi integrativi<sup>7</sup> di elementi esterni, peculiarmente proteiformi, entro le strutture più profonde della continuità psico-corporea. Si tratta di elementi che spaziano dalla meccanica, come per il pacemaker, per l'emodialisi e per gli organi artificiali, fino all'alterità più radicale, con l'elemento «altro essere umano» o «altro essere umano morto» e addirittura «altro animale»<sup>8</sup>. Un'esperienza descritta magistralmente dal filosofo francese Jean Luc Nancy, trapiantato di cuore e successivamente paziente oncologico, nel suo scritto "L'intruso":

*Io (chi, «io»? è proprio questo il problema, il vecchio problema: qual è questo soggetto dell'enunciazione sempre estraneo al soggetto del suo enunciato, di cui è per forza l'intruso, pur essendone per forza anche il motore, la leva o il cuore) – io, dunque, ho ricevuto il cuore di un altro quasi dieci anni fa. Me l'hanno trapiantato. Il mio proprio cuore (è tutta qui la questione del «proprio», lo si è capito – o invece non è affatto questo, e non c'è proprio niente da capire, nessun mistero, e neppure nessuna questione: solo la semplice evidenza di un trapianto d'organi, come preferiscono dire i medici) – il mio cuore, dunque, era fuori uso, per una ragione che non è mai stata chiarita. Per vivere allora, era necessario ricevere il cuore di un altro (2000, p.12).*

---

<sup>6</sup> Con questo enunciato, Bion rivisita il richiamo relazionale di Winnicott per riferirsi all'impossibilità di differenziare corpo e mente, sottolineando invece come questi, piuttosto che due elementi estrinseci tra di loro, vanno considerati come due vertici dai quali l'osservatore si pone verso un soggetto unico e contiguo.

<sup>7</sup> Sull'integrazione d'organo, e i rischi di rigetto psicologico, si veda Capitolo 2.

<sup>8</sup> Attualmente sono in corso sperimentazioni di xenotrapianti attraverso l'uso di tessuti suini geneticamente modificati, come si evince dalla più recente cronaca dagli USA <https://www.open.online/2022/07/13/usa-xenotrapianto-cuore-maiali-maati-terminali-video/> (consultato il 08/08/2022) e dalle sperimentazioni su cellule staminali di topo per creare embrioni sintetici con organi funzionanti, nella speranza di poter produrre organi geneticamente compatibili replicando cellule animali e umane (<https://www.open.online/2022/08/25/primo-embrione-topo-sintetico-trapianti-infertilita/>).

I profondi vissuti di ambivalenza, che oscillano tra la rinascita simbolica e fantasie di minaccia, fino a timori di danni organici, fanno da corollario a processi di elaborazione della perdita e di recupero dell'autonomia, in cui la nuova identità di trapiantato implica il confronto con una condizione dalle difficoltà peculiari, come la maggiore esposizione alle infezioni batteriche e virali ricorrenti, aumento del rischio oncologico (Bhat et al. 2018), effetti collaterali delle terapie immunosoppressive (Faravelli et al. 2021), nonché le conseguenze sulla vita di relazione, come la perdita di appartenenza ai gruppi sociali, le possibilità di rioccupazione lavorativa (De Pasquale et al., 2019), problemi nella continuità dei legami affettivi e sessuali, finanche un radicale cambiamento nella progettualità futura. Come vedremo, a fronte di un recupero fisico e di qualità della vita spesso ottimale (Cannavò et al., 2019), i pazienti trapiantati possono riscontrare complicazioni e avversità sul piano psicologico (Rainer et al., 2010; Sheikhalipour et al., 2018).

### **1.1. Salute mentale, vulnerabilità e adherence nei pazienti trapiantati**

Il recupero fisico successivo all'intervento di trapianto d'organo solido è indubbiamente un percorso delicato ed impegnativo, che intrinsecamente pone delle gravi sfide per il benessere psicologico del paziente – già debilitato dalla storia di malattia e dalla permanenza in lista d'attesa – e per le sue capacità di adattamento alla nuova condizione di trapiantato (Yang et al., 2020).

Nel periodo peri-operatorio, l'attenzione è orientata alla guarigione fisica del paziente, nonché alle possibilità di rigetto iperacuto<sup>9</sup> e ulteriori complicazioni mediche, come fenomeni di delirium associati alla massiccia somministrazione di farmaci cortisonici (Anderson et al., 2018). Vieppiù, l'esperienza di prolungata ospedalizzazione nell'Unità di Terapia Intensiva può essere una condizione in cui esperienze molto dolorose sul piano fisico e l'isolamento sociale possono riattivare traumi preesistenti (DiMartini et al. 2008)

Nel lungo periodo, comorbidità associate alla terapia immunosoppressiva ed effetti

---

<sup>9</sup> Il rigetto iperacuto può verificarsi entro poche ore dall'intervento chirurgico, in cui la risposta infiammatoria da parte del sistema immunitario causa danno tissutale, ischemia dell'organo ricevuto e conseguente necrosi. Tale rischio è ridotto grazie ai progressi in campo medico nella valutazione dell'istocompatibilità tra donatore e ricevente.

collaterali divengono elementi stressogeni precipui: comorbidità frequenti sono malattie cardiovascolari, diabete, malattie oncologiche, effetti neurotici degli immunosoppressori come disturbi del sonno e decadimento cognitivo (Faravelli et al., 2021), nonché il rigetto dell'innesto. Nella maggioranza dei casi, il rigetto acuto può essere trattato con una terapia tempestiva, laddove il rigetto cronico invece costituisce un serio rischio per la sopravvivenza del paziente. Il rigetto può essere causato da malattie concomitanti o da fattori non-immunologici, come la non-adherence ai farmaci, ai regimi alimentari e l'uso di sostanze quali tabacco e alcool. Di fronte a tali molteplici rischi per la salute, i pazienti trapiantati vivono una condizione di costante preoccupazione per l'insorgenza di effetti avversi, paura del rigetto, insoddisfazione dell'immagine corporea (Yagil et al., 2017) e pressione emotiva laddove, anche se in buona salute, impegnati nel restaurare la propria posizione relazionale e sociale lesa dalla malattia nella propria rete affettiva e familiare di riferimento, con il proprio partner e nell'attività lavorativa (Schultz et al., 2015; Yang et al., 2020). Pertanto, gli effetti del trapianto sulla salute mentale possono essere di seria entità: la letteratura scientifica stima che, ad un anno del trapianto, i pazienti che hanno ricevuto rene, fegato o cuore possono sviluppare rispettivamente fino al 20%, 30% e 60% disturbi dell'umore e disturbi d'ansia (Corbett et al., 2013). Un recentissimo studio sulla prevalenza del disagio psichico in questa popolazione (Birkefeld et al., 2022) ha rilevato – attraverso la Mini-DIPS OA, una intervista semi-strutturata analoga alla Structured Clinical Interview del DSM-5 – che su un campione di 726 pazienti trapiantati, il 27,5% rientrava nei cut-off per almeno una diagnosi di disturbo psichiatrico, dei quali il 9,9% erano inclusi nella categoria di disturbo dell'umore (tra cui depressione, distimia e disturbo bipolare), il 7,7% presentavano quadri psicopatologici dell'area nevrotica e patologie stress correlate (come disturbo dell'adattamento, disturbo post-traumatico da stress, disturbi somato-formi, disturbi ossessivi compulsivi) e il 7,4% rientravano nella nosografia del disturbo d'ansia, incluse agorafobia, fobia sociale e disturbo d'attacco di panico. Tali risultati coincidono con un'ulteriore rilevazione su 232 pazienti trapiantati che ha evidenziato una prevalenza di disturbo dell'adattamento nel 10,7% del campione anche a lunga distanza dall'intervento chirurgico, con una media di 13,5 anni (Bachem et al., 2019). Oltre le osservazioni trasversali, in letteratura ricerche longitudinali evidenziano una prevalenza cumulativa del disagio psichico (Dew et al., 2001; Dew et al. 2015; Annema et al., 2015) negli anni successivi al trapianto, con riverberi deleteri sulla

qualità della vita percepita (Miller et al., 2013; Yagil et al., 2017).

Nello specifico, Dew e colleghi (2001) hanno approfondito la prevalenza dei disturbi di salute mentale in 191 pazienti sottoposti a trapianto cardiaco per un periodo di tre anni, attraverso la somministrazione periodica della Structured Clinical Interview del DSM III. Durante i 36 mesi succedenti al trapianto, nel 25,5% del campione si è osservata l'insorgenza di Disturbo Depressivo Maggiore – più frequentemente nei primi 12 mesi rispetto ai 18-36 mesi – al pari dei disturbi dell'adattamento. Di converso, il disturbo post-traumatico da stress si è manifestato esclusivamente nei primi 12 mesi, ma successivi studi registrano una persistenza della sintomatologia anche a due anni dall'intervento (Davydow et al., 2015; Bachem et al., 2019). In generale, la prevalenza cumulativa a 12 mesi dei disturbi valutati è aumentata dal 28,7% al 38,3% nei 36 mesi post-trapianto (Dew et al., 2001). Tale tendenza si è osservata in una seguente ricerca (Dew et al., 2012) su riceventi di cuore e di polmone in una finestra temporale fino a 24 mesi (Fig. 1). Plausibilmente il deperimento dell'innesto, e la conseguente insufficienza, sono preoccupazioni continue per i pazienti trapiantati; tale evenienza si verifica anche dopo decenni, nonostante gli sforzi attuati per seguire il protocollo medico, e questa permanente esperienza di minaccia può avere un impatto emotivo gravoso sui pazienti trapiantati nel lungo periodo.

Va evidenziato che esiste una scarsa letteratura sui disturbi dello spettro psicotico, considerato che diverse società trapiantologiche annoverano la presenza di tali disturbi in anamnesi pre-trapianto come controindicativa per procedere con l'intervento (Corbett et al., 2013; Price et al., 2014; Molnar et al., 2018); tuttavia, in letteratura diversi studi case-report hanno osservato il manifestarsi di episodi psicotici susseguenti il trapianto (Fukunishi et al., 2001; Mappin-Kasirer et al., 2020; Sadlonova et al. 2021), dove le cause di tali fenomeni vanno ascritte a molteplici fattori, come la natura stessa della procedura chirurgica invasiva, il profondo stress psico-fisico, le alterazioni fisiologiche e metaboliche (Abdullah et al. 2012, Schultz et al., 2015) e, non ultime, le complesse dinamiche intrapsichiche prodotte dal profondo riassetto dell'interno del proprio corpo, sia sul piano di realtà che rappresentazionale<sup>10</sup> (Castelnuovo-Tedesco, 1973; 1978).

---

<sup>10</sup> Sul tema si veda Capitolo 2.

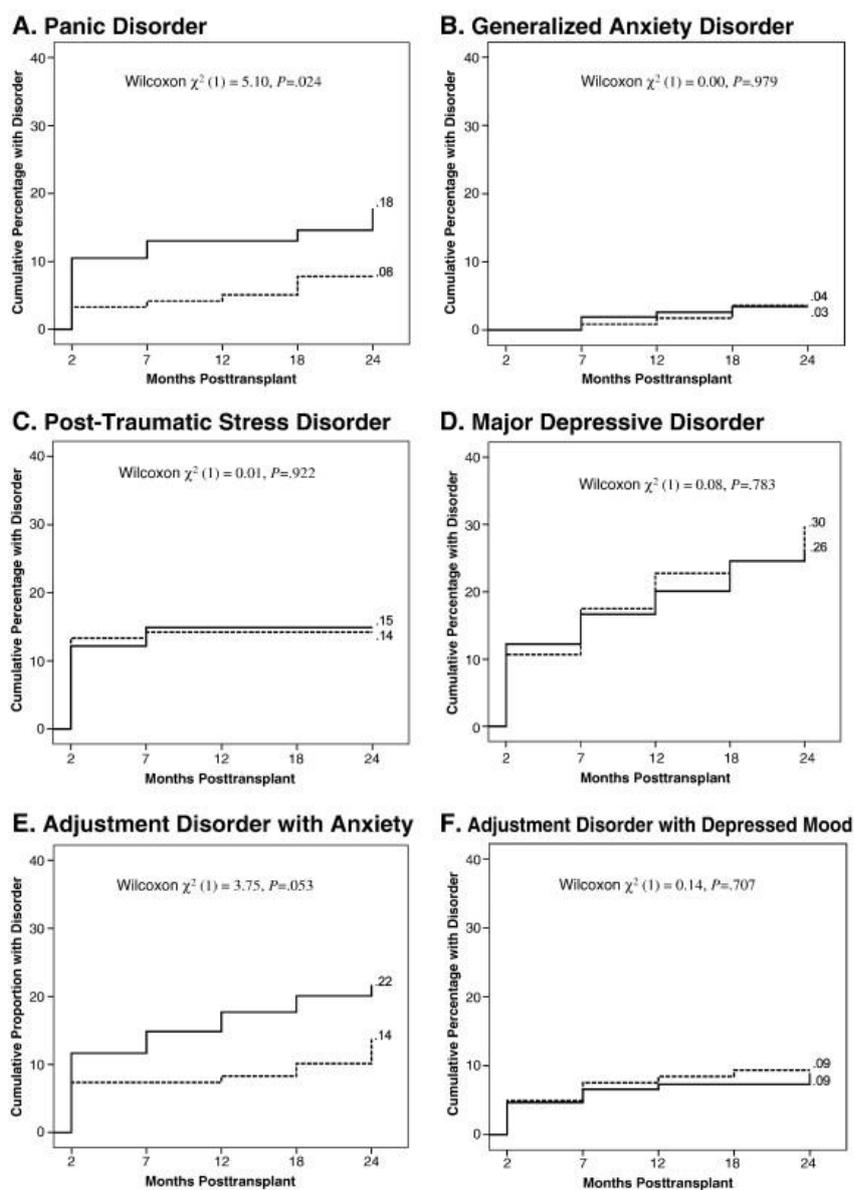


Figura 1: Incidenza cumulativa dei diversi disturbi psichiatrici durante i primi 2 anni post-trapianto nei pazienti polmonari e nei pazienti cardiaci. La linea continua indica i trapiantati di polmone; la linea tratteggiata indica i trapiantati di cuore. Fonte: Dew e colleghi (2012)

Emerge quindi che, a fronte di una riacquisizione della salute in termini funzionali e di Health-related Quality of Life (Cicognani et al., 2015; Åberg, 2020; Tsarpali et al., 2021), il trapianto può determinare e/o esacerbare il disagio psicologico, rappresentando un fattore esiziale per il processo di adattamento alla condizione di trapiantato, dove risulta indispensabile una costante adherence. Tale costrutto multidimensionale condensa un processo dinamico soggetto a fluttuazioni nel tempo e tra gli individui, ed è definito

dalla World Health Organization come la “*misura in cui il comportamento di una persona – assumere farmaci, seguire una dieta e/o attuare cambiamenti nello stile di vita – corrisponde alle raccomandazioni concordate da un operatore sanitario curante*”<sup>11</sup> (2003). Nel caso specifico del trapianto, la non-adherence implica – come comportamento intenzionale o inconsapevole – sia rifiutare, saltare, sbagliare la dose o le tempistiche nell’assunzione dei farmaci immunosoppressori, sia assentarsi dagli appuntamenti di follow-up, non osservare le norme igieniche per prevenire le infezioni e avere regimi alimentari e abitudini non salutari. Sebbene la non-adherence sia causa di effetti avversi e mortalità, nella popolazione trapiantata è un fenomeno singolarmente diffuso.

Difatti, una recente revisione della letteratura (Dew et al., 2018) ha rilevato che i tassi di non-adherence nei trapiantati si aggirano annualmente sul 36% nel caso dell’assunzione degli immunosoppressori, al 31% nello stile di vita, e dal 5% al 15% per lo svolgimento delle analisi di laboratorio routinarie e le visite mediche. Tuttavia, da un’ulteriore systematic review su 96 studi relativi al trapianto renale (Gokoel et al., 2020), si osservano range di prevalenza della non-adherence decisamente più estesi, tra lo 0,6% e il 93,7% tale ampiezza può essere spiegata dal fatto che non esiste allo stato un *gold standard* che colga gli aspetti sfaccettati dell’adherence, per cui individuare e descrivere tale fenomeno – nonché distinguerlo tra comportamenti deliberati e non (Griva et al., 2012) – rischia di essere falsato da strumenti ancora parziali (Gokoel et al., 2020; Demian et al., 2020).

Come introdotto in precedenza, la letteratura recente evidenzia che la salute mentale incide in modo significativo sulla capacità del paziente di mantenere l’adherence (Achille et al., 2006; Favaro et al., 2011; Gorevski et al., 2013; Prihodova et al., 2014; Kretchy et al., 2014; Russell et al., 2022; Haller et al., 2022). Tra i più significativi studi longitudinali, Dew colleghi (2007) hanno valutato la presenza di disturbi psicologici, l’aderenza e la salute fisica in un campione di 145 trapiantati cardiaci per un tempo totale di 36 mesi, utilizzando la Structured Clinical Interview del DSM III e interviste ad hoc sull’adherence, monitorando periodicamente morbilità e mortalità. Dai risultati si evince che un terzo del campione ha riferito di non aderire ai farmaci, e coloro i quali

---

<sup>11</sup> Traduzione a cura della scrivente. L’originale è la seguente: *The extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.*

presentavano una sintomatologia depressiva (il 15,8% del campione) avevano fino a 8 volte più probabilità di sviluppare entro i 36 mesi gravi complicanze post-trapianto, mentre i partecipanti con diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (8,8% del campione) erano fino a 13 volte più a rischio di mortalità nei 3 anni. Un recentissimo studio multicentrico retrospettivo (Russell et al., 2022) su 16.671 riceventi di trapianto renale ha rilevato che il 10% del campione presentava fenomeni di abuso di sostanze e/o disturbi di salute mentale, mentre la non-adherence era riferita dal 12% del campione. Lo stato civile, la presenza di diagnosi psichiatrica, l'età e l'uso di sostanze erano i predittori significativi di non-adherence. Attraverso regressione logistica per effetti random<sup>12</sup>, è emerso che i partecipanti che presentavano un disagio psicologico, per la maggior parte disturbi dell'umore e d'ansia, e/o facevano uso di sostanze avevano il 26% di probabilità in più di essere non-aderenti, e quindi più esposti a complicazioni post-trapianto.

La presenza di disagio psicologico costituisce quindi un elemento di rischio nel processo di trapianto e, nel lungo termine, di adattamento, fino a portare a un maggiore tasso di mortalità (Novak et al., 2010; Gumabay et al., 2018). In uno studio di DiMartini e colleghi (2011) sono state individuate tre traiettorie dei sintomi depressivi nel primo anno post-trapianto in un campione di 167 trapiantati epatici: il primo gruppo includeva bassi livelli di depressione, il secondo gruppo livelli di depressione crescenti nel tempo, e il terzo gruppo presentava alti livelli di sintomatologia depressiva. Il secondo e il terzo gruppo hanno mostrato tassi più alti di mortalità negli anni seguenti, dove il maggiore predittore era la gravità della depressione e delle comorbidità, dato in linea con i risultati di Rogal e colleghi (2013), i quali hanno rilevato che la depressione non trattata è il fattore più associato alla mortalità nel lungo periodo, costituendo infatti un fattore di rischio significativo per l'adherence alle prescrizioni farmacologiche, all'adeguamento dell'alimentazione e dell'attività fisica, nonché all'uso di sostanze (Dew et al., 2015; Rosenberger et al., 2016), causando così la perdita dell'innesto e/o esiti infausti.

Quanto finora esposto pertiene in gran parte le conoscenze attinte dal sapere medico-psichiatrico. Insieme alla letteratura scientifica che ha approfondito le comorbidità di salute mentale nella popolazione trapiantata – attraverso le nosologie accreditate a livello

---

<sup>12</sup> Si tratta di modelli che stimano gli effetti di una variabile indipendente categoriale su una variabile dipendente. Gli effetti che variano sono detti effetti random, mentre gli effetti medi uguali per i diversi gruppi sono detti fissi. La varianza degli effetti random indica quanta variabilità c'è tra i cluster nell'effetto.

internazionale – è fondamentale considerare le peculiari dimensioni emotive e psicosociali di tale esperienza – che esulano dalle soglie diagnostiche – per comprendere le difficoltà specifiche di questa popolazione e promuoverne il benessere psicologico. Una voluminosa meta-analisi (Demian et al., 2020) ha riscontrato su 50 studi, per un totale di 46.106 riceventi coinvolti, che l’affettività negativa – intesa come la presenza non solo di vissuti depressivi e ansiosi, ma anche di vergogna nel comunicare la propria condizione, incertezza del futuro, senso di colpa, preoccupazione – è fortemente associata a una peggiore adherence, mentre vi è un’associazione negativa con alti livelli di self-agency e percezione di auto-efficacia. Vieppiù, per gli autori la larga associazione tra affettività negativa “trapianto-specifica” e la non-adherence può comportare un circolo vizioso in cui effetti collaterali, avversità legate alla non-adherence e la mancanza di trattamenti alternativi, possono rendere l’affettività negativa un’esperienza inevitabile e costante per i trapiantati.

Difatti, sebbene la psicologia clinica della salute dedichi particolare attenzione al processo di adattamento nella malattia cronica, in termini di conservazione dello stato funzionale, di riduzione degli effetti negativi della malattia e promozione delle risorse psicologiche (Stanton et al., 2007), preservare tali aspetti di fronte al progressivo deterioramento del funzionamento fisico potrebbe non essere sempre realistico: l’individuo “*non tornerà mai al senso di Sé pre-morboso, di possibilità, di invulnerabilità, di oblio del funzionamento del corpo*”<sup>13</sup> (Goodheart & Lansing, 1997). Nonostante ciò, su un piano soggettivo, occorre investigare cosa rende possibile per alcuni riceventi dare significato ad un’esperienza complessa come il trapianto, trarre da essa pienezza e speranza per adeguare il proprio stile di vita, mentre per altri può divenire deleteria. Secondo il modello della Crisis Theory (Caplan, 1964.) l’equilibrio psicologico è paragonabile all’omeostasi fisiologica, pertanto la crisi<sup>14</sup> rappresenta un elemento che irrompe nella vita del soggetto, che sperimenta uno squilibrio tra l’entità dell’evento e le risorse a sua disposizione. Per fare fronte alla crisi, gli individui devono mettere in campo capacità e risorse che valicano il normale repertorio, e da tale sforzo dipende l’esito del

---

<sup>13</sup> Traduzione a cura della scrivente. Di seguito l’originale: *The individual will never again return to the pre-illness sense of self, of options, of invulnerability, of obliviousness to the body’s functioning.*

<sup>14</sup> Dal greco κρίσις il termine fa riferimento ad una temporanea condizione di disorganizzazione, che potenzialmente può condurre a reazioni adattive oppure danneggiare il soggetto. Tale costrutto ricorda vagamente la concezione di trauma posta da Sigmund Freud (1925), in quanto evento la cui preponderanza investe e disorganizza l’assetto psichico.

processo di adattamento e la transizione nella crisi. Basandosi su tale concettualizzazione, Moos e Schaefer (1986) hanno integrato nelle esperienze critiche la diagnosi e il decorso di una grave malattia fisica, pertanto secondo la Crisis Theory gli individui affetti da una patologia organica attuerebbero degli ingenti sforzi per dare significato alla crisi, in funzione di sviluppare adeguate strategie di coping (Contrada & Baum, 2010) per affrontare il profondo distress. Le difficoltà legate alla patologia, le caratteristiche personali e il contesto sociale in cui l'individuo è inserito influenzano la percezione dei fattori di stress e le modalità per gestirlo. In quest'ottica, Denny & Kienhuis (2015) osservano che il percorso trapiantologico, sin dall'inizio della patologia organica e l'inserimento in lista trapianti, è costellato da molteplici esperienze critiche che, per loro natura, non trovano una risoluzione definitiva attraverso l'intervento di trapianto, bensì si configurano con una tendenza ricorsiva. Ad esempio, oltre i consueti effetti collaterali della terapia immunosoppressiva su menzionati, le prassi di monitoraggio implicano visite ed esami diagnostici routinari che possono rilevare valori anomali, minacce di rigetto, e implicare biopsie o altre procedure invasive. Pertanto, il paziente trapiantato, sebbene in salute, è esposto ciclicamente a situazioni in cui vengono elicitate angosce di perdere l'innesto, essere re-inseriti in lista trapianto o ricevere un'ulteriore diagnosi infausta. La letteratura che approfondisce il rapporto tra le risorse psicologiche personali e le esperienze avverse ha evidenziato che gli individui che fanno esperienza di intenso stress, inclusa la malattia organica, fanno maggiore utilizzo di forme patologiche e/o immature di meccanismi di difesa (Cramer, 2000; Zimmermann et al., 2019). De Pasquale e colleghi (2020) hanno somministrato a 50 riceventi renali il Defense Style Questionnaire e la Symptom Checklist-90 Revised. Dai dati si è riscontrato che le forme difensive prevalenti erano immature, come aggressività passiva, isolamento, svalutazione e razionalizzazione, seguite da forme nevrotiche quali pseudo altruismo e formazioni reattive. Delle modalità più mature, le difese presenti erano la sublimazione e l'umorismo. Vieppiù, le risposte difensive immature erano maggiormente associate a dimensioni sintomatiche di ostilità, mentre le forme nevrotiche correlavano significativamente con somatizzazione, sintomi ansiosi e sensibilità interpersonale; infine, le forme difensive mature della sublimazione e dell'umorismo erano associate ad una percezione della propria salute più alta. È interessante sottolineare che tale campione era trapiantato in media da circa 8 anni ( $7.83 \pm 2.12$ ), e ciò suggerirebbe che il tempo intercorso dal

trapianto può non essere sufficiente per favorire un processo di adattamento orientato alla salute. A tal proposito, su un campione di 174 trapiantati di rene, Pisanti e colleghi (2017) hanno riscontrato che strategie di coping orientate all'emozione portano a comportamenti di evitamento, distrazione e/o impegnarsi in attività che possono intralciare i regimi di adherence post-trapianto, conformemente ai risultati osservati da Suzuki e colleghi (2019) su 109 trapiantati di rene, in cui l'orientamento al problema consiste in un fattore protettivo, mentre strategie orientate ad alleviare lo stress attraverso l'evitamento rappresentano un fattore di rischio per depressione, non-adherence e quindi maggiori criticità di salute. Uno studio su 214 riceventi di fegato (Pérez-San-Gregorio et al., 2017) ha rilevato che una maggiore capacità di trasformare le esperienze traumatiche in occasioni di crescita e di apprezzamento della vita è associata all'adozione di strategie adattive, come impiegare le proprie risorse per risolvere il disagio, cercare supporto strumentale attraverso il confronto con la rete sociale per informazioni e consigli, chiedere supporto emotivo dagli altri significativi e riconoscere l'entità del problema che si sta affrontando. In generale, la letteratura sembra distinguere due reattività, ipervigilanza ed evitamento, che potrebbero essere in realtà modalità emergenti a seconda della fase di malattia.

In questa chiave di lettura, le caratteristiche personali si intrecciano con le risorse dell'ambiente sociale del soggetto, in cui il supporto percepito può attutire l'impatto del distress a seguito del trapianto (Chisholm-Burns et al., 2010; Pisanti et al., 2014; Sher & Maldonado, 2019). Tuttavia, in letteratura emergono risultati contrastanti rispetto al ruolo della rete sociale dei pazienti trapiantati: attraverso una revisione sistematica e meta-analisi, Ladin e colleghi (2018) hanno incluso 21 studi sull'adherence e 13 studi sugli outcome clinici – per un totale di 9.102 trapiantati coinvolti – per riscontrare che né il sostegno sociale né lo stato civile sono stati predittivi dell'adherence o degli esiti post-trapianto. Sebbene il supporto sociale fosse associato a migliori outcome di salute, tale relazione non è risultata significativa negli studi valutati di elevata qualità scientifica<sup>15</sup>. Riguardo lo stato civile, i riceventi sposati avevano maggiori probabilità di rispettare le prescrizioni mediche e sullo stile di vita, ma anche questa relazione non è stata confermata

---

<sup>15</sup> Ovvero gli studi che rispettavano parametri di valutazione condivisi dalla comunità scientifica, quali l'ampiezza campionaria e la generalizzabilità dei risultati, il rigore metodologico del disegno di ricerca, la solidità statistica e la considerazione di fattori medici e demografici nelle variabili di controllo o intervenienti.

negli studi di alta qualità. La discrepanza dei dati sulla funzione del supporto sociale percepito apre a una riflessione sull'effetto della malattia cronica sul sistema allargato dell'individuo colpito dalla patologia, in cui l'effetto degli eventi critici pone sotto stress anche i care-givers, che possono avvertire un peggioramento del proprio benessere specularmente a quello dei pazienti. Uno studio su 51 trapiantati di fegato e 44 care-givers (Cipolletta et al., 2019) ha evidenziato che i partecipanti hanno riportato alti livelli di supporto sociale percepito, ma ciò non corrispondeva ad un aumento dei livelli di benessere né a una diminuzione del distress e della fatica dei caregiver, sostenendo analoghi risultati che hanno osservato un'assenza di associazione tra il supporto e la formazione dell'intenzione e del comportamento vero e proprio di adherence (Scholz et al., 2012). Alla luce di quanto sin qui esposto, si può attribuire alle risorse psicologiche un ruolo prominente nel processo di adattamento conseguente a un trapianto di organo solido; tuttavia, risulta ancora difficoltoso rintracciare i processi e le capacità che permettono ai soggetti trapiantati di affrontare un lungo excursus verso una nuova attribuzione di senso delle proprie circostanze di vita. La ricerca scientifica concorda unanimemente sulla necessità di investire su quest'area di ricerca (Calia et al., 2011; Tarabeih et al., 2020; Patel et al., 2020) e, nello specifico, di costruire modelli teorici in grado di orientare interventi specifici per i bisogni di questa popolazione. Come abbiamo visto, il disagio psicologico non trattato comporta l'aumentata probabilità che il paziente sospenda, rifiuti o dimentichi di assumere la terapia immunosoppressiva (Belaiche et al., 2017; Prihodova et al., 2014), pertanto dedicare un intervento psicologico specifico può influenzare i livelli di salute tra i pazienti trapiantati che presentano un disagio, equiparandoli ai membri della stessa popolazione che hanno livelli maggiori di benessere psicologico (Corbett et al., 2013; Pisanti et al., 2014). Allo stato attuale, la ricerca in quest'area non è soddisfacente e si rendono necessari studi che postulino – nella complessità dell'esperienza del trapianto – i fattori che causano determinate traiettorie evolutive.

## **1.2 Quali direzioni per i riceventi trapianto?**

La definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso

il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, annovera l'assistenza psicologica con uno spazio cospicuo, trasversalmente agli ambiti di intervento<sup>16</sup>, tra le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire con le risorse provenienti dalla fiscalità generale. Vengono detti essenziali, piuttosto che minimi, poiché comprendono quelle attività considerate – in relazione al contesto culturale e sociale – dalla società come fondamentali e inalienabili; pertanto, tali attività sono soggette ad aggiornamenti in relazione alle esigenze emergenti e alla luce delle innovazioni scientifiche e tecnologiche. Inoltre, alla base dei LEA vige un principio di uniformità, per cui vanno offerti a tutti i cittadini senza differenza di reddito, posizioni geografiche, religione, etnia, sesso e altro ancora. I trapianti sono annoverati nel citato DPCM all'allegato 8, intitolato "Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti", per le quali è ampiamente riconosciuta la necessità di continuità assistenziale. Tuttavia, a fronte della complessa rete di procurement, coordinamento e monitoraggio trapiantologico, si riscontra un deficit in tema di programmi sistematizzati di assistenza psicologica. Nello specifico, in molte sedi non sono assicurati servizi di psicologia ospedaliera e riabilitazione psico-sociale, considerato che l'attenzione delle istituzioni sanitarie risulta insufficiente (Lovera et al., 2000), sebbene la letteratura relativa dia risultati incoraggianti che testimoniano la crescente necessità di interventi interdisciplinari ai fini di una migliore riabilitazione psichica e sociale dei trapiantati.

In Italia, i riferimenti vigenti in tema di intervento psicologico nell'iter trapiantologico risalgono al 2009, stilati presso la Regione Veneto che è tutt'ora tra le regioni di punta nella medicina dei trapianti<sup>17</sup>. Come menzionato precedentemente, la possibilità di usufruire del trapianto come opzione terapeutica trova ancora un consistente impedimento nella scarsità di organi disponibili; di conseguenza, gran parte dell'attenzione è dedicata alla selezione dei pazienti – al fine di aumentare le probabilità di sopravvivenza – acquisendo un ruolo prioritario rispetto a processi estesi sul lungo periodo.

---

<sup>16</sup> Vengono citati l'assistenza distrettuale, l'assistenza socio-sanitaria, cure palliative domiciliari; l'area evolutiva e in ambito neuropsichiatrico; disturbi psichiatrici, disabilità, tossicomanie e dipendenze patologiche; viepiù sono citate l'assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario; assistenza socio-sanitaria residenziale a persone nella fase terminale della vita, minori con patologie neuropsichiatriche, persone con disturbi mentali; infine gli ambiti della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro e la prevenzione delle malattie croniche e la promozione di stili di vita sani.

<sup>17</sup> Per la Regione Veneto l'indice relativo ai donatori per milione di abitanti risulta essere pari al 30,6, considerando che il tasso nazionale è pari a 20,5 donatori per milione di persone (Report CNT 2021).

Dalle linee guida fornite dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 851 del 31 marzo 2009 (Regione Veneto, 2009) la valutazione psicologica pre-trapianto assume la funzione di un contenitore volto ad accogliere molteplici dimensioni: in primis i colloqui psicologici sono orientati ad esplorare l'organizzazione psichica del paziente, attraverso l'espressione della personalità e delle modalità di difesa, e monitorare la presenza – ed eventualmente trattare – quadri psicopatologici, frequentemente di ansia o depressione, qualora si presentassero; tale valutazione diviene elemento di selezione in funzione di individuare i candidati al trapianto più idonei, nonché i fattori di rischio presenti che potrebbero inficiare l'aderence o la convalescenza. Lo spazio offerto dalla consultazione pre-trapianto si prefigge quindi di informare con chiarezza e preparare il candidato al processo di adattamento alla malattia e alla condizione di trapiantato, favorendo anche la relazione con l'équipe curante, la quale può beneficiare della conoscenza del paziente per la futura gestione clinica.

Secondo le linee guida, le aree di valutazione psicologica e psichiatrica imprescindibili nel trapianto d'organi sono:

- presenza di alterazioni cognitive;
- presenza di disturbi psichiatrici attuali e/o pregressi;
- profilo di personalità;
- alterazioni del comportamento alimentare;
- uso, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive/alcool attuali e/o pregressi;
- adherence dieto-terapeutica attuale e passata;
- capacità di adattamento e tolleranza allo stress;
- tipologie e qualità delle relazioni familiari e sociali;
- inserimento sociale e lavorativo;
- qualità degli affetti e congruenza emotiva.

Attualmente esiste una notevole variabilità fra i programmi di trapianto rispetto ai metodi e ai criteri dell'assessment psicologico dei candidati. Da tale realtà nasce l'esigenza internazionale, ma anche italiana, di regolare e uniformare l'intervento psicologico nei trapianti d'organo. Tra i tentativi più significativi di standardizzare le procedure di valutazione si annovera il Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT) (Maldonado et al. 2012, 2015) una procedura clinician-report –

che ha ricevuto un riscontro anche in Italia (Bottesi et al. 2020, De Pasquale et al. 2020) – volta ad individuare nei fattori psico-sociali dei criteri di eleggibilità e per valutare caratteristiche del paziente che possano predire gli outcome di salute nella fase post-trapianto (Kumnig & Jowsey-Gregoire, 2015). I domini psico-sociali considerati sono:

- Patient's readiness level & illness management: indaga la conoscenza che il paziente possiede della propria patologia, delle cause che hanno portato all'insufficienza d'organo, della procedura di trapianto; indaga inoltre il livello di motivazione ad affrontare l'intervento e i pregressi comportamenti di adherence medica e stile di vita.
- Social support system level of readiness: tale dominio si riferisce alla disponibilità e alla funzionalità della rete di supporto sociale, nonché all'ambiente fisico in termini generali e igienici.
- Psychological stability and psychopathology: viene indagata la presenza di psicopatologia, sia organica che indotta dall'uso di sostanze, di deficit neurocognitivi, e l'influenza dei tratti di personalità rispetto alla presenza di veri e propri disturbi di personalità, per cogliere un generale rischio psicopatologico.
- Lifestyle and effect of substance use: indaga l'uso, abuso e dipendenze da alcool, sostanze stupefacenti e da tabacco, e il rischio di recidiva.

Ad oggi, tuttavia, gli studi condotti con questo strumento, in maggior parte retrospettivi, non hanno evidenziato la validità predittiva auspicata (Shemesh 2016, Moayed et al. 2020; Nghiem et al., 2020).

Nel particolare caso della donazione da vivente<sup>18</sup>, le linee guida vigenti prevedono che alla valutazione del candidato al trapianto si affianchi la valutazione sia del potenziale donatore che della coppia donatore-ricevente. Quest'ultimo focus, in particolare, nasce dalla evidenza scientifica che la vicenda di malattia e la decisione di donare, possono esacerbare disagi relazionali nell'ambito familiare e compromettere il buon esito del trapianto (Feltrin et al., 2008; Ralph et al., 2019), pertanto la consultazione pre-trapianto

---

<sup>18</sup> Regolamentata dalle leggi 26 giugno 1967, n. 458 (G.U. 27/6/1967, n. 160). "Trapianto del rene tra persone viventi" e 16 dicembre 1999, n. 483 (G.U. 20/12/1999, n. 297). "Norme per consentire il trapianto parziale di fegato".

diviene centrale per approfondire, oltre i fattori di rischio e le controindicazioni alla donazione sia nel donatore che nel ricevente, come visto poc'anzi, la qualità della relazione e le motivazioni della coppia donatore-ricevente, così come la consapevolezza delle possibili ripercussioni relazionali ed emotive in caso di complicanze post-intervento nel ricevente stesso e/o nel donatore. Insieme alle aree di valutazione psicologica e psichiatrica su menzionate, nel caso di donazione da vivente vengono considerate anche il grado di consapevolezza verso i rischi di salute conseguenti il prelievo, l'eventuale ricaduta economica per il donatore e la sua famiglia, possibili complicanze psichiche, e la presenza di pressioni motivazionali e psico-sociali dall'interno del sistema familiare.

Per la fase post-trapianto, le linee guida auspicano che i centri trapianto dispongano della presenza garantita di un servizio di psicologia dei trapianti, affinché siano predisposti interventi psicologici continuativi, come la consulenza psicologica o psicoterapia individuale con il paziente trapiantato, l'intervento psicologico di supporto familiare e non ultima la consulenza psicologica dell'équipe trapiantologica.

Una siffatta configurazione potrebbe facilitare e accompagnare il paziente trapiantato nel percorso di adattamento a tale nuova condizione, in considerazione delle peculiarità date dalla fase dell'iter trapiantologico e delle criticità trapianto-specifiche, ma allo stato la sistematizzazione di percorsi a lungo termine è ancora insufficiente (Lovera et al., 2000), così come la letteratura sul tema.

Una recente meta-analisi (Sambucini et al. 2022) ha indagato in letteratura l'effetto degli interventi psico-sociali sulla sintomatologia, adherence medica e funzionamento fisiologico dei pazienti trapiantati. Dall'analisi di 19 studi individuati è emerso che l'efficacia degli interventi psico-sociali sembra essere correlata alla fase di applicazione dell'intervento durante il processo di trapianto. Ad esempio, per i riceventi renali gli interventi psico-sociali che hanno avuto maggiore efficacia sono stati mediamente somministrati nella fase pre-trapianto, mentre per i trapiantati cardiaci l'efficacia era più alta nella fase post-trapianto. Questo dato suggerisce che la peculiarità dell'esperienza di malattia e il trapianto ad essa associato generi esigenze psicologiche diverse nei pazienti trapiantati. In particolare, per i riceventi di cuore un trattamento psicologico somministrato nel periodo post-trapianto sembra avere maggiore efficacia perché, plausibilmente, questi pazienti sono sottoposti a un intervento ad altissimo rischio, per cui potrebbero essere in grado di focalizzare le loro prospettive affettive e sociali future

solo a seguito dell'aver constatato il successo dell'innesto, quindi la propria stessa sopravvivenza. Diversamente, per i riceventi renali un intervento psico-sociale sarebbe di maggiore aiuto in funzione della gestione delle difficoltà legate alla dialisi e alla ridefinizione di un nuovo stile di vita. I risultati della meta-analisi svolta sui Randomized Controlled Trials hanno dimostrato che l'efficacia degli interventi psico-sociali sulla depressione non è associata alle fasi trapiantologiche (pre-post intervento) in cui è stato somministrato l'intervento psico-sociale. Quanto esposto finora apre una riflessione sulla necessità di ripensare alle peculiarità psicologiche nei pazienti trapiantati e informare le prassi di cura attraverso l'esplorazione di nuove categorie dell'esperienza di trapianto.

## CAPITOLO 2 | Pensare l'intruso. Prospettive psicodinamiche dell'integrazione e del rigetto psicologico

### 2.1 Tra soggetto e oggetto: la costruzione del Sé e dell'unità psico-somatica

Come anticipato nel precedente capitolo, la chirurgia dei trapianti solleva delle questioni cogenti sull'esperienza che ogni essere umano vive della continuità, nonché della discontinuità, del proprio senso di Sé intessuto sul piano psico-corporeo.

Le difficoltà sul piano teorico e metodologico di una formulazione concettuale del Sé è sussunta dalla mole di autori che hanno descritto tale fenomeno, in un movimento tra diverse dicotomie quali soggetto/oggetto, struttura/processo, singolarità/molteplicità, individuo/società (Carugati, 1979). Nella teoria psicoanalitica, la collocazione del concetto di Sé trova un posizionamento tardivo rispetto alla produzione freudiana, ma da quest'ultima emerge la prima teorizzazione di una matrice indifferenziata (Hartmann, 1958) dalla quale scaturirebbe e si definirebbe l'identità.

Sebbene Sigmund Freud non abbia postulato una configurazione del Sé, nella trattazione del padre della psicoanalisi si fa riferimento all'istanza dell'Io, inizialmente sovrapposto al sistema conscio e deputato alle funzioni percettive e al controllo della motilità. Ricorrendo all'analogia di una “vescichetta vivente”, Freud illustra l'esistenza nell'apparato psichico di una struttura superficiale che *“rivolta verso il mondo esterno sarà differenziata in virtù della sua stessa posizione e funzionerà come organo che riceve gli stimoli”* (Freud, 1920)<sup>19</sup>, e in seguito, sottolineò che l'Io *“Cioè l'Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venir considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo, e inoltre, come abbiamo visto, il rappresentante degli elementi superficiali dell'apparato psichico”* (Freud, 1922, in nota aggiunta nel 1927).

Con il progresso della teoria freudiana verso la cosiddetta seconda topica, e che

---

<sup>19</sup> In tale teorizzazione Freud fa riferimento al concetto di “*Reizschutz*”, ovvero di una protezione o schermo (“*schutz*”) dall'eccitamento (“*reiz*”), postulando così una funzione protettiva del sistema psichico verso stimolazioni interne e/o esterne, e la possibilità che siffatto scudo subisca intrusioni laddove la stimolazione sia abbastanza potente da irrompere nell'apparato psichico.

potremmo contrassegnare con la pubblicazione de “L’Io e l’Es” (1922), alla teoria delle pulsioni succede la teoria strutturale, che include l’Io in una tripartizione con l’Es e il Super-io<sup>20</sup>, focalizzando l’attenzione sulle tensioni tra queste istanze piuttosto che tra i movimenti antitetici per il raggiungimento della meta e la censura. Il modello strutturale discende da un rinnovato interesse a livello teorico e clinico per i processi di identificazione e, conseguentemente, con la capacità dell’oggetto di influire sull’economia psichica fin dai primordi dello sviluppo. Con l’introduzione di un concetto cardine quale il narcisismo<sup>21</sup> (Freud, 1914), appare la contrapposizione tra libido oggettuale e libido dell’Io. Per la comprensione del narcisismo secondario, Freud si riferisce non soltanto alle forme megalomane della sintomatologia schizofrenica, ma anche a circostanze esistenziali – quali la vita amorosa e la malattia organica – come situazioni accomunate dal ritiro della libido dagli oggetti e dal mondo esterno, per investirla narcisisticamente:

*Un suggerimento orale di Sándor Ferenczi mi ha indotto ad attribuire importanza all’influsso delle malattie organiche sulla ripartizione della libido. È universalmente noto e ci sembra ovvio che una persona tormentata da un dolore o malessere organico abbandoni ogni interesse per le cose del mondo esterno che non hanno a che fare con la sua sofferenza. Da un’osservazione più accurata ci rendiamo conto che, finché dura la sua sofferenza, egli ritira altresì l’interesse libidico dai propri oggetti d’amore, cioè smette di amare. La banalità di questa constatazione non è tale da impedirci di tradurla nei termini propri della teoria della libido. Diremo dunque più esattamente: il malato ritira sull’Io i propri investimenti libidici e li esterna di nuovo fuori di sé dopo la guarigione (Freud, 1914).*

---

<sup>20</sup> In funzione di una chiarezza espositiva, si precisa che l’Es – in breve – costituisce il polo istintuale della personalità, i cui contenuti sono prettamente inconsci. Dal punto di vista economico, l’Es è definito come prima riserva energetica sul piano psichico, mentre a livello dinamico entra in conflitto con le altre istanze, quali l’Io e il Super-io. Quest’ultimo, in relazione all’Io, assume una funzione censoria e proibitiva, in cui si esprimono i contenuti della coscienza morale, delle norme sociali e degli ideali, anch’essi appartenenti parzialmente a un registro inconscio.

<sup>21</sup> Freud in questa sede distingue una forma primaria di narcisismo, riferita allo stato in cui vive il neonato come indifferenziato dall’esterno, il cui prototipo è la vita intrauterina, da un narcisismo secondario che si presenta come una situazione psichica tardiva, tramite l’investimento libidico di un oggetto esterno vissuto contemporaneamente come parte del proprio Io, e atto a ristabilire delle condizioni illusorie di completezza, piacere, autoconservazione, come garantite nel narcisismo primario.

È in “Lutto e melanconia” (1917) che Freud delinea le basi per le future teorizzazioni delle relazioni oggettuali, suggerendo un ruolo cardinale degli investimenti libidici nell’organizzazione della struttura psichica. Inizialmente limitato all’eziologia psicopatologica, il processo di identificazione si presumeva causato da una regressione da una relazione oggettuale:

*All’inizio ebbe luogo una scelta oggettuale, un vincolamento della libido a una determinata persona; poi, a causa di una reale mortificazione o di una delusione subita dalla persona amata, questa relazione oggettuale fu gravemente turbata. L’esito non fu già quello normale, ossia il ritiro della libido da questo oggetto e il suo spostamento su un nuovo oggetto, ma fu diverso e tale da richiedere, a quanto sembra, più condizioni per potersi produrre. L’investimento oggettuale si dimostrò scarsamente resistente e fu sospeso, ma la libido divenuta libera non fu spostata su un altro oggetto, bensì riportata nell’Io. Qui non trovò però un impiego qualsiasi, ma fu utilizzata per instaurare una identificazione dell’Io con l’oggetto abbandonato. L’ombra dell’oggetto cadde così sull’Io che d’ora in avanti poté esser giudicato da un’istanza particolare come un oggetto, e precisamente come l’oggetto abbandonato. In questo modo la perdita dell’oggetto si era trasformata in una perdita dell’Io, e il conflitto fra l’Io e la persona amata in un dissidio fra l’attività critica dell’Io e l’Io alterato dall’identificazione (Freud, 1917).*

Attraverso la generalizzazione del processo di identificazione in *Psicologia delle masse e analisi dell’Io* (1921) Freud delinea alcuni aspetti fondanti per lo studio delle relazioni oggettuali, laddove la comparsa dell’identificazione, dapprima alterazione dell’Io basata su una relazione oggettuale infantile e successiva alla perdita, acquisisce il ruolo di processo evolutivo, percorso elettivo per la formazione dell’Io e del Super-io a seguito delle vicissitudini edipiche:

*[...] l’identificazione è la più primitiva e originaria forma di legame emotivo; nelle condizioni in cui si forma il sintomo, là dove esistano cioè rimozione e predominio dei meccanismi dell’inconscio, capita spesso che la scelta oggettuale ridiventi identificazione, dunque che l’Io assuma su di sé le caratteristiche*

*dell'oggetto (Freud, 1921).*

Ma è con il contributo di successivi autori che emerge una visione più articolata dei processi sottostanti la formazione dell'organizzazione psichica, che passa dalla distinzione dagli oggetti gli uni dagli altri e dal Sé, e le loro rappresentazioni nell'Io divengono investite sia libidicamente che aggressivamente.

Heinz Hartmann, dedicandosi al problema dell'adattamento alla realtà, postula un'autonomia dell'Io, in quanto formato altresì da una *“sfera dell'Io libera da conflitti per quell'insieme di funzioni che in qualunque momento agiscono al di fuori dei conflitti psichici”* (1958) e originato dalla differenziazione dall'istinto piuttosto che dall'Es.

In questa visione, Hartmann riprende la prima formulazione freudiana che contrappone gli *“istinti dell'Io”* e gli *“istinti di conservazione”*<sup>22</sup>, per riformulare i primi in termini di *“interessi dell'Io”*: questi non originerebbero da una natura istintuale, bensì dal principio dell'utile, costituendo spinte di autorealizzazione, autoaffermazione, diverse dalle motivazioni istintuali appartenenti all'Es. Lo scopo è studiare il modo in cui i conflitti psichici e gli sviluppi interiori *“pacifici”* si facilitano ed ostacolano mutuamente e, parimenti, studiare l'influsso reciproco fra i conflitti e gli aspetti dello sviluppo che si intersecano con il mondo esterno.

In quest'ottica, Hartmann conserva la visione freudiana in cui cariche libidiche narcisistiche si oppongono alle cariche libidiche oggettuali, ma se ne distanzia postulando che le cariche libidiche narcisistiche non siano investite sull'Io, bensì sulle rappresentazioni del Sé (Hartmann, 1958). In questa concezione il Sé viene utilizzato per riferirsi all'intera persona, tanto nel corpo e le sue parti quanto nell'organizzazione psichica, riprendendo quanto indicato da Fenichel nell'opera *“The Psychoanalytical Theory of neuroses”* (1945), in cui vengono postulate due fonti per la formazione del Sé: la consapevolezza delle esperienze interne, delle sensazioni, dei processi emozionali e cognitivi, e dalla percezione introspettiva del proprio Sé come oggetto.

Sarà poi Edith Jacobson, con il suo lavoro *“Il Sé e il mondo oggettuale”* (1964), a formalizzare una distinzione tra il Sé e le rappresentazioni di Sé<sup>23</sup>, nonché della

---

<sup>22</sup> Tale distinzione era andata poi in disuso nella teoria dinamico-strutturale, nella quale Freud riassegnava tutte le componenti istintuali all'Es.

<sup>23</sup> Nello specifico, se il Sé pertiene al soggetto distinto dal mondo degli oggetti, le rappresentazioni del Sé

formazione dell'identità alla luce del modello strutturale freudiano, ma in termini esperenziali e relazionali.

Nel modello di sviluppo fornito dalla Jacobson i nuclei delle prime immagini del Sé ai primordi della vita psichica consistono in tracce mnestiche di piacere e dispiacere che vengono associate alla rappresentazione corporea sotto l'influsso di attività autoerotiche, attività funzionali ed esplorazioni del proprio corpo. L'immagine del Sé in questa fase non è ancora un'unità stabile, in quanto derivata da sensazioni ancora indiscriminate dall'oggetto parziale, pertanto fuse con l'immagine d'oggetto. Gratificazioni e frustrazioni, in una condizione simbiotica con la figura di accudimento primaria, divengono così il precursore delle future relazioni oggettuali e dei processi di identificazione.

*Certo, non conosciamo precisamente in quale momento l'apparato psichico diventi capace di conservare tracce mnestiche di esperienze di piacere-dispiacere; ma non c'è dubbio che assai prima che il bambino diventi consapevole della madre come persona e del proprio Sé, vengono stabiliti, nel regno del suo intero, Sé mentale e corporeo, gli engrammi delle esperienze che riflettono le sue risposte alle cure materne (Jacobson, 1964).*

I più precoci processi di identificazione sono fondati su meccanismi primitivi di introiezione e proiezione<sup>24</sup>, che omettono le reali differenze tra il Sé e l'oggetto; essi si esprimono attraverso le fantasie infantili di essere parti dell'oggetto, o di esserlo in toto comportandosi come se lo fosse. Con la maturazione vengono a stabilizzarsi rappresentazioni d'oggetto e del Sé più realistiche, parimenti alla maturazione delle funzioni percettive e motorie; risorse dell'Io che si affinano a favore del principio di realtà

---

sono intese come le rappresentazioni endopsichiche inconscie, preconsce e consce del Sé corporeo e mentale nel sistema dell'Io. Queste non hanno valore concettuale, bensì sono influenzate dalle esperienze emozionali soggettive insieme alle rappresentazioni oggettuali (Jacobson, 1974)

<sup>24</sup> Nel lessico psicoanalitico, l'identificazione riguarda sia un movimento di riconoscimento, corrispondendo al verbo *identificare*, di una similitudine e al contempo un atto in cui l'individuo si *identifica con*, implicando l'assunzione di caratteristiche, proprietà e attributi parziali o totali veicolati dall'oggetto. Tale concetto va distinto dai termini "incorporazione" e "introiezione", i quali sono prototipi dell'identificazione dove il processo psichico è simbolizzato sul tema della corporeità, come l'ingestione, il divorare, il trattenere all'interno (Laplanche & Pontalis, 1967). L'introiezione descrive quindi i processi psichici in cui le immagini di Sé divengono immagini di oggetto e viceversa, operanti insieme alla proiezione nelle fantasie precoci infantili di incorporazione ed espulsione (Jacobson, 1964).

(Freud, 1911), decisive per la formazione dell'identità. Il risultato sarà quindi la somma totale di tali rappresentazioni psichiche, una consapevolezza del Sé come entità differenziata, ma organizzata, che «è separata e distinta dal proprio ambiente» (Kramer, 1955), con una continuità e direzione nella «capacità di restare la stessa mentre cambia» (Lichtenstein, 1963). Questa consapevolezza troverà un'espressione emozionale nell'esperienza dell'identità personale quale il sentimento di sé (Jacobson, 1964), che avrà espressione anche nella vita adulta:

*Inoltre, nella misura in cui le fantasie rimosse, che sono rimaste investite nell'inconscio, possono trovare sfogo all'esterno, esse forniranno la colorazione delle immagini infantili del passato al Sé ed alle rappresentazioni di oggetto.*

*L'universale persistenza, nelle donne, della fantasia inconscia che i loro genitali sono organi castrati [...] possono esemplificare molto bene in che misura l'influenza delle esperienze emozionali infantili impedisca una corretta immagine del corpo. Questo è anche più vero nei confronti dell'immagine del nostro Sé mentale che sorge soltanto con la crescente capacità di autoconsapevolezza e di introspezione, cioè con la capacità di percezione, discriminazione e valutazione dei nostri propri sentimenti, pensieri ed azioni. Si tratta di funzioni che si sviluppano molto più tardi delle percezioni del corpo e, per quanto aidate dalla formazione del Super-io, sono, in molte persone, solo moderatamente ben sviluppate (Jacobson, 1964).*

Il “Sé e il mondo oggettuale” sono quindi il mezzo grazie al quale le relazioni con il mondo e le alterità che lo abitano vengono assimilate e possono essere usate per un cambiamento strutturale (Greenberg & Mitchell, 1983). Su questa linea teorica e clinica si colloca il lavoro di Donald Winnicott, il quale ha proposto il termine di *indwelling*, tradotto come personalizzazione, per descrivere il processo di insediamento del Sé nel corpo. Nella teoria winnicottiana, contrassegnata dalla matrice relazionale, tale processo ha una natura graduale, che avviene nello spazio delle relazioni primarie in cui il bambino ripone piena fiducia, e in tali relazioni può sperimentare disintegrazioni e integrazioni, stimolanti la «tendenza generale innata che il bambino ha verso l'integrazione e verso l'insediamento della psiche nel corpo e nel funzionamento corporeo» (Winnicott, 1970).

Se nei primordi della vita l'individuo giace in uno stato di non-integrazione – caratterizzato da brandelli di esperienze diffusi – si rende necessaria la presenza di un ambiente supportante costituito in primis dalla madre la quale, attraverso la percezioni che ella ha del bambino, e dalle quali quest'ultimo dipende, promuove l'organizzazione dell'esperienza nell'unità psicosomatica. La preoccupazione materna primaria, stato psichico ricettivo, devoto e responsivo, è corredata dall'espletarsi di funzioni di contenimento (*holding*), manipolazione, contatto corporeo (*handling*) e «portare il mondo al bambino» (*object presenting*), costituendo così un ambiente temporaneamente perfetto per la prima saldatura tra psiche e soma. L'allentamento progressivo dell'illusione infantile<sup>25</sup> consente l'accesso a una nuova fase evolutiva, in cui il bambino è accompagnato nella separazione in armonia con la crescita dell'esercizio delle funzioni dell'Io.

*L'integrazione è strettamente legata alla funzione ambientale del sostegno. La conquista dell'integrazione è l'unità. Prima viene l'"Io", che significa "tutto il resto è non me". Poi viene "Io sono, io esisto, io accumulo esperienze e mi arricchisco e ho un'interazione introiettiva e proiettiva con il non-Me, il mondo reale della realtà comune. Aggiungete a questo: "Sono visto o capito come esistente da qualcuno"; e inoltre aggiungete: "Ricevo di ritorno (come un volto visto in uno specchio) la prova, di cui ho bisogno, di essere stato riconosciuto come un essere". Quando tutto va bene, la pelle diventa il confine fra il Me e il non-Me. In altre parole, la psiche è venuta a vivere nel soma ed una vita psicosomatica individuale ha avuto inizio. L'istituirsi di uno stato di Io sono, insieme alla conquista dell'insediamento o coesione psicosomatica, costituisce una situazione accompagnata da un'angoscia specifica che implica un'attesa di persecuzione. Questa reazione persecutoria è implicita nel concetto del ripudio del "non-Me",*

---

<sup>25</sup> La capacità materna di entrare in speculare sintonia con i bisogni del bambino, immerso in uno stato di onnipotenza allucinatoria, permette a quest'ultimo di entrare in contatto con le proprie funzioni corporee e i propri impulsi. Attraverso la presentazione materna simultanea all'allucinazione infantile viene fornita al bambino un'esperienza ripetuta di contatto con la realtà e di potere su di essa. Con la maturazione, la perfetta rispondenza della madre lascia il passo a una presenza non impegnativa, che permette al bambino di sperimentare l'assenza, il limite dell'onnipotenza, finanche la possibilità della solitudine come spazio di scoperta della vita personale. In sintesi, il "graduale fallimento dell'adattamento" materno (Winnicott, 1949) è fondamentale per favorire la differenziazione, la separazione e la realizzazione del Sé.

*che accompagna la delimitazione nel corpo del Sé unitario, dove la cute rappresenta la membrana limitante (Winnicott, 1970).*

Il fallimento di tale processualità, che può esprimersi sia nell'incapacità di attuare le creazioni allucinatorie e i bisogni dell'infante, sia nell'interferire con le condizioni di quiescenza, ovvero quando sperimenta forme sane di mancanza di integrazione, hanno un impatto debilitante sullo sviluppo emotivo del bambino, che sperimenta queste esperienze come un'intrusione nella continuità della sua esistenza, fino a un vero e proprio «annichilimento del sé del bambino» (Winnicott, 1956), dal quale può conseguire la frammentazione dell'esperienza di Sé: dinanzi a deficit delle cure primarie, il bambino viene indotto a sintonizzarsi prematuramente con le richieste provenienti dal mondo esterno. La quiescenza è preclusa da uno stato di costante attivazione per rispondere alle stimolazioni, mentre i bisogni sono rispecchiati in modo incoerente. Ne risulterebbe una scissione tra un «vero sé», che si atrofizza, e un «falso sé», su base condiscendente (Winnicott, 1962)<sup>26</sup>. Analogamente alla teorizzazione della Jacobson, Winnicott deduce che il processo maturativo proceda attraverso:

*[...] l'istaurazione di una relazione significativa tra il bambino e la somma delle identificazioni che, dopo una sufficiente incorporazione e introiezione di rappresentazioni mentali, si organizzano nella forma di una realtà psichica interna vivente (Winnicott, 1970).*

L'organizzazione psichica interna si modifica nella relazione con gli oggetti, e attraverso l'esperienza del Sé la realtà esterna può essere esplorata con minore o maggiore difficoltà, poiché «un bambino, che non ha avuto una persona che abbia messo insieme i suoi pezzi, parte con un handicap, nel cammino verso il suo obiettivo di integrazione di sé» (Winnicott, 1945). Parafrasando l'autore, sono il Sé e la vita del Sé che possono dare senso all'azione e alla vita dell'individuo, che matura e continua ad evolversi transitando

---

<sup>26</sup> Il «vero sé» è da intendersi con il sentirsi reali, sentimento che funge da sorgente dei gesti spontanei, creativi. Il «falso sé» è invece modellato sulle aspettative materne, assumendo una funzione di accudimento e protezione verso l'integrità del «vero sé», celandolo attraverso l'osservazione di un certo grado di compiacenza verso le richieste ambientali. Il «falso sé» assume anche funzioni cognitive, anticipando l'impatto dell'ambiente e le reazioni, a spese di un'integrazione dei processi cognitivi con la base affettiva o somatica (Winnicott, 1949)

da una condizione di dipendenza e immaturità verso l'indipendenza e verso la capacità di identificarsi con oggetti d'amore maturi senza perdere l'identità individuale.

Sull'impronta del corpus winnicottiano, Eugenio Gaddini colloca lo sviluppo mentale in un processo graduale che parte dal corpo verso l'emergere della mente, coincidendo con la progressiva acquisizione mentale del Sé corporeo (Gaddini, 1980); l'innovazione apportata da Gaddini è relativa al ruolo primigenio dell'imitazione (1969), precorritrice dell'identificazione. Il passaggio che contrassegna l'avvenire del funzionamento mentale avrebbe origini sin dal transito dalla vita intrauterina al mondo esterno, dove un organismo estremamente vulnerabile passa da uno stato di contenimento e definizione (membrana amniotica e parete uterina) a una mancanza di "limite stabile e sicuro". Ne deriva che tutto ciò con cui il neonato entra in contatto sensorialmente non è esperito come ambiente, bensì come limite a sé. La percezione primitiva è «*fisicamente imitativa e consiste in modificazioni del corpo in relazione allo stimolo [...]. Il modello mentale dell'imitazione primitiva, parallelo di questo modello biologico ("imitare per percepire") è "imitare per essere" e serve all'organismo infantile per "essere" ciò di cui manca*» (Gaddini, 1980). Attraverso tale condizione di fusione magica e onnipotente con l'oggetto, le imitazioni sono il *primum movens* di un processo di assimilazione-estensione, inizialmente frammentario e, con il sostegno della memoria<sup>27</sup>, via via più integrato in un'organizzazione basale del Sé stabile e continua nella relazione con gli oggetti. Passaggio, questo, segnato anche dalla trasformazione delle "fantasie nel corpo", cioè fantasie legate al funzionamento corporeo, in "fantasie sul corpo", associate a rappresentazioni visive in cui corporeo e psichico, interno ed esterno, sono differenziati (Gaddini, 1981) e dalla modalità di entrare in relazione con l'oggetto, descritta da Gaddini attraverso l'uso che la mente fa del funzionamento orale, dapprima *sensoriale* – connesso ad aspetti preoggettuali e fusionali – e successivamente *oggettuale*, corrispondente a un livello funzionale più evoluto in cui si è raggiunto il riconoscimento dell'oggetto in quanto separato (Gaddini, 1976; 1980). Tale conquista non è esente da turbolenze, in

---

<sup>27</sup> Intesa come memoria del funzionamento corporeo, la quale non ha un'iniziale qualità mentale bensì pertiene ai circuiti biologici. Da questa preesistente e continua memoria fisiologica potrà attingere il primo apprendimento mentale, caratterizzato da focalità, cioè circoscritto a un funzionamento, a un dettaglio biologico, che sarà trattenuto solo frammentariamente, ma che avrà acquisito un senso mentale specifico. In questo modo, ogni apprendimento focale del funzionamento, con il suo ripetersi in relazione all'ambiente, rinforzerà la creazione di un'esperienza creativa di Sé generata dalla mente stessa. Da qui si evince la stretta attinenza con il concetto di illusione evidenziato da Winnicott.

quanto l'affrancamento dal funzionamento corporeo verso il funzionamento mentale e il relativo riconoscimento della differenziazione dal mondo oggettuale comporta lo sconvolgimento del primitivo funzionamento magico-onnipotente. L'esperienza del distacco, in quanto *nascita psicologica*:

*equivale così alla perdita per sempre del Sé onnipotente, e il riconoscimento della propria separatezza equivale al riconoscimento dell'estrema fragilità e vulnerabilità di un Sé che appare come mutilato, rispetto all'esperienza di sé magica. Nell'espressione di Bion, è la "catastrofe" (Gaddini, 1980).*

Concomitante alla catastrofe<sup>28</sup> subentra "l'angoscia di perdita di Sé", da considerare come fenomeno normale e possibile solo in presenza di un Sé separato, legata alla sopravvivenza a seguito della catastrofe, ma che implica un Sé "svuotato della sua onnipotenza" (Gaddini, 1980), vulnerabile e indifeso, pertanto è un'angoscia relativa alla fragilità del confine di Sé acquisito, con il timore che tale confine non possa arginare il pericolo di disintegrazione avvertito in presenza dei cambiamenti ed eventi di vita (Winnicott, 1970).

*[...] quanto più il Sé è all'origine danneggiato, tanto più la struttura che consegue è soggetta a limitazioni, distorsioni o impedimenti nello sviluppo delle sue funzioni. Quanto più il Sé è invece sufficientemente organizzato, tanto più esso può tradurre nella struttura i suoi potenziali, che sono soprattutto creativi, e consentire a questa di evolvere fuori dalle costrizioni limitanti dell'angoscia di base (Gaddini, 1980).*

Rintracciare il cammino compiuto in un secolo di studi, intrecci teorici ed esperienze cliniche può condurre alla deduzione che lo sviluppo del Sé si dispieghi

---

<sup>28</sup> Sebbene non vi sia occasione per approfondire la ricchissima produzione scientifica di Wilfred Bion, risulta rigoroso riferirci al concetto da lui formulato di *cambiamento catastrofico* (Bion, 1970) per delineare e descrivere eventi psichici così intensi da essere vissuti dal soggetto come sconvolgimenti della propria continuità biografica, sovvertendo un sistema di significati e di riferimento precedenti per lasciare il passo a stati caotici e terrifici, ma al contempo portatori in potenza di una trasformazione evolutiva, per cui contattando le parti psicotiche si possano sviluppare meccanismi di integrazione, inducendo il "*defluire della sanità nei suoi tessuti mentali*" (Bion, 1965).

attraverso prescrizioni fisiologiche che, in un ambiente adeguato, si esprimono verso lo psichico in un processo dinamico, continuo e plastico. Riprendendo le parole della Jacobson<sup>29</sup> l'espressione del Sé mentale nel corso della vita si manifesta nelle capacità di introspezione e autoconsapevolezza, attraverso la percezione e valutazione delle esperienze affettive nell'orientare pensieri e azioni; capacità che, come ha motivato Gaddini, possono andare incontro a naturali involuzioni, disintegrazioni e riconfigurazioni. Il corpus di conoscenze e le intuizioni cliniche derivate dalle teorie psicoanalitiche sullo sviluppo psichico, ha trovato feconda applicazione nell'ampia mole di studi prodotti presso l'Anna Freud Centre di Londra che vedremo nella seguente sezione.

## **2.2 La prospettiva della mentalizzazione**

Nella ricerca contemporanea, il gruppo che vede ricercatori e clinici quali Peter Fonagy, Anthony W. Bateman, Jon G. Allen, Miriam e Howard Steele, Anna C. Higgitt e altri ancora han sviluppato una cornice empirica, teorica e metodologica attraverso lo studio delle trasmissioni transgenerazionali della qualità delle relazioni di attaccamento (Fonagy, 2001) e del trattamento psicoanalitico dei pazienti affetti da disturbo borderline di personalità, portando alla formulazione del costrutto di mentalizzazione. Tale costrutto condensa i contributi dei teorici delle relazioni oggettuali, la psicologia cognitiva e le recenti evidenze neuroscientifiche<sup>30</sup> (Allen & Fonagy, 2006).

La definizione di Bateman e Fonagy (2004) inquadra la mentalizzazione come <il

---

<sup>29</sup> Si fa riferimento all'estratto riportato a pagina 29: *“dell'immagine del nostro Sé mentale che sorge soltanto con la crescente capacità di autoconsapevolezza e di introspezione, cioè con la capacità di percezione, discriminazione e valutazione dei nostri propri sentimenti, pensieri ed azioni. Si tratta di funzioni che si sviluppano molto più tardi delle percezioni del corpo e, per quanto aiutate dalla formazione del Super-io, sono, in molte persone, solo moderatamente ben sviluppate”* (Jacobson, 1964).

<sup>30</sup> Un ruolo fondamentale nei processi di rappresentazione del Sé è svolto da una serie di strutture localizzate nella linea mediana del cervello, tra le quali la corteccia prefrontale ventro e dorso mediale, aree della corteccia cingolata e il precuneo, denominate nel loro complesso “Strutture Corticali Mediali”.. Tra le diverse funzioni, queste aree cerebrali permettono di attribuire significato alle esperienze, costituendo un ruolo nevralgico nella memoria autobiografica, fondamentale per i processi di mentalizzazione. Inoltre, nei processi di mentalizzazione implicite sono fondamentali strutture limbiche quali l'amigdala, regolata dall'attività della corteccia prefrontale e, in concerto con l'ipotalamo e l'ippocampo, rappresenta una struttura neuroanatomica cardine nei processi di memoria procedurale e automatica (Han & Northoff, 2008; Baldoni, 2014).

*processo mentale mediante il quale un individuo interpreta in modo implicito ed esplicito le azioni proprie e quelle altrui come significative rispetto agli stati mentali intenzionali come i desideri personali, i bisogni, i sentimenti e le motivazioni».* Qui risuona chiaramente quanto ha postulato la Jacobson nella cornice della maturazione del Sé, in cui il risultato perseguito riflette la possibilità di essere un Sé che fa esperienze dirette del mondo, e nel contempo accede alla consapevolezza guardando a se stesso: un Sé che prende se stesso come oggetto di pensiero e di riflessione. Nella largamente condivisa formulazione di Allen, si può concepire la mentalizzazione come la capacità di provare empatia per se stessi (Holmes, 2006). Si tratta di una attività mentale, generalmente preconsocia, esito di uno sviluppo radicato nella qualità delle prime forme di relazioni nelle fasi precoci della vita. Nelle relazioni di attaccamento, il bambino ha la possibilità di ripetere l'esperienza di essere contenuto psicologicamente a fronte di stati affettivi altrimenti intollerabili, favorendo la regolazione affettiva.

In tale modello di sviluppo si può rintracciare il contributo di Wilfred R. Bion, sebbene questi non si sia concentrato sullo sviluppo del Sé, quanto piuttosto sulle origini della capacità di pensare, che sta a fondamento della coesione psicosomatica – come intesa da Winnicott – e del riconoscimento del mondo oggettuale. In questo senso, la produzione bioniana fornisce elementi cardinali per esaminare cosa comporta il mentalizzare.

Bion concepisce lo sviluppo del pensiero come conseguente all'esperienza dell'assenza dell'oggetto<sup>31</sup>: questa, in quanto esperienza frustrante, viene espulsa dal bambino, che per il suo livello di maturazione non è ancora in grado di tollerare eccitazioni endogene che non hanno ancora nome. È il concetto di elemento  $\beta$ , ovvero afferenze sensoriali ed emotive elementari, non elaborate, quindi non ancora disponibili per il pensiero. La possibilità di pensare subentra ad opera della *rêverie* materna, ovvero una *“fonte psicologica di rifornimento per i bisogni infantili di amore e comprensione [...] Rêverie sta a designare lo stato mentale aperto alla ricezione di tutti gli “oggetti” provenienti dall'oggetto amato, quello stato cioè capace di recepire le identificazioni proiettive del bambino, indipendentemente dal fatto se costui le avverta come buone o come cattive”* (Bion, 1962). Tale capacità, restituendo al bambino l'esperienza in forma bonificata e pensabile, favorisce lo sviluppo dell'apparato che pensa i pensieri, capace

---

<sup>31</sup> Il prototipo di questa esperienza nella teoria bioniana prende ad esempio il seno materno che tarda a presentarsi mentre il neonato è affamato.

quindi di contenerli e, attraverso la cosiddetta “funzione  $\alpha$ ”, elaborare gli elementi  $\beta$  in elementi  $\alpha$ , ovvero trasformare impressioni somatiche, sensoriali ed emotive in fenomeni e concetti pensabili e descrivibili, costituendo così una «*barriera di contatto*», come originariamente proposto da Freud sin dalla prima topica, tra i contenuti inconsci e consci.

Il modello di sviluppo proposto dal gruppo inglese sulla mentalizzazione è sostanzialmente sovrapponibile a quanto postulato da Jacobson, Winnicott, Gaddini, Bion e altri autori della psicoanalisi contemporanea; la differenziazione tra Sé e oggetto è sostenuta dal rispecchiamento affettivo fornito dalle figure di accudimento, le quali utilizzano sistemi espressivi, sensoriali, affettivi affinché il bambino impari a sentire, conoscere e interiorizzare una rappresentazione della sua esperienza emotiva, e dello scambio relazionale, uscendo dallo stato di “*equivalenza psichica*” tra mondo interno e mondo esterno, inizialmente indistinguibili. A partire dagli 8-9 mesi di vita, il bambino passa a una modalità di esperienza del mondo definita come “*atteggiamento teleologico*”, in cui si gettano le basi per la rappresentazione degli stati mentali altrui, a partire dalla capacità di attenzione congiunta, e per lo sviluppo di un Sé agente, intenzionale e rappresentazionale (Fonagy et al., 2002). È infatti dopo il secondo anno di vita che il bambino consolida la capacità di regolazione affettiva, sfruttando la comprensione che i propri gesti, atti, vocalizzazioni per interagire con l’ambiente e comunicare i propri stati mentali. Tuttavia, la rappresentazione degli stati mentali è ancora dipendente dalla realtà fisica, e non è stata compiuta una distinzione tra interno ed esterno. Ne deriva che l’esperienza del mondo può essere distorta, in una modalità di equivalenza psichica, da proiezioni della realtà interna, oppure mettendo in atto il “far finta”, attraverso cui il bambino sperimenta sentimenti e azioni prive di implicazioni sul mondo esterno. In sintesi, sul piano evolutivo, è la presenza di figure di accudimento capaci di mentalizzare (la funzione  $\alpha$  materna, direbbe Bion, o la preoccupazione materna primaria come intesa da Winnicott) a promuovere l’integrazione di una realtà psichica interna che annovera sentimenti, concetti e idee, ma in relazione a ciò che pertiene alla realtà esterna, fino a un livello maturativo in cui ricordi ed esperienze intenzionali divengono organizzate in una continuità spazio-temporale coerente, acquisendo una percezione temporale del Sé (Fonagy & Target, 1997; Allen & Fonagy, 2006). Si evince così che, nello sviluppo, la crescente capacità di mentalizzare divenga organizzatore dell’esperienza dell’interno, laddove l’affettività mentalizzata àncora il senso di Sé corporeo agli stati emotivi

(Baldoni, 2014). In questo senso, mentalizzare implicitamente<sup>32</sup> su se stessi, implica quindi uno stato emotivo connesso al senso di Sé pre-riflessivo, inestricabile dal senso del Sé agente come protagonista attivo dell'azione diretta a uno scopo. Mentalizzando implicitamente, si ha un senso del Sé come agente emotivamente impegnato, nell'evolversi del sentire, del pensare e dell'agire. In pratica, il mentalizzare è al contempo risultato e promotore dello sviluppo del senso di Sé, e la sua qualità diviene un marcatore delle relazioni primarie (Baldoni, 2014).

Nella teorizzazione dei membri del gruppo di ricerca dell'Anna Freud Centre si è evidenziato che tale capacità può incorrere in fallimenti che comportano attribuzioni più o meno certe degli stati mentali, laddove questi ultimi sono sempre soggetti a un determinato grado di opacità. Nello specifico, l'ipomentalizzazione consiste in una scarsità e/o riduzione della capacità di riconoscere e inferire gli stati mentali, viepiù i tentativi di interpretare emozioni e motivazioni risultano problematici, a causa dell'alto grado di incertezza nella capacità di valutare con precisione gli stati mentali alla base dei comportamenti (Bateman & Fonagy, 2015). L'ipermentalizzazione di converso si riferisce al ricorrere eccessivamente ad attribuzioni degli stati mentali intenzionali (Fonagy & Bateman, 2016) fino all'accettazione acritica di queste. Si manifesta come sovrastima della certezza e nell'accuratezza delle proprie attribuzioni sulla natura degli stati mentali, nonché con aspetti di ipersensibilità interpersonale.

In origine, il lavoro del gruppo di Fonagy si è concentrato sulla mentalizzazione in qualità di aspetto nevralgico nel Disturbo Borderline di Personalità, che si contraddistingue per la compromissione della regolazione emotiva e nel controllo degli impulsi, con una pervasiva instabilità nell'immagine di Sé e nelle relazioni interpersonali (Fonagy & Luyten, 2009; Bateman & Fonagy, 2010; Fonagy et al., 2011); tali ricerche hanno evidenziato che esperienze traumatiche precoci – quali maltrattamenti e abusi nell'infanzia – hanno una profonda influenza sullo sviluppo del funzionamento riflessivo, laddove tale capacità rappresenta altresì un fattore di resilienza e di cambiamento (Bateman & Fonagy, 2004; Stein, 2006; Yeomans et al., 2008). In letteratura emerge un

---

<sup>32</sup> Fonagy e colleghi distinguono una mentalizzazione esplicita da una mentalizzazione implicita. La prima corrisponde al pensare e comunicare gli stati mentali tramite il linguaggio verbale. Può derivare dall'apprendimento culturale e dal contesto sociale; la mentalizzazione implicita appartiene invece a un registro inconscio, ed è espressione di un Sé che vive il corpo. Nella mentalizzazione implicita, l'esperienza di questa forma basilare di Sé presiede alle attivazioni di funzioni di ordine superiore, ma è integrata alle espressioni del Sé più complesse che originano dall'esperienza e che sono caratterizzate da consapevolezza.

ruolo cruciale che la mentalizzazione genuina può rivestire in condizioni di stress. Nello specifico, è stato osservato che la capacità di mentalizzare giochi un ruolo importante nel proteggere dal distress psico-fisico, laddove l'ipomentalizzazione ha un ruolo predittivo verso disagio emozionale e rischio di burn-out (Manzano-García et al., 2014; Schwarzer et al., 2021; Schwarzer et al., 2022). Vieppiù, forme genuine della mentalizzazione sono state riconosciute in qualità di fattori protettivi verso l'ideazione suicidaria (Musetti et al., 2022) e nel fronteggiare una patologia oncologica (Cieślak et al., 2022), supportando quindi l'ipotesi sempre più consistente che tale costrutto rappresenta una facoltà adattiva essenziale ed associata a maggiore salute mentale (Garon-Bissonnette et al., 2022).

Laddove invece i processi di mentalizzazione siano inibiti, l'esperienza somatica non viene integrata con un'attività mentale superiore che permetta la simbolizzazione e il pensare, creando una frattura tra gli aspetti somatici e la regolazione emotiva. Tra le situazioni stressogene che possono inibire la funzione riflessiva<sup>33</sup> sono annoverate le malattie organiche, in cui l'inibizione delle proprie attività riflessive può proteggere dalla sofferenza psichica (Malberg & Fonagy, 2008; Baldoni, 2014), ma comportare modalità non genuine di mentalizzazione e lo scotto di una perdita di contatto dai propri e altrui stati mentali. Luyten e colleghi (2012), trattando in particolare i disturbi somato-formi, hanno proposto un modello per spiegare gli effetti dello stress sulla mentalizzazione, in qualità di alterazioni dell'asse ipotalamo-Ipofisi-Surrene e del sistema nervoso simpatico, comportando uno stato di carico allostatico (McEwen, 1998; 2007), alterando quindi la regolazione affettiva. Il modello distingue tre fattori:

- predisponenti: i fattori biologici e ambientali che possono predisporre l'individuo a disturbi somatici (familiarità, alimentazione, tenore di vita);
- precipitanti: consistono in fattori stressogeni, sia di tipo psicologico che fisiologici, quali eventi avversi nella vita, malattie. L'avvicinarsi di questi fattori crea una condizione di sovraccarico per l'organismo, determinando uno stato di carico allostatico. A tale stato si associano reazioni infiammatorie, affaticabilità, distress emotivo, interrompendo ulteriormente l'equilibrio dinamico che caratterizza normalmente la gestione dello stress.
- perpetuanti: il tentativo infruttuoso di regolare livelli sempre crescenti di stress

---

<sup>33</sup> Mentalizzazione e funzione riflessiva sono termini intercambiabili, in quanto la funzione riflessiva è sostanzialmente l'operazionalizzazione della capacità di mentalizzare per l'indagine a fini di ricerca.

porta a un'inibizione della mentalizzazione, e precisamente di una mentalizzazione "incarnata", comportando una carenza della capacità di situare e avvertire le emozioni nel corpo, nonché riflettere sulle proprie esperienze e sensazioni corporee e sulle loro relazioni con gli stati mentali intenzionali nel Sé e negli altri. Di converso, gli individui ricorrono più facilmente a strategie di attaccamento disadattive, quali iper-attivazione o de-attivazione, perpetuando un'esacerbazione dei sintomi somatici, ulteriore stress a corroborare il carico allostatico, e modalità di autoregolazione affettiva attraverso l'uso di regolatori esterni.

In questo modello, l'affezione organica assume quindi il ruolo di fattore precipitante: difatti, l'esperienza di malattia in senso ampio turba l'integrità del Sé nella sua totalità psico-fisica, temporale ed esistenziale (Schattner et al. 2008; Martino & Freda 2016), e questo è ancor più vero se ci si riferisce alla chirurgia dei trapianti. L'identità nella sua qualità psico-biologica – «*Io sono corpo*», come postulato da Merleau-Ponty (1945) – viene ad essere intaccata dall'esperienza di malattia, dove il corpo ammalato diviene sconosciuto, ostile, impediante; nel caso del trapianto, la risposta al progressivo cedimento organico è l'introduzione di un oggetto estraneo, fino ad allora impensato. Ci affidiamo nuovamente alle parole di Jean Luc Nancy per cogliere tale esperienza:

*In che modo si diviene per se stessi una rappresentazione? e un montaggio di funzioni? e dove finisce l'evidenza muta e potente che teneva insieme tutto questo senza problemi? Il mio cuore diventava il mio straniero: giustamente straniero perché si trovava dentro di me. L'estraneità infatti doveva venire dall'esterno solo perché era sorta prima all'interno. Che vuoto si aprì all'improvviso nel petto o nell'anima – è la stessa cosa – quando mi dissero: «Sarà necessario un trapianto»... La mente incontra a questo punto un oggetto nullo: niente da sapere, niente da capire, niente da sentire. L'intrusione di un corpo estraneo al pensiero. Questo vuoto resterà per me come il pensiero stesso e contemporaneamente come il suo contrario. (Jean Luc Nancy, 2000, p.11)*

Nella teorizzazione di Schilder (1935), la malattia organica è un fattore cardine

nell'organizzazione dell'immagine di Sé, e degli investimenti libidici di cui è iscritta, per cui viene a modificarsi l'intera esperienza del soggetto, che sperimenterebbe così una crisi psicosomatica. L'asse identitario subisce così una sorta di mortificazione narcisistica, minando l'integrità corporea come elemento costitutivo della propria soggettività (Lo Cascio, 2001): il corpo trapiantato sarebbe quindi un corpo sul quale si esprime la disfatta dell'illusione che vede l'integrità assoluta del corpo come fondamento del senso di Sé (Winnicott, 1962), potenzialmente riproponendo vere e proprie angosce di disintegrazione (Gaddini, 1980) e il gravoso lutto verso la perdita dell'organo biologico. Tuttavia, come visto in precedenza, uno sviluppo armonico del Sé implica anche la possibilità di riadattarsi, mutare creativamente, resistere alle distorsioni, attraverso riconfigurazioni del rapporto del Sé con il mondo oggettuale che, nel caso del trapianto, significa ridefinire la coesione psicosomatica e, potremmo dire, ritrattare i confini con il non-Me ed i suoi aspetti persecutori, come vedremo nella seguente sezione.

### **2.3 Ri-conoscere l'intruso: il contributo della teoria psicomica nella chirurgia dei trapianti**

Come introdotto in precedenza, la nascita della chirurgia dei trapianti ha rappresentato una conquista scientifica rivoluzionaria per il trattamento delle insufficienze organiche, fino a quel momento fatali, e al contempo ha concretizzato un corteo di elementi simbolici sul piano psicologico e sociale che potrebbero rientrare nella regione dell'*Unheimliche*, ovvero il sentimento del perturbante, lo spaventoso risalente ad elementi noti, familiari. Nell'omonimo saggio di Freud (1919) si ravvisano situazioni che si avvicinano all'immaginario della trapiantologia, in cui si concretizza la possibilità che organi vitali – e vivi – mantengano tale vitalità proprio in modo indipendente dalle membra e, nel caso del donatore deceduto, differiscano la morte di una parte del corpo – questo in particolare risulterebbe quindi mutilato – attraverso l'innesto in un altro corpo.

*[...] Membra staccate dal corpo, una testa mozzata, una mano recisa dal braccio come in una fiaba di Hauff, piedi che danzano da soli come nel libro citato di Schäffer, sono tutte cose che hanno un che di straordinariamente perturbante, specie se ad esse si attribuisce, come in quest'ultimo esempio, anche un'attività indipendente. Sappiamo già che la sensazione di turbamento che queste cose suscitano deriva dalla loro prossimità al complesso di evirazione (Freud, 1919).*

In questo saggio Freud distingue tra le possibili cause del senso del perturbante la regressione a determinate fasi dello sviluppo del sentimento dell'Io in cui i confini tra l'Io e il mondo esterno erano ancora informi e permeabili. In questo senso, il sentimento del perturbante derivato da immagini così cruente sarebbe il frutto di angosce primitive e rimosse, caratteristiche di fasi dello sviluppo in cui non vi era ancora un solido senso di Sé, da cui si ripresenterebbe l'angoscia di andare in pezzi (Winnicott, 1962). Come abbiamo visto, nello sviluppo avviene un progressivo investimento libidico sull'integrità corporea; a tal proposito, il lavoro imprescindibile di Paul Schilder (1935) apre la riflessione sull'integrità corporea come il prodotto dell'influsso emotivo sull'immagine

di Sé<sup>34</sup> – inevitabilmente influenzata dalla malattia – e quindi soggetto a processi dinamici estensivi, recessivi, aumentativi. Se nel ciclo di vita le modificazioni dello schema corporeo si verificano in modo graduale, come nello sviluppo puberale o nell'invecchiamento, nel peculiare caso della chirurgia dei trapianti tali profondi cambiamenti avvengono repentinamente. Affinché possa essere eseguito un trapianto – fatto salvo per il trapianto renale, che non richiede obbligatoriamente una nefrectomia<sup>35</sup> – l'organo insufficiente deve essere rimosso per essere sostituito dall'allotrapianto. L'immagine corporea subisce quindi una perdita strutturale a cui fa seguito l'acquisizione fisiologica di un oggetto esterno. Tuttavia, ricevere un trapianto non riguarda unicamente la fisiologia, bensì il nuovo organo subentra con la sua valenza psicologica nell'unità psico-corporea dell'individuo.

Su questo tema, un autore preminente è Castelnuovo-Tedesco (1971; 1973; 1978; 1981), il quale considerò il trapianto come un vero e proprio veicolo di rappresentazioni simboliche ed affettive, in cui l'esperienza di ricevere un organo proveniente da un'altra persona implicherebbe l'emergere di difese, fantasie e modalità arcaiche del funzionamento psichico (Marchini et al., 2018). Alcuni esempi clinici testimoniati da Castelnuovo-Tedesco (1973) portano alla luce fenomeni regressivi in cui prevalgono fantasie di aver defraudato il donatore, e quindi di averlo danneggiato, con conseguenti sentimenti di colpa, finanche di timore riguardo possibili ritorsioni<sup>36</sup>. Se nella scienza bio-

---

<sup>34</sup> Tale concetto è da intendersi non in senso statico, bensì in costante evoluzione poiché investito da libido, e quindi sempre in rapporto con il mondo oggettuale. Inoltre, lo schema corporeo – anche definita immagine di sé nella teorizzazione schilderiana – è risultante dell'interazione tra Io e pulsionalità inconscia; pertanto, la configurazione dell'immagine di sé sarà caratterizzata dall'epoca di sviluppo o, eventualmente, da fenomeni regressivi.

<sup>35</sup> In trapiantologia il rene viene usualmente innestato nella fossa iliaca destra; viene inoltre ricostruito il sistema circolatorio attraverso i vasi sanguigni del paziente ricevente e l'uretere viene collegato alla vescica. Pertanto, non è sempre necessario ricorrere alla nefrectomia dei reni nativi, fatto salvo per casistiche relative a condizioni neoplastiche, infettive o fisiopatologiche.

<sup>36</sup> Peculiare è il caso osservato nel 1969 presso l'Harbor General Hospital di Los Angeles (USA), dove un uomo di 58 anni, che fino a quel momento non aveva mai presentato disturbi psichici, fu trapiantato di cuore dopo 10 anni di insufficienza cardiaca. A seguito dell'intervento, il paziente mostrò progressi soddisfacenti a livello fisico, implicando anche la diminuzione delle dosi della terapia di Prednisone; tuttavia, con l'approssimarsi delle dimissioni, al ventesimo giorno postoperatorio il paziente sviluppò un delirio allucinatorio, in cui il paziente dichiarava di sentire la donatrice, presentatasi a lui per reclamare il suo cuore, finanche per incorporarlo intero come lui aveva fatto con il cuore trapiantato. In seguito, attraversò un'angosciosa sintomatologia psicotica caratterizzata da agitazione psicomotoria, perdita del controllo sfinterico e convinzioni deliranti riguardo il trapianto, dove o non era effettivamente avvenuto o, essendo stato effettuato, l'équipe sanitaria aveva pagato delle conseguenze sul piano professionale. Dopo il rientro dei sintomi psichiatrici, e un'iniziale fase di recupero dell'autonomia attraverso le uscite con la moglie nelle strutture attigue all'ospedale, il paziente sviluppò un'infezione generale e sopravvenne il rigetto del cuore, per poi morire al 47esimo giorno post-operatorio.

medica il trapianto si configura come “pezzo di ricambio” funzionante, nella psicologia del trapiantato esso diviene rappresentante simbolico di un altro essere umano e del legame, reale e/o immaginario, con quella persona. La parte anatomica verrebbe quindi antropomorfizzata, con conseguenti problematiche nel considerarla come parte del proprio corpo (Castelnuovo-Tedesco, 1981). Affinché l’immagine di Sé possa riadattarsi, per Castelnuovo-Tedesco è necessario che l’organo trapiantato divenga oggetto di processi identificativi, subentrando nel mondo oggettuale del ricevente; sarebbe quindi dall’interazione con la complessa costellazione di relazioni oggettuali del ricevente che l’organo trapiantato può essere integrato nell’unità psicosomatica.

Riprendendo la teorizzazione gaddiniana, il processo di integrazione sarebbe reso possibile da una mobilitazione istintuale, in cui le cariche aggressive vengono collocate all’esterno, mentre l’investimento libidico, volto all’interno, contribuirebbe a riconfigurare nel Sé il senso di un confine, nel suo duplice aspetto di “*barriera contenente e protettiva verso l’interno, e di attacco e difesa verso l’esterno*” (Gaddini, 1976-1978).

Nella relazione con gli oggetti, il soggetto modula e consente l’avvenire di modificazioni nel suo Sé. Nel saggio “L’uso di un oggetto” (1971), Winnicott postula che la capacità di utilizzare un oggetto derivi dal processo maturativo in un ambiente facilitante, attraverso il collocamento dell’oggetto al di fuori del controllo onnipotente, quindi un riconoscimento di esso come entità a sé stante. Perché l’oggetto possa essere utilizzato, occorre che sopravviva agli attacchi aggressivi: il soggetto può fare uso dell’oggetto sopravvissuto, la cui distruzione lo pone fuori dal controllo onnipotente del soggetto, aprendo alla possibilità del soggetto di vivere nel mondo degli oggetti, al prezzo di accettare la continua distruzione, nella fantasia inconscia, relativa all’entrare in rapporto con l’oggetto. Nell’organo trapiantato sono condensati molteplici significati: su di esso il paziente – già colpito nella sua integrità e autonomia dalla malattia, dalle angosce di morte e dalla perdita della propria continuità esistenziale – può direzionare tutte le sue speranze di sopravvivere alla malattia, e in più di riconquistare una migliore qualità di vita. Al contempo, l’organo trapiantato attira impulsi aggressivi (Chiesa, 1989), in quanto viola i confini del Sé e riconfigura inevitabilmente l’integrità psicofisica: esso rappresenta un’irriducibile alterità, imponendo un ulteriore limite all’investimento narcisistico sul proprio corpo. Castelnuovo-Tedesco osserva la possibilità di integrare l’organo trapiantato nella nuova configurazione del Sé attraverso un’analogia fisiologica

(1973): al pari del riaggiustamento immunologico dell'organismo ai tessuti del donatore, il Sé viene impegnato nell'acquisizione psichica di un nuovo oggetto subentrato in primis attraverso una vera e propria incorporazione. In questo parallelismo, è interessante notare che l'organismo è naturalmente dotato di un sistema immunitario programmato per respingere, neutralizzare e anche distruggere antigeni potenzialmente pericolosi; il trapianto impone quindi uno snaturamento di quelle strutture difensive che proteggono l'organismo, in quanto costituirebbero una sorta di fuoco amico sull'organo innestato che è sì riconosciuto e attaccato per la sua estraneità, ma al contempo imprescindibile per la sopravvivenza.

*La possibilità del rigetto mette in una doppia estraneità: da una parte quella del cuore trapiantato, che l'organismo identifica e attacca in quanto estraneo, e dall'altra quella della condizione in cui la medicina pone chi ha subito il trapianto per proteggerlo. Essa abbassa la sua immunità in modo che egli possa sopportare l'estraneo. Lo rende dunque estraneo a se stesso e a questa identità immunitaria che è in qualche modo la sua firma fisiologica. L'intruso è in me e io divento estraneo a me stesso. (Jean Luc Nancy, 2000, p.20)*

Il processo di integrazione richiede quindi un laborioso sforzo di neutralizzazione, in cui l'intruso può essere sperimentato come inoffensivo, ospitato e conosciuto; d'altra parte, la minaccia all'integrità psico-corporea, vissuti di perdita e di lutto per la parte del proprio corpo insufficiente ed espantata, la limitazione della funzionalità e le angosce di morte, offrono ampi margini per movimenti regressivi, per cui il nuovo organo può non soltanto divenire inassimilabile ma può, di fatto, connotarsi con significati primitivi e distruttivi, per cui essere vissuto come un temuto mostro interno (Castelnuovo-Tedesco, 1971, 1973; Basch, 1973; Tourkow, 1974). Tuttavia, la vulnerabilità alla regressione può fungere da condizione necessaria e basilare per accedere al processo integrativo, come alcuni contributi teorici hanno provato a spiegare. In questo senso, Muslin (1971, 1972) ha suggerito un'internalizzazione stadiale dell'organo trapiantato, dove il primo stadio, denominato "Corpo estraneo" è caratterizzato da un'esperienza di intrusività e diffidenza

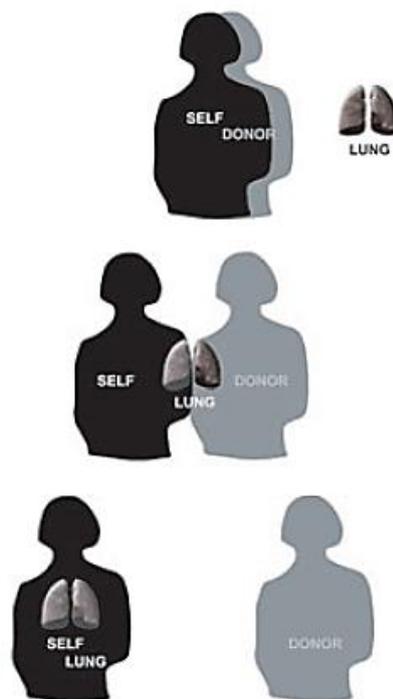
nei confronti dell'innesto, che può essere associata a meccanismi primitivi<sup>37</sup> in risposta ad ansie persecutorie e/o idealizzazioni. A seguire, la fase di "Incorporazione parziale" stabilisce un'integrazione iniziale dell'organo, vissuto sia come oggetto estraneo che proprio. L'ultima fase della "Incorporazione totale" conduce a una completa interiorizzazione e il trapianto viene percepito come parte del Sé del ricevente. Altri autori hanno invece affermato che l'integrazione psicologica dell'organo riguarderebbe una variabilità e fluidità individuale, che implica un processo dimensionale su un continuum tra un'incorporazione immediata dell'innesto, comprese le rappresentazioni da esso veicolate – assumendo la connotazione dell'identificazione narcisistica – e una modalità di distanziamento che connota l'organo trapiantato come un oggetto completamente estraneo (Basch, 1973; Castelnuovo-Tedesco, 1973), dove l'integrazione ideale si posiziona nella fascia media di questo spettro, ma non è esente da instabilità e riarrangiamenti. Inoltre, l'integrazione psicologica andrebbe di pari passo con i processi di identificazione con il donatore. Secondo Muslin (1972), subito dopo il trapianto, il ricevente sperimenterebbe in principio una sostanziale sovrapposizione tra il Sé e la rappresentazione del donatore, dopodiché la rappresentazione del donatore subirebbe un distacco dal Sé per essere orientata nel mondo esterno. Nella trattazione di Lefebvre, Crombez e Lebeuf (1973) il rapporto ricevente-donatore defunto inizierebbe con una fusione tra il Sé del ricevente e le fantasie inconse sul donatore, quindi l'identificazione con il donatore avviene attraverso meccanismi di incorporazione, che possono incoraggiare l'introiezione dell'organo trapiantato. Successivamente la catessi<sup>38</sup> dell'organo trapiantato con libido narcisistica favorirebbe una fase di transizione verso un'integrazione nel sistema psicocorporeo, mentre il donatore assumerebbe una rappresentazione più separata, ad esempio con le connotazioni di un parente defunto o di una figura salvifica quale un angelo benevolo. In questo senso, sia l'innesto che il donatore deceduto assumono la funzione di oggetti di transizione (Winnicott, 1953) che

---

<sup>37</sup> Le reazioni difensive possono essere molteplici, che spaziano su un continuum che va da forme disfunzionali, tra le quali processi frammentari come il diniego, depersonalizzazione e altre ancora per evitare le angosce di morte e le angosce di mutilazione, a formazioni reattive, proiezioni e risposte affettive evocate comprensibilmente nel rapporto con la donazione; sul continuum, le forme nevrotiche si collocano su un piano maggiormente adattativo, con movimenti sublimatori, razionalizzazioni e intellettualizzazioni al fine di rimuovere una quota d'ansia. (Freud, 1915; Cramer, 1987)

<sup>38</sup> Intesa nell'accezione freudiana (1917) come l'allocazione di energia libidica sugli oggetti tangibili e/o idee.

possono favorire il recupero fisiologico e l'onere psico-sociale a seguito del trapianto di organi (Goetzmann, 2004). Infine, lo stadio di completa interiorizzazione comporta la percezione di un organo trapiantato integrato nel Sé, mentre il donatore torna nella collocazione esterna del mondo oggettuale (Neukom et al., 2012).



*Figura 2: Processo di integrazione della rappresentazione del Sé, del donatore e dell'organo nel modello specifico formulato da Muslin (1971, 1972, Lefebvre and Crombez (1972) e Lefebvre et al., (1973). Fonte: Neukom et al., 2012*

Il fallimento di tale processo è da ricollegare ai significati simbolici inerenti all'organo, il quale è vettore delle rappresentazioni sul donatore. Tali significati sono profondamente connessi alla vita fantasmatica del soggetto, e dalle spinte libidiche o aggressive evocate dal gravoso processo di adattamento seguente il trapianto. In presenza di massicce quote di ambivalenza inconscia, l'introiezione dell'oggetto – nella sua qualità bonifica – può essere ostacolata fino a suscitare una conflittualità intrapsichica invasiva, tale da condurre a reazioni di tipo psicotico come osservate nella clinica medica (Castelnuovo-Tedesco, 1973; Chiesa, 1989; Fukunishi et al., 2003). In alcuni casi, laddove l'integrazione psichica non venga ripristinata, il paziente percepisce il nuovo organo come un intruso. Possono

svilupparsi sentimenti di persecuzione verso dell'organo, creando confusione nell'immagine corporea. Questo può spingere i pazienti verso una compensazione psichica impropria; nel peggiore dei casi, i fattori psicologici possono indurre non-adherence, con la conseguente insorgenza o intensificazione dei processi biologici che sottendono il rigetto (Basch, 1973; Castelnuovo-Tedesco, 1981).

Una critica avanzata ai modelli psicomodinamici sin qui esposti (Shimazono, 2013) riguarda la linearità della progressione dell'introduzione dell'organo, dato che le reazioni dei pazienti trapiantati inevitabilmente variano a seconda delle vicende mediche, delle personalità dei pazienti, del tipo di organo, donatori ed altro ancora (Schlitt et al. 1999; Sambucini et al., 2022). Inoltre, può essere discussa anche la visione gerarchica di tale modello, laddove può essere maggiormente idonea un'integrazione parziale piuttosto che completa. È da ricordare che i pazienti trapiantati sono chiamati ad un processo di accomodamento potenzialmente senza termine, in quanto il corpo immunodepresso, con le comorbidità associate alle terapie immunosoppressive e gli effetti collaterali<sup>39</sup>, diventa *memorandum* costante della condizione di cronicità. Da questo punto di vista, si potrebbe sostenere che la negazione del trapianto e del donatore può essere una risposta adattiva (Mai 1993; Ullrich et al., 2009) verso l'angoscia derivata da preoccupazioni relative al sentirsi contagiati da aspetti della personalità del donatore (Kuhn et al. 1988) o da sensi di colpa sulla sua morte, nella gran parte delle volte tragica e precoce (Kaba et al., 2005). Recuperando l'analogia con la fisiologia proposta da Castelnuovo-Tedesco, al pari della soppressione del sistema immunitario per evitare reazioni aggressive sui tessuti impiantati, la dissoluzione della consapevolezza psico-fisica del trapianto può allontanare il rischio di rigetto psicologico. Tuttavia, come detto in precedenza, il ricevente è ripetutamente convocato a confrontarsi con il proprio trapianto, attraverso l'assunzione della terapia, i periodici controlli sovente invasivi – come le biopsie renali, endomiocardiche ecc. – e le preoccupazioni sulla durata dell'innesto, per cui la neutralizzazione degli affetti legati al trapianto sembra difficilmente concretizzabile.

Solo recentemente la letteratura scientifica ha evidenziato le conseguenze del fallimento del processo di integrazione dell'organo, principalmente sulla salute mentale dei riceventi trapianto. In particolare, Goetzmann (2007) ha evidenziato l'associazione di

---

<sup>39</sup> Al paragrafo 1.2 sono stati menzionati nello specifico i rischi e le patologie associate alle terapie immunosoppressive, nonché gli effetti psicosociali dello status di trapiantato.

una scarsa integrazione d'organo e/o una relazione simbiotica con il donatore con il disagio psicologico, con ripercussioni sull'adherence e la durata dell'innesto. In particolare, l'alto grado di identificazione con il donatore, come la fantasia di aver assunto le caratteristiche o tratti della personalità del donatore (ad esempio la risata, il gusto musicale ecc.) è associata a comportamenti a rischio e bassa adherence, spesso accompagnata da sensi di colpa, che conseguentemente ostacolano la rivelazione della condizione di trapiantato nelle relazioni interpersonali (Goetzmann et al., 2009).

In letteratura emerge una crescente consapevolezza riguardo al ruolo dei fattori psicologici nel predire gli outcome di salute nei pazienti trapiantati, finanche il rischio di rigetto dell'organo, ma al contempo occorrono maggiori conferme da approcci sistematici. Nelle ricerche di Látos e colleghi (2012; 2015; 2016), svolte su campioni di riceventi renali, è emerso che il disagio nell'integrità dell'immagine di Sé, associata ai livelli di creatinina, predice il rischio di rigetto d'organo; nello specifico la presenza di sentimenti negativi verso il trapianto, che indicherebbero difficoltà nell'integrazione dell'organo e rigetto psicologico, si collegano ad alti livelli di creatinina e basso tasso di velocità di filtrazione glomerulare; attraverso un'analisi di regressione logistica binaria Látos e colleghi (2016) hanno identificato tra i predittori psicologici del rischio di rigetto la rappresentazione di malattia, il grado di crescita post-traumatica e, come fattore di maggiore rischio, il rigetto psicologico. Un recente studio su un campione di 684 trapiantati renali (Hennemann et al., 2021) ha valutato le difficoltà di integrazione del trapianto in rapporto alla salute mentale, rilevando una stretta associazione con sintomatologie di ansia e depressione. Nello specifico, tale associazione è correlata anche a una ridotta funzionalità dell'allograpianto, mentre il supporto sociale percepito e l'essere stati trapiantati da lungo tempo sono risultati correlati a una migliore integrazione d'organo. D'altra parte, una buona integrazione dell'organo comporta sentimenti positivi nei confronti del donatore, a volte implementando piccoli rituali per celebrare il dono ricevuto ed esprimere gratitudine, ma non emergono aspetti identificatori e fantasie simbiotiche, quale ad esempio il desiderio di essere dotati delle qualità del donatore. Un atteggiamento positivo nei confronti del trapianto e del donatore è anche associato all'apprezzamento della vita, a nuove prospettive e progetti, generalmente alla scoperta di un nuovo significato esistenziale (Martín-Rodríguez et al., 2018). Attraverso l'uso

dello strumento “Pictorial Representation of Illness and Self Measure” (PRISM)<sup>40</sup>, Goetzmann e colleghi (2018) hanno svolto uno studio longitudinale su 40 trapiantati di polmone, i quali – a 6 mesi dal trapianto – presentavano una più alta qualità della vita laddove fosse rappresentata attraverso il PRISM l’integrazione dei polmoni trapiantati; un secondo predittore della qualità della vita era la maggiore distanza, in termini di coinvolgimento emotivo, con il donatore. Nello specifico, tutti i soggetti inclusi nella ricerca riportavano sentimenti di gratitudine, ma coloro che rappresentavano maggiore vicinanza al donatore manifestavano maggiormente sentimenti di colpa. Riguardo all’esperienza di trapianto, nel post-operatorio la vicinanza del trapianto stesso è stata associata a una qualità della vita più elevata; un distanziamento dall’esperienza del trapianto ha predetto invece maggiore qualità della vita al Tempo 2.

Naturalmente, discorso a parte va fatto per la specificità della donazione vivente – dove la legge italiana prevede che solo parenti e familiari, più raramente samaritani, possano proporsi come candidati per donare organi non vitali – poiché tale tipologia di trapianto vede implicata nell’elaborazione intrapsichica del trapianto l’introiezione di elementi relazionali con il donatore, con il quale esiste una stretta relazione. Sebbene i pazienti che hanno ricevuto un trapianto da donatore vivente possono sperimentare maggiori livelli di salute psico-fisica, avendo ricevuto un organo potenzialmente più compatibile e in tempi programmati (Gill & Lowes, 2008; Ladner et al., 2015; Gozdowska et al., 2016; Kaul et al., 2022), il percorso trapiantologico può esacerbare dinamiche familiari pre-esistenti (Jacobs et al., 1998; Pistorio et al., 2019), sentimenti di colpa e bisogni riparatori, nonché esprimere forme relazionali simbiotiche tra i membri della famiglia.

---

<sup>40</sup> Il PRISM (Büchi & Sensky, 1999) è uno strumento standardizzato non-verbale per valutare il carico e/o la sofferenza relativa all’esperienza di malattia. Il task prevede che venga mostrata una tavola metallica bianca di dimensioni A4 (21×29,7 cm) con un cerchio giallo fisso dal diametro di 7 cm nell’angolo in basso a destra. Al soggetto viene chiesto di immaginare che lo spazio bianco rappresenti la sua vita attuale, e il disco giallo rappresenti il suo Sé. A questo punto viene quindi consegnato un disco rosso magnetico di 5 cm di diametro, con la consegna di immaginare che il disco rosso rappresenti la malattia, e di posizionarlo sulla tavola.

## *Parte seconda*

*Mia cara, nel bel mezzo dell'odio  
ho scoperto che vi era in me un invincibile amore.  
Nel bel mezzo delle lacrime  
ho scoperto che vi era in me un invincibile sorriso.  
Nel bel mezzo del caos  
ho scoperto che vi era in me un'invincibile tranquillità.  
Ho compreso, infine, che nel bel mezzo dell'inverno,  
ho scoperto che vi era in me un'invincibile estate.  
E che ciò mi rende felice.  
Perché afferma che non importa  
quanto duramente il mondo vada contro di me,  
in me c'è qualcosa di più forte,  
qualcosa di migliore  
che mi spinge subito indietro.*

*Albert Camus – L'estate*

## **CAPITOLO 3 | Uno studio esplorativo sulle rappresentazioni del trapianto e il ruolo della funzione riflessiva sulla salute psico-fisica**

### **3.1 Introduzione**

La trattazione fin qui esposta ha voluto illustrare il contesto teorico che ha orientato il presente lavoro; di seguito verrà presentato lo studio esplorativo condotto nel tentativo di esplorare l'influenza dell'esperienza di trapianto sul benessere psicologico, includendo le dimensioni affettive singolari di questa condizione medica e le risorse che possono sostenere l'adattamento in termini di concordanza con i regimi farmacologici.

Di seguito vengono delineate nello specifico le dimensioni incluse nella presente ricerca poiché esse – e le relazioni intercorrenti tra di loro – possono essere lette come aspetti utili per informare e rinnovare le prassi di cura dell'utenza trapiantata.

#### *Funzione riflessiva*

Mentalizzare può essere definito come la capacità psicologica che ci permette – in gran parte in modo implicito – di dare un significato alle proprie ed altrui azioni alla luce degli stati mentali, bisogni, desideri e sentimenti (Fonagy et al., 2002; Bateman & Fonagy, 2016). Tale facoltà risulta quindi centrale nell'esperienza che il soggetto fa del mondo, divenendo un Sé che prende se stesso come oggetto di pensiero e di riflessione per orientare le proprie scelte e azioni. In condizioni di stress tale capacità può andare incontro a fallimenti, pertanto il soggetto può sperimentare una disintegrazione tra gli elementi somatici ed emotivi e gli elementi simbolici nell'elaborazione dell'esperienza, subendo quindi una frattura nella continuità della propria identità e della propria storia (Luyten et al., 2012; De Luca Picione et al., 2021). Questo inquadramento teorico è stato posto in relazione alle malattie croniche grazie al Renal Project dell'Anna Freud Centre, svoltosi presso l'Unità di Emodialisi del Great Ormond Street Hospital di Londra con pazienti tra i 12 e i 18 anni (Malberg et al., 2008). Sostenere la funzione riflessiva, promuovendo la comprensione del legame tra i propri affetti e i comportamenti, in particolar modo riguardo alla non-adherence e al suo legame con aspetti emotivi e

difensivi, può favorire un senso di Sé più robusto. Difatti Bateman e Fonagy (2004) hanno evidenziato che la mentalizzazione permette di identificare ed esprimere adeguatamente gli affetti, portando a una rappresentazione interna stabile e un senso coerente di Sé, favorendo di converso la formazione di relazioni sicure. Inoltre, la mentalizzazione è associata alla resilienza, poiché un'adeguata funzione riflessiva consentirebbe di sopportare e metabolizzare esperienze dolorose, contenendo gli effetti deleteri sulla rappresentazioni di Sé o sulle aspettative degli altri (Stein, 2006). Questa capacità potrebbe anche favorire il mantenimento di speranze realistiche, e sostenere la valutazione di alternative da perseguire laddove nuove risorse e contesti lo permettano. Pertanto, la funzione riflessiva può fornire nei soggetti a rischio – quali i pazienti in condizioni di cronicità – una risorsa per comprendere le avversità passate, valutare le proprie motivazioni e i sentimenti e individuare alternative realistiche per il futuro (Stein, 2006; Luyten et al. 2012; Bateman & Fonagy, 2016; Scandurra et al., 2020; Cieślak et al., 2022). Attualmente, non emergono in letteratura ricerche o interventi *mentalization-based* sviluppati su pazienti trapiantati adulti, nonostante emerga la possibilità che la mentalizzazione possa essere una funzione ponte nell'integrazione Sé-altro, sostanziale nel fronteggiare esperienze avverse (Lenzo et al., 2022; Cieślak et al., 2022) e, pertanto, da non trascurare.

### *Qualità della vita e salute mentale*

L'obiettivo del trapianto, oltre naturalmente garantire la sopravvivenza, è di restituire quanto più possibile ai pazienti lo stato di salute di cui godevano prima della malattia, raggiungendo un equilibrio tra l'efficacia funzionale dell'innesto e l'integrità psicologica e fisica del paziente (Burra & De Bona, 2007). Uno studio prospettico su 5 anni (Kugler et al., 2010) ha rilevato su riceventi cardiaci e polmonari che la qualità della vita aumenta significativamente nei primi 6 mesi dopo il trapianto e rimane relativamente stabile fino a 5 anni dopo il trapianto. Vieppiù, entrambe le coorti hanno mostrato valutazioni della qualità della vita comparabili alla popolazione sana. In conclusione, se entrambe le coorti di pazienti hanno riportato una qualità della vita drasticamente compromessa a causa dell'insufficienza organica, il trapianto ha consentito un recupero significativo entro i primi 6 mesi dopo il trapianto (Kugler et al., 2010). Tuttavia, come visto nel primo capitolo del presente elaborato, a fronte del recupero funzionale e fisiologico (Doering et

al., 2018; Åberg, 2020; Wang et al., 2021), i pazienti trapiantati non rilevano cambiamenti consistenti sul piano del benessere psicologico (Rainer et al., 2010). Risulta quindi necessario considerare i rapporti che intercorrono tra la Health-Related Quality of Life (HRQoL) e la presenza di disagio psicologico in questa specifica popolazione (Calia et al., 2011).

### *Rigetto psicologico*

In sintesi, l'integrazione psicologica del trapianto può essere definita come un processo rappresentazionale che permette all'apparato somatopsichico di incorporare ed introiettare un organo estraneo nel Sé. L'esito infausto di tale processo è risultato essere un fattore di rischio in effetti avversi sulla salute, come il rigetto dell'allograpianto o peggiori outcome fisiologici (Corruble et al., 2012; Látos et al., 2016), nonché verso il disagio psicologico (Hennemann et al., 2021). Valutare e intervenire sulle difficoltà nel processo di integrazione del trapianto, ovvero prevenire il rigetto psicologico, può influire positivamente sulla rappresentazione di Sé e sul benessere psicologico (Látos et al., 2022).

### *Adherence medica*

L'adherence medica, intesa come il grado in cui le condotte del paziente coincidono con le prescrizioni terapeutiche nei regimi farmacologici, risulta sovente problematica tra i pazienti trapiantati (Germani et al., 2011; Dew et al., 2018) anche nel lungo periodo (Lee et al., 2015), sebbene sia fondamentale per prevenire il rigetto acuto e/o cronico dell'organo ricevuto. L'impatto del disagio psicologico sull'adherence medica emerge frequentemente in letteratura (Rogal et al., 2013; Prihodova et al., 2014; Kretchy et al., 2014; Russell et al., 2022), poiché il trapianto, in qualità di profondo mutamento esistenziale, può minare le risorse emotive e sociali dei pazienti nel fronteggiare le costanti sfide indotte dalla gestione della propria condizione (Malberg et al., 2008). La non-adherence può quindi acquisire connotazioni comunicative, come reazione al sentimento di impotenza e dipendenza, o può essere un segnale di una inadeguatezza del contesto sanitario nel fornire informazioni e supporto in presenza di effetti collaterali. L'adherence acquisisce quindi una qualità relazionale, per cui si rende indispensabile valutarla in rapporto alle caratteristiche psicologiche dei singoli; difatti, una tra le esigue

ricerche sul tema (Calia et al., 2014) ha evidenziato che – nei pazienti trapiantati – stili di attaccamento ansiosi o evitanti sono significativamente associati a peggiori livelli di adherence medica.

### *Supporto sociale*

Il supporto sociale percepito implica che il paziente disponga di una rete di riferimento, fondamentale anche per il sostegno ad un ambiente fisico adeguato in termini generali e igienici. In letteratura, tale costrutto è annoverato tra i principali fattori protettivi, sebbene nella ricerca trapiantologica vi siano dati contrastanti. Da una meta-analisi sul tema (Ladin et al., 2018) il supporto sociale non risulta associato all'adherence post-trapianto; tuttavia, è stata evidenziata un'alta eterogeneità nella ricerca sulle tipologie di sostegno sociale – come percepito e/o ricevuto – pertanto risulta poco agevole confrontare i risultati. Da tale meta-analisi è emersa una scarsa variabilità in tema di tipo di organo ricevuto, ma è degno di nota che i trapiantati di fegato con maggiori livelli di supporto sociale hanno maggiore probabilità di mantenere buoni livelli di adherence. Per questa specifica popolazione, Manzoni e colleghi (2019) hanno riscontrato che, laddove fossero presenti patologie alcool-correlate, le fonti di supporto sociale erano più ristrette, con conseguenti livelli di tensione e disagio psicologico maggiori nel sistema familiare. Emergono anche differenze di genere sul ruolo del supporto sociale: laddove i pazienti maschi riportano livelli maggiori di adherence proporzionali ai livelli di supporto sociale, le pazienti di sesso femminile riportavano buoni livelli di adherence significativamente correlati al benessere psicologico personale (Neubert et al., 2021).

### **3.2 Obiettivi ed ipotesi**

1. Un primo macro-obiettivo è quello di esplorare l'influenza dell'esperienza di trapianto sulla salute fisica e mentale che i riceventi di organo solido italiani possono vivere a seguito dell'intervento, considerato che l'eleggibilità dei candidati al trapianto richiede l'assenza di psicopatologia;

2. Il secondo obiettivo consiste nell'applicare quantitativamente le conoscenze maturate dalle esperienze teoriche e cliniche sul processo di integrazione del trapianto. Nello specifico, si propone la struttura fattoriale del Transplanted Organ Questionnaire, un questionario indicato per indagare le rappresentazioni del trapianto, e l'esplorazione

delle relazioni tra tali rappresentazioni e le variabili di salute mentale. Si ipotizza che il rigetto psicologico sia associato alla salute mentale e che tale dimensione possa quindi essere utile ai fini della validità predittiva;

3. Il terzo obiettivo persegue di ampliare la letteratura riguardo il ruolo della salute mentale sui comportamenti di adherence medica – ovvero protettivi verso il trapianto in quanto vengono rispettate le prescrizioni farmacologiche – considerando il ruolo della capacità di mentalizzare, intesa sia come espressione che come organizzatore dell'Sé, finora inesplorata dalla letteratura scientifica sulla popolazione trapiantata. L'ipotesi annovera la funzione riflessiva quale variabile che modera la relazione tra la salute mentale e l'adherence medica. Più precisamente, si ipotizza che i riceventi trapianto che presentano un'inibizione nella funzione riflessiva, tendente quindi all'ipomentalizzazione, abbiano livelli di adherence meno adattivi a fronte del disagio psicologico vissuto.

### **3.3 Strumenti**

- a. Variabili socio-demografiche: età, genere, titolo di studio, occupazione, relazione sentimentale, area geografica di residenza.
- b. Variabili Trapianto: organo trapiantato, tempo trascorso dall'intervento al momento della compilazione, donatore vivente o deceduto, eventuale conoscenza di informazioni sul donatore deceduto, grado di parentela del donatore vivente.
- c. *Reflective Functioning Questionnaire – RFQ* (Fonagy et al. 2016; validazione italiana Morandotti et al., 2018): questionario self-report a 8 item con range di risposta su scala Likert da 1 a 7 (da Completamente in disaccordo a Molto d'Accordo) per misurare la capacità di funzione riflessiva, intesa come espressione delle capacità di mentalizzazione del soggetto, e quindi all'abilità di comprendere gli stati mentali propri e altrui in termini di stati mentali interni, come credenze, desideri, sentimenti e attitudini. Buoni livelli di funzione riflessiva permettono regolazione affettiva, lo sviluppo e il mantenimento di un robusto senso di Sé e della capacità di costruire interazioni sociali. Nel presente lavoro è stato utilizzato il metodo di scoring da Badoud e colleghi (2018) per

ricavare una dimensione unica dal modello bifattoriale avanzato da Fonagy e colleghi (2016), ma recentemente criticato (Müller et al., 2020). Lo scoring si svolge calcolando la differenza tra il punteggio di certezza e il punteggio di incertezza degli stati mentali, fondendo i due punteggi della sottoscala della RFQ in un'unica dimensione, che rifletterebbe la mentalizzazione genuina che oscilla su un continuum dove i valori negativi (ovvero dove il punteggio di incertezza è superiore al punteggio di certezza) caratterizzano gli individui che sperimentano mancanza di integrazione tra stati interni nel riflettere e motivare il comportamento, mentre i valori nell'intervallo positivo (cioè gli individui per i quali il punteggio di certezza è superiore al punteggio di incertezza) designano soggetti che riconoscono i comportamenti come orientati dagli stati mentali.

- d. *Transplantation Effects Questionnaire – TxEQ* (Ziegelmann et al., 2002; Validazione italiana Pisanti et al. 2008): questionario self-report a 23 item con range di risposta su scala Likert da 1 a 5 (da Fortemente in disaccordo a Fortemente in accordo) che valuta gli effetti psico-sociali del trapianto attraverso un pool di item ricavato dalla letteratura sul tema e da focus group con pazienti trapiantati. Per il presente studio verrà utilizzata la sottoscala Adherence, in quanto specifica per indagare l'adesione alle prescrizioni medico-farmacologiche nella popolazione trapiantata.
- e. *Transplanted Organ Questionnaire – TOQ* (Corruble et al., 2012<sup>41</sup>): questionario self-report a 24 item con range di risposta su scala Likert da 1 a 5 (da Mai a Sempre) che misura le rappresentazioni dei riceventi nei confronti del trapianto. Si compone di tre scale: la sottoscala “Rifiuto psicologico” rivela rappresentazioni e atteggiamenti negativi nei confronti del nuovo organo. La sottoscala “Donatore” indaga le preoccupazioni sul donatore e la sottoscala “Atteggiamento positivo nei confronti del trapianto” esprime sentimenti e rappresentazioni positive

---

<sup>41</sup> La versione italiana del TOQ è proposta nel presente lavoro al paragrafo 3.6, ed è in corso una collaborazione con Emanuelle Corruble, afferente all'Université Paris Saclay – Hôpital Bicêtre APHP per la pubblicazione in peer-review della valutazione psicometrica della versione italiana su journal internazionale. A tal proposito, i dati sono stati presentati durante il XXX Congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) e pubblicati in libro degli abstract (Muzii, 2022).

dell'organo trapiantato.

- f. *Brief Symptoms Inventory – BSI* (Derogatis, 1993): versione breve del “Symptoms Checklist 90” a 53 item con range di risposta su scala Likert da 0 a 4 (da Per niente a Moltissimo) per indagare la configurazione di sintomi psicopatologici di soggetti non clinici e clinici nel corso dell'ultima settimana; valuta nove dimensioni sintomatologiche primarie: Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide e Psicoticismo, che confluiscono in una dimensione singola denominata Global Severity Index (GSI), che è stata utilizzata nel presente lavoro come indice di psicopatologia generale.
  
- g. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS* (Zimet et al. 1988; Validazione italiana Busoni et al. 2008): scala self-report a 12 item con range di risposta su scala Likert da 1 a 7 (da Fortemente in disaccordo a Fortemente in accordo) che indaga il supporto sociale percepito nelle aree familiare, amicale e degli altri significativi.
  
- h. *Short Form Health Survey – SF-12* (Ware et al., 1996; Validazione italiana Apolone et al. 1998): questionario self-report a 12 item che valuta la HRQoL del soggetto attraverso 8 sottoscale: Attività Fisica, Limitazioni delle attività specifiche del suo ruolo dovute a problemi fisici, Dolore Fisico, Salute Generale, Vitalità, Limitazioni nella attività di tipo sociale, Limitazioni delle attività specifiche del ruolo dovute a problemi emotivi, Salute Mentale. Da tale scala si deriva l'indice Physical Component (PCS12), utilizzato nel presente studio come indicatore della HRQoL.

### **3.4 Metodo**

I dati analizzati nella presente ricerca sono stati raccolti tramite una batteria intitolata “Questionario sull'esperienza di trapianto”, inserita sulla piattaforma Qualtrics (Provo, UT, USA. <https://qualtrics.com/>), una piattaforma dedicata all'ottimizzazione della ricerca in un'ottica User Experience, pertanto facile da utilizzare ed intuitiva. La raccolta

dati è stata pubblicizzata da aprile 2021 fino a giugno 2022 su una serie di canali informatici. Il reclutamento si è basato su un criterio di convenienza, quindi non probabilistico, data la specificità della popolazione trapiantata italiana. I criteri di ammissibilità erano: (1) essere un paziente di trapianto di organo solido; (2) avere > 18 anni; (3) risiedere in Italia; i criteri di esclusione considerati sono stati (1) aver ricevuto il trapianto in età pediatrica (2) trapianto di tessuti o cellule. Il canale di diffusione d'eccellenza è stato il social network Facebook, utilizzando la condivisione su gruppi tematici<sup>42</sup> già esistenti ai quali la scrivente si è iscritta per potervi ivi pubblicare un post divulgativo con il rationale dello studio e le istruzioni per la partecipazione, dove era specificata la volontarietà di quest'ultima e la garanzia dell'anonimato, nonché i contatti istituzionali della responsabile della ricerca per permettere ai partecipanti di porre ulteriori domande in privato. Come strategia di divulgazione, è stata inoltre inviata una lettera di presentazione dello studio all'associazione Cuori 3.0, un'associazione milanese che svolge attività di promozione, beneficenza e supporto sociale per gli iscritti alle liste d'attesa per trapianto cardiaco, cardio-trapiantati e alle loro famiglie. La presidente di suddetta associazione ha quindi esteso agli iscritti cardiotrapiantati le informazioni sulla ricerca, e il relativo link per la compilazione del questionario. Tutti i dati raccolti sono stati protetti da un gateway sicuro accessibile solo dalla scrivente, la quale ha rimosso gli indirizzi IP di ciascun partecipante per garantire totalmente l'anonimato. Al fine di evitare la presenza di missing values, le impostazioni della piattaforma erano configurate per avvisare i partecipanti di aver eventualmente mancato delle risposte agli item, reindirizzandoli automaticamente dove era richiesta la risposta per poi procedere al seguito della compilazione. Tutte le procedure eseguite nel presente studio sono conformi agli standard etici della dichiarazione di Helsinki del 1964; inoltre, lo studio è stato approvato dal Comitato Etico istituzionale di Ricerca Psicologica dell'Università degli studi di Napoli Federico II (Protocollo n° 5/2021).

### **3.5 Partecipanti**

---

<sup>42</sup> Tra alcuni di questi gruppi si annoverano: “Storie di noi trapiantati e chi è in lista d'attesa”, “Trapiantati & Donatori.....guerrieri e testimoni di vita”, “Ci sono trapiantati in giro????”, “trapiantati e parenti del donatore...Incontriamoci!”, “noi trapiantati.....Confrontiamoci”.

Il campione (Tabella 1) è costituito da 117 soggetti, di cui 52 maschi e 55 femmine, con un'età media di 49,46 anni (DS = 12,9; range = 23–78) provenienti per più della metà dal Nord Italia (51,3%), e a seguire dal Sud e isole (33,3%) e Centro Italia (15,4%). Rispetto alla condizione della lavorativa, metà del campione riporta di avere un impiego (50,4%) mentre l'altra metà rientra nella categoria di disoccupato, in cerca di impiego o con pensione di invalidità (49,6%). Piuttosto che riferirsi allo status civile, non sempre specchio della condizione affettiva reale, è stato chiesto ai partecipanti se avessero un/una partner, pertanto la maggior parte del campione si ritiene impegnato in una relazione sentimentale (76,2%).

	<i>N (%)</i>	<i>Mean</i>	<i>DS</i>	<i>Min/Max</i>
<b>Età</b>	117	49,46	12,09	23–78
<b>Genere</b>	117	-	-	-
Maschi	52 (44,4%)	-	-	-
Femmine	65 (55,6%)	-	-	-
<b>Educazione</b>	117	-	-	-
≤ Diploma	87 (74,4%)	-	-	-
≥ Laurea e post-laurea	30 (25,6%)	-	-	-
<b>Occupazione</b>	117	-	-	-
Sì	59 (50,4%)	-	-	-
No	58 (49,6%)	-	-	-
<b>Relazione sentimentale</b>	117	-	-	-
Sì	88 (76,2%)	-	-	-
No	29 (24,8%)	-	-	-
<b>Residenza</b>	117	-	-	-
Nord	60 (51,3%)	-	-	-
Centro	18 (15,4%)	-	-	-
Sud e isole	39 (33,3%)	-	-	-

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione

Per quanto concerne le informazioni sul trapianto (Tabella 2), il campione è per la gran parte composto da riceventi renali (57,3%) ed epatici (25,6%), mentre i riceventi cardiaci e polmonari costituiscono il resto del campione (14,5%), insieme a tre partecipanti che hanno riferito di aver ricevuto un trapianto plurimo, nel dettaglio di fegato e rene (2,6%). Il campione si presenta molto eterogeneo rispetto alla fase del loro trapianto, in quanto il tempo intercorso dall'intervento chirurgico alla data di compilazione è molto ampio, con

una media di 8,6 anni (DS = 8,4; range = 0–38,5), pertanto tra i partecipanti hanno risposto sia soggetti con un trapianto di lunghissima data che soggetti appena operati, in tutta evidenza durante il ricovero post-operatorio e nei primi mesi post-trapianto (6 giorni è il valore minimo riportato). Relativamente al donatore, quasi la maggioranza del campione ha ricevuto un trapianto da donatore deceduto (81,2%), conformemente ai dati disponibili dall'ultimo Report del CNT (2021) che vede la maggior parte dei trapianti svolti sul territorio nazionale provenienti dai prelievi da cadavere. La donazione da vivente (18,8%) ha riguardato il solo trapianto renale, proveniente da genitori (10), coniugi (6), fratelli (2), samaritani anonimi (2) e altro familiare (1). Nei partecipanti ricevuti da donatore deceduto, alcuni hanno dichiarato di non disporre di alcuna informazione sul donatore (33), mentre il resto del sottogruppo (62) era a conoscenza del genere del donatore, pertanto è stato possibile incrociare tale informazione con il genere del soggetto e ricavare che i partecipanti uomini hanno ricevuto un organo da un altro uomo (18) o da una donna (20); per le partecipanti donne, queste hanno ricevuto un organo da un'altra donna (7) o da un uomo (17).

	<i>N (%)</i>	<i>Mean</i>	<i>DS</i>	<i>Min/Max</i>
<b>Organo trapiantato</b>	117	-	-	-
Rene	67 (57,3%)	-	-	-
Cuore	13 (11,1%)	-	-	-
Fegato	30 (25,6%)	-	-	-
Polmone	4 (3,4%)	-	-	-
Plurimo fegato e rene	3 (2,6%)	-	-	-
<b>Tempo trascorso dal trapianto</b>	117	-	-	-
In anni		8,6	8,4	0–38,5
In giorni		3145,49	3100,640	6–14063
<b>Donatore</b>	117	-	-	-
Vivente	22 (18,8%)	-	-	-
Deceduto	95 (81,2%)	-	-	-

Tabella 2. Descrittive delle caratteristiche del trapianto

Per procedere sulle variabili psico-sociali (Tabella 3), per trarre le dimensioni di psicopatologia sono stati confrontati i punteggi medi del BSI con i punteggi T disponibili sul manuale di scoring del suddetto strumento (Derogatis, 1993). Dalle analisi descrittive delle variabili considerate per la presente ricerca, emerge che il 40,2% del campione

presenta un livello superiore al cut-off, quindi di interesse clinico, sul GSI che è un indice sensibile del disagio psicologico dei rispondenti (Derogatis, 1993), in cui sono condensate le informazioni sui maggiori sintomi psicopatologici e l'intensità di questi. Nel dettaglio, una tra le sintomatologie più frequenti è la somatizzazione (41% > cut-off), che riflette disturbi che sorgono dalla percezione di sensazioni e disagi corporei. Ad esempio, la sottoscala chiede con quale frequenza si sono verificati nel breve periodo mal di testa, vertigini, sensazioni termiche come brividi o vampate di calore); un'altra dimensione presente in una considerevole parte del campione è l'ansia (41,9% > cut-off), che implica manifestazioni di irrequietezza, cuore in gola, paure improvvise anche in condizioni consuete e familiari, sentirsi sulle spine ed altro ancora. Inoltre, emerge la dimensione dei disturbi depressivi (38,5% > cut-off), in cui convergono un ampio spettro di sintomi come ad esempio debolezza, ideazione suicidaria, crisi di pianto, senso di solitudine e auto-recriminzioni. Per quanto riguarda la rappresentazione del trapianto, dalle dimensioni del TOQ emerge che il campione presenta principalmente sentimenti positivi verso l'organo trapiantato, che acquisisce un carattere salvifico verso la propria vita e nel recupero della propria autonomia; allo stesso modo, nella dimensione donatore emergono livelli medi, e verso di esso sono rivolti maggiormente sentimenti di gratitudine. Di converso, affetti persecutori e di estraneità emergono con una frequenza estremamente esigua nei partecipanti, che presentano quindi valori molto bassi di Rigetto psicologico.

Dai dati emergono che i livelli medi di adherence medica sono sostanzialmente alti (Media = 22,61; DS = 3,17; range = 13-25), finanche vicini al valore massimo, pertanto la gran parte dei partecipanti riferisce di assumere correttamente la terapia, nonché di sentirsi in grado di tenere a mente la terapia ed evitare dimenticanze.

Riguardo la componente fisica, emergono livelli medio-bassi nel punteggio, indicando quindi che la condizione di salute implica parziali limitazioni nella cura di sé, nell'attività fisica, sociale e personale; possono essere presenti anche dolore fisico e stanchezza, con conseguente compromissione della HRQoL. Per quanto riguarda il sostegno sociale, il campione sente in media di ricevere un adeguato sostegno sociale dalla sua rete affettiva familiare e sociale allargata.

	<i>N (%)</i>	<i>Mean</i>	<i>DS</i>	<i>Min/Max</i>
<b>BSI</b>				
<b>GSI</b>	117	0,6104	0,48636	0–2,57
> cut-off	47 (40,2%)			
<b>Psicoticismo</b>	117	0,4051	0,50066	0–3,20
> cut-off	33 (28,2%)			
<b>Somatizzazione</b>	117	0,7422	0,65817	0–3,33
> cut-off	48 (41%)			
<b>Ossessività-Compulsività</b>	117	0,7721	0,68425	0–3
> cut-off	33 (28,2%)			
<b>Sensibilità interpersonale</b>	117	0,5278	0,66207	0–3,25
> cut-off	24 (20,5%)			
<b>Depressione</b>	117	0,7336	0,70203	0–3,33
> cut-off	45 (38,5%)			
<b>Ansia</b>	117	0,7336	0,66776	0–2,67
> cut-off	49 (41,9%)			
<b>Ostilità</b>	117	0,5316	0,52860	0–2,20
> cut-off	32 (27,4%)			
<b>Ansia Fobica</b>	117	0,3778	0,55135	0–2,60
> cut-off	33 (28,2%)			
<b>Ideazione Paranoide</b>	117	0,5009	0,57393	0–2,60
> cut-off	20 (17,1%)			
<b>TOQ</b>				
<b>Rigetto psicologico</b>	117	2,4103	2,91889	0–15
<b>Donatore</b>	117	15,8120	8,30759	0–35
<b>Attitudine positiva</b>	117	21,7521	6,87061	2–35
<b>SF-12</b>				
PCS12	117	40,1341	5,56279	21,71–54,53
<b>TxEQ</b>				
Adherence medica	117	22,6154	3,17817	13–25
<b>RFQ</b>				
RF	117	1,0071	1,02889	-1,67–3
<b>MSPSS</b>				
Sostegno sociale percepito	117	5,4373	1,30703	1,33–7

Tabella 3. Descrittive delle variabili di salute fisica, psico-sociali e di psicopatologia. Note: BSI: Brief Symptoms Inventory; GSI: Global Severity Index; TOQ: Transplanted Organ Questionnaire; SF-12: Short Form Health Survey; PCS12: Physical Component; TxEQ: Transplantation Effects Questionnaire; RFQ: Reflective Functioning Questionnaire; RF: Funzione riflessiva; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

### **3.6 I STUDIO | Valutare la rappresentazione del trapianto: validazione del Transplanted Organ Questionnaire in un campione italiano di trapiantati**

#### *Il Transplanted Organ Questionnaire*

Corruble e colleghi (2012) hanno progettato il Transplanted Organ Questionnaire (TOQ), allo scopo di misurare i sentimenti e gli atteggiamenti che le persone trapiantate possono provare in relazione al loro trapianto. Al fine di formulare un pool di item riferiti ai sentimenti provati per il donatore, sentimenti di rifiuto e rimpianto verso l'allograpianto e i sentimenti positivi verso quest'ultimo, hanno coinvolto 134 pazienti trapiantati di fegato ricoverati nel Centro Hepato-Biliaire del Paul Brousse Hospital di Parigi. Il pool iniziale di elementi è stato raccolto tramite le riunioni di esperti multidisciplinari e i focus group dei pazienti. Il modello di risposta varia da 1 ("Mai") a 6 ("Sempre"). Il questionario è stato sottoposto a 20 pazienti trapiantati in un focus group di 4 ore e poi compilato da pazienti 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi, 24 mesi e 36 mesi dopo il trapianto. La struttura fattoriale originale mostrava l'interrelazione di tre fattori e gli autori hanno ipotizzato che queste dimensioni potessero predire i sintomi della depressione e la sopravvivenza del paziente. I risultati hanno suggerito che, mentre le sottoscale Donatore e Atteggiamento Positivo non erano significativamente correlate con la depressione e il tasso di sopravvivenza, una sottoscala più alta di Rigetto psicologico 6 mesi dopo il trapianto era associata ad un aumentato rischio di morte, con un altro punto associato a un aumento del 20% del rischio di mortalità e positivamente correlato con i punteggi di depressione a 3 mesi e 6 mesi dopo il trapianto. La struttura finale del TOQ ha portato a 24 elementi, in cui l'analisi delle componenti principali (PCA) ha confermato tre sottoscale corrispondenti ad "Atteggiamento positivo" nei confronti del trapianto, "Donatore" e "Rigetto psicologico" spiegando il 44% della varianza totale.

#### *Lo studio*

Valutare la rappresentazione del trapianto è un aspetto finora poco considerato nelle prassi post-trapianto, sebbene possa essere un indicatore chiave per il decorso dell'innesto e il rischio psicopatologico, fornendo quindi elementi salienti per valutare la necessità di

interventi mirati. Nell'esperienza di trapianto, sentimenti ambivalenti e le rappresentazioni d'organo spesso non sono espressi spontaneamente dai pazienti, pertanto disporre di uno strumento di riferimento può convogliare l'attenzione dei curanti verso un approccio complementare e integrato nel campo degli aspetti psicologici del trapianto, e questo aspetto potrebbe essere rilevante nel processo di guarigione (Hennemann et al., 2021). Inoltre, sono necessarie una comprensione più approfondita del ruolo della rappresentazione del trapianto nella vita dei riceventi sul lungo termine, valutandone la relazione con la salute mentale e fisica. I medici possono trarre beneficio dalla valutazione della rappresentazione del trapianto nei pazienti trapiantati, viepiù aiutandoli a sviluppare un atteggiamento più positivo nei confronti della loro condizione all'interno di interventi di supporto psicologico pre e post-trapianto. Attualmente in letteratura non emergono strumenti psicometricamente validi e condivisi per valutare le rappresentazioni dell'organo trapiantato e il rigetto psicologico, men che meno in Italia, lasciando i ricercatori e i clinici italiani sprovvisti di una misura utile che valuti queste dimensioni.

Le misure specifiche per il trapianto sono state progettate appositamente per misurare concetti specifici come l'esperienza dei sintomi, la conoscenza del regime di trapianto, l'immagine corporea, i fattori di stress del trapianto di organi o la comprensione dei principi per gestire le proprie cure. In questo contesto, il questionario sviluppato da Corruble e colleghi (2012) mira a valutare l'atteggiamento positivo e negativo nei confronti dell'organo trapiantato, le preoccupazioni sul donatore (sentimenti di gratitudine, colpa e indebitamento) e il trapianto sia come salvifico che come potenziale aspetto negativo nelle rappresentazioni del paziente. A tal fine, questo primo studio si propone di valutare le caratteristiche psicometriche del TOQ in un campione italiano di trapiantati e di verificarne la validità predittiva attraverso l'analisi delle correlazioni con variabili di salute mentale.

### *Traduzione*

Ogni item è stato tradotto in italiano seguendo il metodo della back-translation (Behling & Law, 2000) attraverso le seguenti fasi:

1. traduzione dall'inglese all'italiano da parte di due esperti indipendenti nel campo della psicologia e della professione sanitaria; Sono state discusse le potenziali differenze tra le due versioni, fondendosi in una versione combinata.

2. traduzione dall'italiano all'inglese da parte di due madrelingua inglesi con ottima conoscenza della lingua italiana; come in precedenza, le differenze sono state discusse fino a quando il confronto della nuova versione inglese con quella originale ha portato a un accordo sulla versione finale.

3. Valutazione della chiarezza di ogni item a cura di due revisori indipendenti esperti nel campo della psicologia clinica applicata ai contesti medici.

### *Analisi statistiche*

Le analisi sono state svolte utilizzando R Statistical Software con il pacchetto lavaan (Rosseel, 2012). Per indagare la struttura fattoriale del questionario tradotto è stata applicata una Confirmatory Factor Analysis (CFA) sui 24 item del questionario. La CFA è una procedura statistica che verifica ipotesi create a priori, secondo una logica deduttiva. Essa necessita di un numero di fattori latenti in relazione tra loro, e che le singole variabili osservate siano in relazione con essi. In sintesi, a partire da un modello fattoriale già circoscritto si procede a confrontare tale modello con la struttura emergente dai dati raccolti. Dopo aver verificato le saturazioni fattoriali, sono stati eliminati degli item in caso di bassa saturazione (valori inferiori allo .40). La consistenza interna e l'affidabilità sono state calcolate attraverso il coefficiente alpha di Cronbach sull'intera scala e su ogni sottoscala. La CFA è stata svolta con la stima maximum likelihood con robust standard errors (MLR; Hancock & Liu, 2012). In seguito, per verificare il grado di adattamento dei dati al modello ipotizzato, sono stati utilizzati una serie di "indici della bontà di adattamento", cioè che rilevano l'accuratezza con cui un modello riproduce i dati raccolti. A tale scopo sono stati considerati: chi square ( $\chi^2$ ), root mean square error of approximation (RMSEA), standardized root mean square residual (SRMR), comparative fit index (CFI), e il Tucker- Lewis index (TLI). Infine, le correlazioni tra i fattori della scala e tra le variabili di salute mentale per la validità predittiva sono state calcolate tramite il coefficiente di correlazione di Spearman.

### *Risultati*

Il modello a tre fattori originariamente proposto da Corruble e colleghi (2012) risulta essere adeguato ai dati raccolti dal campione italiano. L'affidabilità della consistenza interna valutata con l'alpha di Cronbach restituisce una buona alpha sulla scala totale ( $\alpha$

=.846); per quanto riguarda le sottoscale, l'alpha della scala Attitudine positiva è accettabile ( $\alpha = .782$ ), per la scala Rigetto psicologico è adeguata ( $\alpha = .698$ ), e per la scala Donatore è buona ( $\alpha = .866$ ).

Fattore	Item	Estimate	SE	Z	p	Stand. Estimate
<b>Donatore</b>	2	1.306	0.1109	11.78	< .001	0.097
	11	1.429	0.1290	11.08	< .001	0.139
	12	0.965	0.1212	7.96	< .001	0.160
	13	1.232	0.1510	8.16	< .001	0.245
	14	1.355	0.1359	9.97	< .001	0.173
	15	0.538	0.1079	4.99	< .001	0.148
	17	0.879	0.1551	5.67	< .001	0.298
<b>Attitudine positiva</b>	1	0.614	0.1108	5.54	< .001	0.138
	3	0.796	0.1135	7.01	< .001	0.140
	6	0.682	0.1758	3.88	< .001	0.367
	18	0.781	0.1426	5.48	< .001	0.235
	19	0.720	0.1400	5.14	< .001	0.224
	21	1.092	0.1454	7.51	< .001	0.228
	22	1.277	0.1446	8.83	< .001	0.226
<b>Rigetto psicologico</b>	4	0.646	0.1161	5.56	< .001	0.153
	5	0.449	0.0482	9.30	< .001	0.026
	7	0.405	0.0824	4.92	< .001	0.065
	8	0.410	0.0738	5.55	< .001	0.049
	9	0.670	0.0946	7.08	< .001	0.097

Tabella 4. Factor loadings per ogni sottoscala del TOQ

Gli item eliminati presentavano una saturazione  $< .40$ . (item 10, 16, 20, 23, 24). Per scartare l'ipotesi nulla che il modello non sia adatto ai dati, occorre che il  $\chi^2$  risulti non significativo ( $> 0.05$ ). Tuttavia, questo indice è sensibilmente influenzato dall'ampiezza campionaria. Per questo motivo, a supporto della verifica della bontà di adattamento, si può ricorrere ad altri indici di adattamento generale del modello.

Gli indici assoluti valutano il grado di accuratezza con cui un modello teorico ricalca i dati osservati. Questi sono: 1) il Root Mean Square of Approximation (RMSEA, Browne & Cudeck, 1992) che calcola quanto il modello si adatterebbe alla matrice di covarianza. Il fit è considerato accettabile se RMSEA è inferiore a  $.08$  ed è ottimale se inferiore a  $.05$  (Marsh et al., 2004); 2) lo Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) (Steiger, 1990) indica la differenza tra i residui della matrice di covarianza osservata e della covarianza attesa sotto radice quadrata. Un buon fit presenta valori inferiori a  $.05$ , ma può essere accettabile anche se inferiore a  $.08$ . Gli indici relativi confrontano il modello con

un modello più ridotto, dove l'ipotesi nulla è che le variabili osservate non sono correlate tra di loro, al fine di stimare la proporzione di miglioramento del modello. Rispettivamente sono: 1) il Comparative Fit Index (CFI) che indaga la discrepanza del modello ipotizzato con i dati raccolti. Può variare da 0 ad 1, dove 1 rappresenta il valore ottimale di fit. Un valore di CFI > .90 è considerato accettabile (Bentler, 1990); 2) il Tucker-Lewis Index (TLI) che, similmente al CFI, valuta il modello tramite il confronto del valore del  $\chi^2$  del modello con il  $\chi^2$  del modello nullo. Un buon fit si ha con valori >.90. Sono stati inclusi nel modello solo i parametri di covarianza che producevano un decremento del  $\chi^2$  superiore a 15. I Modification Index hanno mostrato la possibilità di migliorare la bontà di adattamento, stimando le correlazioni tra le misurazioni d'errore. Nello specifico: Item 7 e 8 (MI D 32.318), 4 e 19 (MI D 22.998), 1 e 3 (MI D 16.449), 21 and 22 (MI D 39.734). Queste modifiche hanno sostanzialmente migliorato il fit del modello, i cui valori si approssimano verso le soglie accettabili. (Tabella 5).

Modelli	$\chi^2$	df	<i>p</i>	RMSEA	SRMR	CFI/TLI
<b>Modello originale a 24 item</b>	559	249	<.001	0.103	0.102	0.711/0.680
Modello con item eliminati <b>Modello A</b>	383	149	<.001	0.116	0.104	0.752/0.717
Modello A con Modification Index <b>Modello B</b>	272	145	<.001	0.080*	0.079	0.866/0.842

Tabella 5. Indici di Goodness of fit derivati dalle CFAs sul Transplanted Organ Questionnaire.  $\chi^2$  = chi square; df = freedom degrees; RMSEA = root mean square of approximation; SRMR = standardized root mean square residual; CFI = comparative fit index; TLI = Tucker-Lewis index; MI = modification indices. Solo i parametri di covarianza che hanno prodotto una decrescita nel  $\chi^2 < 15$  sono stati inclusi nel Modello B. \* Intervallo di confidenza 90%. Lower: 0.0539; Upper: 0.0906.

Osservando gli indici, il RMSEA segnala un certo grado di adattamento poiché pari a 0.080, quindi equivalente alla soglia massima di accettabilità (Hu & Bentler, 1999); gli indici CFI e TLI si avvicinano al valore soglia di >.90, indicando quindi un accettabile adattamento del modello ai dati, mentre l'SMRs supera le soglie di accettabilità. Ne consegue che la soluzione a 19 item, suddivisi nei tre fattori originali, abbia un livello di fit perfettibile, ma sufficiente, in quanto tale modello spiega il 52,1% della varianza totale. I fattori del TOQ presentano correlazioni bivariate, in cui l'attitudine positiva è associata positivamente con la dimensione relativa al donatore, e una correlazione negativa con il rigetto psicologico, che rappresenta quindi la dimensione negativa del TOQ.

D'altra parte, per quanto riguarda la validità predittiva del TOQ, le correlazioni hanno mostrato che punteggi maggiori sul rigetto sono associati a punteggi alti sulla psicopatologia ( $r = .479$ ;  $p < .000$ ), e al contempo negativi con la funzione riflessiva ( $r = -.250$ ;  $p < .01$ ). Inoltre, è emersa una debole associazione positiva tra la salute mentale e la rappresentazione del donatore. Nessuna delle dimensioni esaminate risulta significativamente associata al tempo intercorso tra l'intervento di trapianto e la data di compilazione del questionario.

		1	2	3	4	5	6
<b>1. Donatore</b>	Coefficiente di correlazione	--	--	--	--	--	--
	<i>p</i>	--	--	--	--	--	--
<b>2. Rigetto psicologico</b>	Coefficiente di correlazione	0,109	--	--	--	--	--
	<i>p</i>	0,241	--	--	--	--	--
<b>3. Attitudine positiva</b>	Coefficiente di correlazione	<b>,539**</b>	<b>-,212*</b>	--	--	--	--
	<i>p</i>	0,000	0,022	--	--	--	--
<b>4. RF</b>	Coefficiente di correlazione	-0,091	<b>-,250**</b>	-0,061	--	--	--
	<i>p</i>	0,328	0,007	0,517	--	--	--
<b>5. GSI</b>	Coefficiente di correlazione	<b>,278**</b>	<b>,479**</b>	0,127	<b>-,312**</b>	--	--
	<i>p</i>	0,002	0,000	0,172	0,001	--	--
<b>6. Tempo trascorso dall'intervento</b>	Coefficiente di correlazione	-0,104	-0,053	0,002	0,036	-0,079	--
	<i>p</i>	0,263	0,569	0,986	0,702	0,400	--
	N	117	117	117	117	117	117

Tabella 6. Correlazioni Rho di Spearman tra le sottoscale del TOQ e le variabili psicologiche. Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; GSI: Global Severity Index; RF: Funzione riflessiva

Emerge quindi che la dimensione negativa del rigetto psicologico, che indica sentimenti di estraneità e rifiuto dell'organo, ha un'associazione diretta con problematiche di salute mentale, per cui – considerata la limitata associazione delle dimensioni indagate dal TOQ con la psicopatologia – si può considerare che la validità predittiva è parzialmente confermata.

### Discussione

Questo primo studio ha esplorato le caratteristiche psicometriche del TOQ in un

campione italiano di pazienti che hanno ricevuto un trapianto di organo solido. I risultati ottenuti attraverso le CFA dimostrano un buon adattamento ai dati della struttura originale a tre fattori. Come evidenziato nella sezione precedente, sono stati eliminati dalla scala originale 5 item (item 10, 16, 20, 23, 24) secondo il criterio basato sui pesi fattoriali. La bassa saturazione può dipendere dal fatto che i rispondenti abbiano interpretato un singolo item in base a principi diversi rispetto a quelli racchiusi nella variabile latente.

Per la scala Rigetto psicologico l'item 10 *“Penso che avrei potuto vivere bene anche senza il trapianto”*, può essere fuorviante per il paziente trapiantato di organo solido, poiché si tratta di organi vitali, senza i quali il paziente sarebbe deceduto o ancora assoggettato alle terapie dedicate all'insufficienza d'organo. Si pensi agli effetti dell'emodialisi per i trapiantati renali, o alla sintomatologia astenica e respiratoria per i pazienti con insufficienza cardiaca in attesa di trapianto. Gli item 20 *“Mi rendo conto di avercela con il donatore”* e 23 *“Mi accorgo di provare risentimento verso l'organo trapiantato”* possono essere interpretati alla luce della possibile influenza culturale e religiosa del contesto di riferimento, in cui la narrazione che ruota intorno alla donazione d'organi promuove una visione altruistica e solidale della donazione (Monaco et al., 2021), implicando che l'unica reazione naturale per un ricevente debba essere la gratitudine, e quindi escludendo la possibile espressione di vissuti ambivalenti in funzione di una desiderabilità sociale. Vieppiù, la presenza di riceventi trapianto da vivente nel campione può aver implicato una risposta influenzata dalle relazioni affettive che intercorrono nel nucleo familiare, che è il principale sistema di riferimento del procurement trapiantologico per la donazione da vivente.

Per la scala Donatore, le risposte all'item 16 *“Penso di cominciare ad assomigliare alla persona che ha donato l'organo”* possono essere state alterate dalla maggiore presenza di riceventi trapianto da deceduto, pertanto il più delle volte all'oscuro di dettagli sul donatore poiché secretati per legge.

Nella scala “Attitudine positiva” la bassa saturazione dell'item 24 *“Avverto un senso di responsabilità nei confronti dell'organo trapiantato”* può essere dovuta al fatto che l'item presenta una formulazione fuorviante, in quanto può essere intesa sia come senso di responsabilità nella gestione della propria condizione nella fase successiva al trapianto, ma anche di responsabilità sulle cause che hanno condotto al trapianto.

Per quanto attiene ai risultati emersi, il TOQ ha la potenzialità di misurare degli aspetti

finora non sistematizzati nella ricerca scientifica, approfondendo il ruolo delle rappresentazioni del trapianto nei tassi di esiti negativi sulla salute mentale nella popolazione trapiantata (Birkefeld et al., 2022). Difatti, l'analisi dei dati riconduce la psicopatologia come associata alle difficoltà date dall'integrazione d'organo e da rappresentazioni negative del trapianto, coerentemente con la letteratura sul tema (Látos et al., 2016; Goetzmann et al., 2018). I dati emersi dal presente studio discordano dalle evidenze di un precedente lavoro (Hennemann et al., 2021) in cui è stata evidenziata una relazione tra il rigetto psicologico e l'essere stati trapiantati da lungo tempo, che è risultato correlato a una migliore integrazione d'organo. Un dato interessante emerge dalla relazione, debole ma positiva, tra la dimensione Donatore e la psicopatologia riportata, e ciò può essere spiegato dal fatto che affetti e fantasie legate a questa figura, tradotti in alti punteggi in questa dimensione del TOQ, possono essere indicative tanto di maggiore integrazione dell'organo, in cui la gratitudine per il dono implica nuovi significati spirituali ed esistenziali (Martín-Rodríguez et al., 2018; Petre et al., ), quanto a forme di identificazione simbiotica pertinenti a modalità regressive di far fronte al processo di adattamento psico-somatico (Lefebvre et al., 1973; Goetzmann et al., 2018; Eichenlaub et al., 2021). In questo senso, è plausibile che la dimensione Donatore del TOQ vada perfezionata per discernere gli affetti maturi e adattivi da modalità disfunzionali e fusionali di relazione con il donatore.

Un ulteriore dato degno di nota è la relazione negativa tra la mentalizzazione e il rigetto psicologico, a convalida del fatto che una buona funzione riflessiva può sostenere la coesione psico-somatica e il senso di Sé in rapporto al mondo oggettuale (Fonagy et al. 2002; Stein, 2006; Malberg, 2008; Baldoni, 2014), costituendo quindi una risorsa nell'orientare procedure ed interventi clinici dedicati alla popolazione trapiantata (Látos et al., 2022).

### *Conclusioni*

Da quanto è noto alla scrivente, questo studio è la prima proposta di strumento quantitativo per valutare le rappresentazioni del trapianto, e le relative difficoltà nel processo di integrazione, nel contesto italiano. L'importanza di avere a disposizione strumenti standardizzati per esplorare il processo di integrazione psicologica del trapianto configura una nuova opportunità sia per i ricercatori che per i clinici: disegni longitudinali

volti a valutare lo sviluppo dell'integrazione d'organo nel tempo e attraverso l'utilizzo di misurazioni fisiologiche incrociate potrebbero migliorare indubbiamente la comprensione del ruolo dei fattori psicologici nel recupero fisiologico post-trapianto e nella durata dell'innesto. Questa nuova comprensione potrebbe essere raggiunta in contesti clinici in cui gli operatori sanitari hanno l'opportunità di valutare i cambiamenti nel tempo sperimentati dai pazienti sottoposti al trapianto e le conseguenti implicazioni psicologiche in relazione alla loro salute.

Ci si auspica che il TOQ descritto nel presente elaborato si riveli utile in tali sforzi, sebbene questo studio presenti alcune limitazioni. In primis, la natura trasversale del presente studio e l'uso di misure che non precedentemente convalidate, non consente di precisare pienamente la validità convergente e la validità predittiva del TOQ, per cui ricerche future sarebbero necessarie.

Un altro limite rilevante è dato dal campione non randomizzato e non bilanciato per il tipo di organo solido ricevuto, pertanto non è stato possibile cogliere le possibili differenze tra gruppi, ad esempio tra i diversi tipi di organo solido o tra riceventi da donatori viventi o deceduti. L'auspicio è che in futuro la rete trapiantologica italiana e gli operatori sanitari coinvolti possano avvalorarsi di supporti metodologici e prassi condivise per produrre studi longitudinali di alta qualità sul rapporto dinamico tra il processo di integrazione psicologica dell'organo, il rischio di psicopatologia e gli esiti di salute.

### **3.7 II STUDIO | Studio esplorativo sul ruolo della funzione riflessiva nella relazione tra salute mentale e adherence medica**

#### *Lo studio*

Dall'avanzamento della ricerca sulla mentalizzazione, in qualità di concetto transteorico e transdiagnostico utile nell'esplorare la vulnerabilità alla psicopatologia (Luyten et al., 2020), emerge con crescente consistenza che vi sia una sequenza causale sui fallimenti nella mentalizzazione e nella regolazione dello stress, in cui il costante disagio causa alterazioni del sistema psicofisico, comportando carico allostatico e conseguenze sul piano bio-psico-sociale, come ad esempio disregolazione cronica dei sistemi di regolazione immunitaria e del dolore associati allo stress, nonché disturbi dell'umore, ansia e sintomi fisici (Colonnello & Agostini, 2020; Halstensen et al., 2021; Irelli et al., 2022). Come menzionato nel secondo capitolo del presente elaborato, l'inibizione dei processi di mentalizzazione comporta il fallimento nell'integrare l'esperienza somatica con le attività mentali superiori, creando quindi una frattura tra gli aspetti somatici ed emotivi e la simbolizzazione di questi (Fonagy et al. 2002; Schattner et al. 2008; Baldoni, 2014); risulta pertanto di grande importanza poter sostenere tali capacità, in modo così da supportare il paziente in un percorso verso la propria autonomia e nella comprensione dei propri comportamenti aderenti (Malberg, 2008; Colonnello & Agostini, 2020)

Lo scopo di questo studio concerne il ruolo della funzione riflessiva nel rapporto tra la salute mentale dei riceventi trapianto e i loro comportamenti di adherence medica, che in letteratura emerge essere una relazione deleteria, in cui il disagio psicologico ostacola il mantenimento di comportamenti di adherence, fino ad aumentare considerevolmente il rischio di mortalità (Dew et al., 1999; DiMartini et al. 2011). L'espressione della funzione riflessiva rappresenta altresì un fattore di guarigione nell'ambito della salute mentale e della salutogenesi (Ekeblad et al., 2019; Luyten et al. 2020), nonché un fattore protettivo atto a sostenere la regolazione affettiva e promuovere l'adattamento in esperienze critiche di vita, quali possono essere il lutto (Lenzo et al., 2022) e la malattia cronica, specialmente

nei trapianti, in cui le risorse psicologiche del soggetto sono ricorsivamente elicitate per rispondere all'incertezza verso la propria condizione di salute (Denny et al., 2015). Nello specifico, l'ipotesi annovera la funzione riflessiva quale variabile moderatrice sulla relazione tra la salute mentale e l'aderence medica (Figura 3). Più precisamente, si ipotizza che i riceventi trapianto con una bassa funzione riflessiva, quindi inibita e tendente all'ipomentalizzazione, abbiano livelli di adherence meno adattivi a fronte del disagio psicologico vissuto.

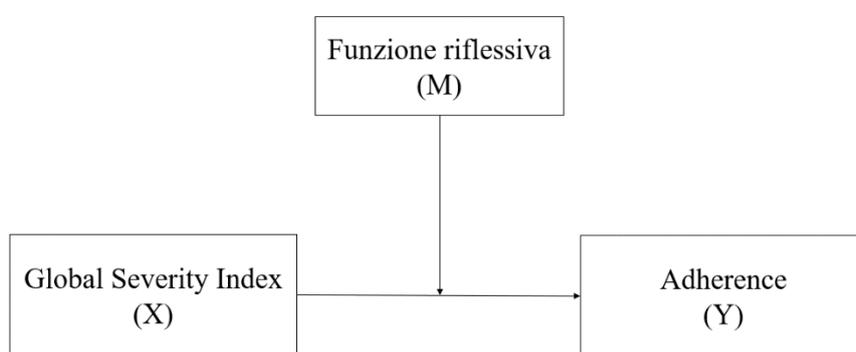


Figura 3: Rappresentazione del modello di moderazione ipotizzato.

### *Analisi statistiche*

Le analisi sono state svolte utilizzando il software Statistical Package for Social Science (SPSS Versione 28, IBM) e il pacchetto PROCESS. Le distribuzioni delle variabili misurate sono state valutate attraverso l'asimmetria (skweness) e la curtosi (kurtosis). L'attendibilità è stata valutata attraverso il calcolo del coefficiente alpha di Cronbach, il quale si basa sulla correlazione tra gli item di ogni sottoscala; la scala è attendibile quanto più i valori si avvicinano a 1 (Tabella 7). Come analisi preliminari sono state applicate le correlazioni attraverso gli indici di Spearman, (Tabella 8), e le relazioni significative sono state incluse nell'analisi di regressione.

<b>Scala</b>	<b>Alfa</b>	<b>Mean</b>	<b>DS</b>	<b>Asimmetria</b>	<b>Curtosi</b>
<b>GSI</b>	,957	0,6104	0,48636	1,421	2,628
<b>RF</b>	,700	1,0071	1,02889	-0,296	-0,195
<b>Adherence medica</b>	,727	22,6154	3,17817	-1,275	0,706
<b>PCS12</b>	,932	40,1341	5,56279	-0,747	0,763
<b>Sostegno sociale percepito</b>	,942	5,4373	1,30703	-1,200	1,221

Tabella 7. Descrittive variabili. Note: GSI: Global Severity Index; RF: Funzione riflessiva; PCS12: Physical component

Nel dettaglio, per la verifica dell'ipotesi sono state utilizzate le regressioni multiple di tipo gerarchico, che – brevemente – consistono in un'analisi statistica per verificare rapporti causali, quindi la possibilità di predire specifici fenomeni (variabili dipendenti) attraverso la misurazione di fenomeni determinanti (variabili indipendenti). Sono state inoltre valutate le statistiche di collinearità e calcolato il fattore di inflazione della varianza (VIF) in quanto misura dell'aumento stimato dei coefficienti di regressione della varianza correlato all'intercorrelazione del predittore. Di norma il valore minimo per il VIF è 1, che indica l'assenza di multicollinearità, mentre un valore superiore a 10 è problematico (Craney & Surles, 2007). Inoltre, è stato utilizzato il test di Durbin-Watson che, in sintesi, è utile a verificare la presenza di autocorrelazione dei residui; questo indice oscilla tra 0 e 4, dove i valori ottimali si avvicinano a 2. Alla luce delle relazioni significative emerse dalle correlazioni, è stata applicata la regressione multipla gerarchica in cui l'adherence medica è la variabile dipendente, e sono state inserite nello step 1 le variabili relative alla salute psicofisica, nello step 2 i fattori protettivi che fungono da moderatori e nello step 3 gli interaction terms tra l'indice di gravità globale di psicopatologia e la funzione riflessiva. Nel presente lavoro si riportano solo i modelli che sono risultati significativi.

### *Risultati*

Dall'analisi delle correlazioni bivariate (Tabella 8) si evidenzia una correlazione negativa tra la presenza di disagio psicopatologico e l'adherence ( $r = -,253$ ;  $p < .01$ ); inoltre la funzione riflessiva è associata negativamente alla psicopatologia ( $r = -,312$ ;  $p$

<.01) mentre presenta una correlazione positiva in relazione all'adherence ( $r = ,230$ ;  $p <.05$ ) e alla HRQoL ( $r = ,201$ ;  $p <.05$ ). L'età dei partecipanti, il tempo trascorso dal trapianto, il sostegno sociale percepito e la salute fisica non hanno mostrato relazioni significative, e pertanto vengono escluse dal modello di regressione ipotizzato.

Le statistiche di verifica hanno mostrato assenza di collinearità, con coefficienti del fattore di inflazione della varianza inferiori a 2, indice Durbin-Watson approssimabile a 2 (2,065), e medie dei residui pari a 0. Le regressioni multiple gerarchiche sono state implementate utilizzando solo le variabili coinvolte nelle relazioni significative emerse dall'analisi delle correlazioni.

		1	2	3	4	5	6	7
<b>1. Età</b>	Coefficiente di correlazione	--	--	--	--	--	--	--
	<i>p</i>	--	--	--	--	--	--	--
<b>2. GSI</b>	Coefficiente di correlazione	-0,116	--	--	--	--	--	--
	<i>p</i>	0,213	--	--	--	--	--	--
<b>3. Sostegno sociale percepito</b>	Coefficiente di correlazione	-0,022	-0,180	--	--	--	--	--
	<i>p</i>	0,812	0,052	--	--	--	--	--
<b>4. Adherence medica</b>	Coefficiente di correlazione	0,133	<b>-,253**</b>	0,022	--	--	--	--
	<i>p</i>	0,154	0,006	0,811	--	--	--	--
<b>5. PCS12</b>	Coefficiente di correlazione	-0,156	0,065	-0,149	-0,003	--	--	--
	<i>p</i>	0,093	0,488	0,109	0,974	--	--	--
<b>6. Tempo trascorso dal trapianto</b>	Coefficiente di correlazione	-0,118	0,014	0,034	-0,013	-0,017	--	--
	<i>p</i>	0,205	0,877	0,717	0,893	0,856	--	--
<b>7. RF</b>	Coefficiente di correlazione	0,137	<b>-,312**</b>	0,071	<b>,230*</b>	<b>,201*</b>	0,097	--
	<i>p</i>	0,140	0,001	0,445	0,012	0,037	0,299	--
	N	117	117	117	117	117	117	117

Tabella 8. Correlazioni Rho di Spearman. Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ . GSI: Global Severity Index; PCS12: Physical Component; RF: Funzione riflessiva

Le analisi (Tabella 9) hanno mostrato che la HRQoL e la psicopatologia hanno rappresentato una quota di varianza esigua, ma significativa del comportamento di adherence ( $R^2_{\text{adjusted}} = 0.05$ ;  $F = 4,385^*$ ). Nel dettaglio, la qualità della vita salute-correlata

non ha mostrato di incidere sulla variabile dipendente, mentre la psicopatologia incide negativamente sul comportamento di adherence ( $\beta = -1,746, p < .05$ ).

Nel secondo step di regressione multipla gerarchica è stata inserita la funzione riflessiva, che è risultata significativamente e positivamente associata all'adherence ( $\beta = ,662, p < .05$ ). In ultima istanza è stato inserito l'interaction term tra l'indice di psicopatologia e la funzione riflessiva, che è risultato significativo ( $\beta = 1,349; p < .05$ ), e ha leggermente aumentato la varianza spiegata dell'adherence. Le statistiche del modello finale sono  $R^2 = .166$ ;  $R^2_{\text{adjusted}} = .136$ ;  $F = 7,327$ ;  $p < .05$ ;  $SE = 2.95$ ).

		<i>Adherence medica</i>				
		$\beta$	SE	Beta	t	p
<b>Modello 1</b>	(Costante)	22,437	2,461	-	9,118	<,001
	PCS12	,030	,059	,046	,508	,612
	GSI	-1,746	,592	-,267	-2,950	<b>,004</b>
$R^2_{\text{adjusted}}/F = 0,055 / 4,385^*$						
<b>Modello 2</b>	(Costante)	20,548	2,559	-	8,030	<,001
	PCS12	,053	,058	,082	,902	,369
	GSI	-1,315	,612	-,201	-2,149	<b>,034</b>
	RF	,662	,294	,214	2,255	<b>,026</b>
$R^2_{\text{adjusted}} /F = 0,088 / 5,084^*$						
<b>Modello 3</b>	(Costante)	21,351	2,508	-	8,514	<,001
	PCS12	,058	,057	,089	1,010	,315
	GSI	-2,407	,719	-,368	-3,346	<b>,001</b>
	RF	-,281	,451	-,091	-,623	,535
	GSI x RF	1,349	,498	,379	2,707	<b>,008</b>
$R^2_{\text{adjusted}} /F = 0,136 / 7,327^{**}$						

Tabella 9. Regressioni multiple gerarchiche. Note: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ . GSI: Global Severity Index; RF: Funzione riflessiva; PCS12: Physical component

L'interaction plot (Figura 4) mostra che la relazione negativa tra psicopatologia e adherence medica è più forte al diminuire della funzione riflessiva ( $-1$  SD;  $\beta = -2,41$ ;  $p < .001$ ), per cui in riceventi trapianto con bassi livelli di mentalizzazione, la psicopatologia è maggiormente predittiva di livelli più bassi di adherence. Di converso, laddove la funzione riflessiva è alta ( $+1$  SD), l'interazione sulla relazione negativa tra psicopatologia e adherence non è risultata significativa ( $\beta = -,34$ ;  $p < .69$ ).

Questo risultato indica che l'inibizione della funzione riflessiva può rappresentare un fattore di rischio nei pazienti trapiantati nel mantenere adeguati comportamenti di adherence soprattutto se vi sono problematiche di salute mentale.

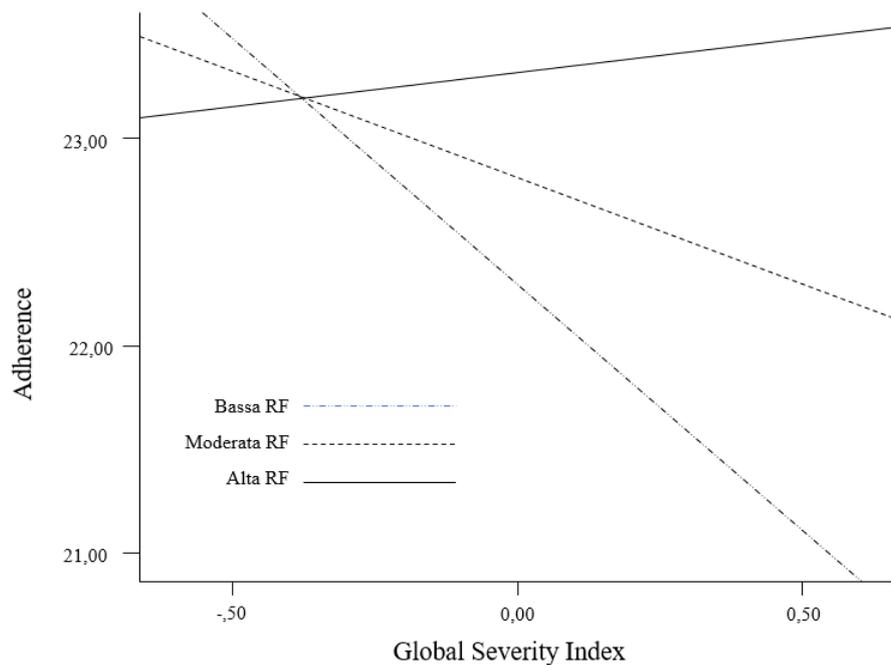


Figura 4: Effetto di interazione della psicopatologia attraverso la funzione riflessiva sui comportamenti di adherence medica. RF: Reflective Function.

### Discussione

Come evidenziato in precedenza, i riceventi trapianto vivono una sequela di esperienze critiche di distress psico-fisico per molto tempo che, dal periodo in lista d'attesa, passando per l'intervento chirurgico, fino all'adattamento post-trapianto (Schultz et al., 2015; De Pasquale et al., 2020; Khoddam & Wellisch, 2020), mettono a dura prova le risorse psicologiche e sociali del paziente, con le sue caratteristiche personali (Guerra et al., 2021) e il contesto familiare e sociale allargato, implicando una lunga convivenza con preoccupazioni, incertezze, angosce verso la propria finitezza e riconfigurazioni della propria esistenza (Denny et al., 2015; De Pasquale et al., 2021; Muzii, 2021).

La gran parte degli studi in questo campo ha approfondito quindi le ricadute sul benessere psicologico di questa popolazione, considerata l'influenza che il disagio psicologico ha sull'elevazione del rischio di inficiare la capacità del paziente di mantenere l'adherence, intesa qui come assumere correttamente le prescrizioni farmacologiche (Favaro et al., 2011; Gorevski et al., 2013; Prihodova et al., 2014; Kretchy et al., 2014; Russell et al., 2022); vieppiù, l'assenza di trattamento psicologico – in particolare sui

sintomi depressivi – espone maggiormente ad esiti infausti dell’innesto e mortalità nel lungo periodo (Rogal et al., 2013). Tuttavia, emerge la necessità di approfondire il ruolo del disagio psicologico sull’adherence medica in considerazione delle specificità dei singoli trapianti, in quanto la significatività di tale relazione può variare a seconda dell’organo trapiantato (Gronewold et al., 2023). A titolo esemplificativo, livelli di ansia clinicamente elevati possono essere associati a maggiore adherence medica nei trapiantati polmonari, plausibilmente preoccupati dal verificarsi fenomeni dispnoici (Wessels-Bakker et al., 2022).

Gli esigui studi sull’intervento psico-sociale sulla popolazione trapiantata (Sambucini et al., 2022) hanno evidenziato l’efficacia degli interventi commisurati alla fase del processo di trapianto; tuttavia, solo due studi hanno riportato interventi psicologici rivolti al miglioramento dell’adherence, dei quali solo uno ha prodotto un aumento di quest’ultima su riceventi renali (Cukor et al., 2017), mentre il secondo – svolto online – non ha riscontrato gli effetti supportivi attesi per i pazienti cardiaci (Dew et al., 2004).

Il presente studio è stato, quindi, finalizzato ad esplorare la capacità di mentalizzare, dimensione finora ignorata in letteratura, applicando il corpus scientifico della mentalizzazione su un campione di trapiantati italiani; tale scopo può condurre anche a possibili innovazioni delle prassi di supporto e cura per rispondere alle esigenze di questa specifica popolazione. La salute mentale è stata valutata considerando l’indice globale di gravità proposto dal BSI, che sintetizza le maggiori dimensioni di psicopatologia, e per la variabile dipendente è stata effettuato un modello di regressione multipla gerarchica.

Esclusa la variabile della HRQoL, che non è risultata significativa nel modello, la psicopatologia e la funzione riflessiva sono risultate essere predittori significativi dei livelli di adherence. Nel dettaglio, l’adherence è predetta dalla psicopatologia in termini di una relazione negativa, per cui maggiore è il disagio psicologico e meno saranno adeguati i comportamenti di adherence. In questo modello la funzione riflessiva risulta moderare questa relazione. Dai risultati ottenuti, un dato interessante è che la HRQoL, il tempo intercorso dal trapianto e il sostegno sociale percepito – risultati non significativi dall’analisi delle correlazioni – abbiano predetto i comportamenti di adherence medica.

Riguardo il sostegno sociale percepito, sebbene vi siano dati discordanti sul suo ruolo (Di Matteo et al., 2004), questo risultato concorda con la letteratura più recente (Ladin et al., 2018); è plausibile che l’assenza di una relazione significativa sia da attribuire al fatto

che l'esperienza di trapianto, superata la fase critica del post-operatorio nella quale si rende essenziale il supporto pratico di care-giver e familiari, pertenga prettamente ad aspetti intrapsichici profondi, e quindi soggettivi. Eventualmente, questo dato potrebbe indicare che l'esperienza di malattia cronica del paziente trapiantato possa rappresentare una crisi non solo per il singolo, bensì per tutto il sistema familiare, affettivo e sociale di riferimento, inficiandone così la potenziale funzione protettiva (Avşar et al., 2015).

A proposito della HRQoL, sebbene sorprenda che il recupero fisiologico e della qualità della vita non incida sui comportamenti di adherence – né in termini di motivazione né come eventuale fattore di rischio – tale dato rientra nella cornice di riferimento in letteratura, in cui si evidenzia che la sola salute fisiologica non è sufficiente per la *restitutio ad integrum* del benessere bio-psico-sociale del paziente (Cannavò et al., 2019; De Pasquale et al., 2020), ma vanno considerati ulteriori aspetti, laddove il trapianto rappresenta contemporaneamente non solo un'esperienza di acquisizione, ma anche di perdita dell'integrità del proprio corpo (Castelnuovo-Tedesco, 1973; Látos et al., 2015; Yagil et al., 2017), nonché una sfida adattativa costellata da preoccupazioni verso le complicazioni mediche dovute ai regimi immunosoppressori, effetti collaterali e comorbidità (Politi & Martinelli, 2020).

In riferimento al tempo intercorso dall'intervento di trapianto, l'eterogeneità del campione raccolto può aver inficiato la valutazione dell'influenza di tale fattore sull'adherence medica e il disagio psicologico. Non si può escludere, infatti, che i livelli di adherence medica possano diminuire all'aumentare del tempo trascorso dal trapianto (Chisholm-Burns et al., 2005; Burra et al., 2011; Chisholm-Burns et al., 2012; Kung et al., 2017) come evidenziato anche in revisioni della letteratura (Dew et al., 2018; Gokoel et al., 2020).

Alla luce delle limitazioni evidenziate, i risultati ottenuti possono essere considerati in linea con le conoscenze maturate nel campo della mentalizzazione, sebbene questo sia il primo studio noto alla scrivente che abbia valutato tale capacità sui pazienti trapiantati. Nel dettaglio, la funzione riflessiva si è rivelata utile nel prevedere l'effetto del disagio psicologico riportato nei riceventi trapianto di organo solido sui comportamenti di adherence medica. Fallimenti nella mentalizzazione sono stati difatti osservati in diverse manifestazioni psicopatologiche, come i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi (Halstensen et al., 2021).

Una ricerca su pazienti ospedalizzati affetti da depressione severa (Fischer-Kern et al., 2013) ha evidenziato bassi livelli di funzione riflessiva, coerentemente ai risultati di Halstensen e colleghi (2021) su pazienti ricoverati per Disturbo Depressivo Maggiore, in cui la capacità di mentalizzare è risultata associata a un migliore esito del trattamento in ricovero, quindi inversamente correlata alla sintomatologia depressiva, indicando così che i soggetti con livelli adeguati di mentalizzazione sono protetti di fronte al disagio emotivo e più inclini ad impegnarsi sul piano terapeutico, e plausibilmente ciò può essere inteso come l'espressione della stabilità del Sé, o, nel caso contrario, della sua vulnerabilità derivante dalle difficoltà nel significare l'esperienza collegata ai propri stati emotivi, bisogni e motivazioni.

Risultati analoghi sono emersi dalla ricerca sui disordini della sfera alimentare (Quattropiani et al., 2022) in cui sia livelli estremi di incertezza che di certezza, i quali rappresentano forme disfunzionali rispettivamente di ipomentalizzazione e ipermentalizzazione, appaiono associati a maggiore rischio di disturbi alimentari. Tale dato corrisponde a quanto emerso dalla ricerca di Cucchi e colleghi (2018), i quali hanno approfondito la funzione riflessiva in rapporto all'alessitimia, rilevando che l'incertezza degli stati mentali è positivamente associata con la difficoltà nel decodificare e verbalizzare le emozioni, nonché ad utilizzare tali elementi affettivi per orientare il pensiero e i comportamenti. Al contrario, un'adeguata funzione riflessiva è negativamente correlata all'alessitimia, associandosi invece a maggiori livelli di consapevolezza. Tali dati sono confermati anche da rilevazioni su campioni non prettamente clinici (Lane et al., 2015; Calaresi & Barberis, 2019), avvalorando quindi il ruolo della mentalizzazione nell'organizzazione dell'esperienza emotiva (Schwarzer et al., 2021) e, consequenzialmente, gli effetti dei suoi fallimenti sulla possibilità del soggetto di comprendere le proprie esperienze interne e orientare l'azione conformemente ad esse (Fonagy et al., 2002; Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2016; Schwarzer et al., 2022), con il rischio che il senso di Sé, in qualità di agente intenzionale, sia minato da tendenze dissociative, risultate correlate a fallimenti della mentalizzazione (Schimmenti & Caretti, 2016). In ragione di tali aspetti, è stato ivi ipotizzato che la funzione riflessiva avesse un'influenza sul comportamento adattivo di adherence nei trapiantati.

Difatti, in letteratura è stato osservato che deterioramenti della funzione riflessiva possono essere ricondotti non solo a condizioni di psicopatologia conclamata, bensì anche

a condizioni di distress – come malattie ed esperienze di vita dolorose – tali da portare il soggetto a sperimentare stati in cui elementi somatici ed emotivi non vengono simbolicamente tradotti nell’elaborazione dell’esperienza, esponendo il soggetto a una frattura nella continuità del proprio Sé e dei legami interni che danno continuità alla propria identità nel tempo (Gaddini, 1980; Luyten et al., 2012; Baldoni, 2014). A tal proposito, una ricerca condotta da Lenzo e colleghi (2022) ha esplorato la funzione riflessiva in un campione di care-giver di pazienti terminali deceduti dopo un periodo in cure palliative domiciliari. I risultati osservati dai modelli di regressione hanno rilevato che buoni livelli di funzione riflessiva erano negativamente associati ai sintomi depressivi rilevati sul campione, e ciò potrebbe significare che fallimenti nella mentalizzazione possono aumentare il rischio di disagio psicologico in risposta alla perdita della persona cara. Difatti, in conformità ai risultati della presente ricerca, dai dati di Lenzo e colleghi (2022) emerge che la compromissione della funzione riflessiva è associata positivamente a disturbi d’ansia e depressione.

Dai dati ottenuti sul campione di riceventi trapianto, possiamo presupporre che i livelli di mentalizzazione orientati alla certezza degli stati mentali possano essere un fattore protettivo verso gli effetti di problematiche psicologiche sulla capacità di adeguare i propri comportamenti al fine di mantenere l’aderence medica e stili di vita salutari. Analoghi risultati sono stati riscontrati su un recente studio su un campione di donne affette da tumore al seno (Cieślak et al., 2022), in cui è stato rilevato che i livelli di mentalizzazione predicono l’adattamento e la soddisfazione verso per la vita, grazie a una maggiore comprensione ed accettazione dei propri stati emotivi, utilizzando questi anche per orientarsi nella propria condizione di vita senza rifiutarla. Di converso, bassi livelli di mentalizzazione espongono il campione a strategie di adattamento disfunzionali, preoccupazioni ansiose, finanche impotenza, che a sua volta porterebbero maggiori livelli di stress e ridotta motivazione ad aderire ai trattamenti per combattere la neoplasia. Se ne deduce quindi che maggiore è la capacità del soggetto riflettere sui propri affetti e stati interni – in relazione con la propria malattia – maggiore sarà la sua capacità di reagire attraverso strategie di adattamento costruttivo (Hayden et al, 2021).

In letteratura vi sono esigue ricerche che hanno esplorato il valore predittivo della funzione riflessiva in qualità di moderatore, ma con risultati incoraggianti (Katznelson, 2014). Uno studio di Taubner e colleghi (2011) su pazienti affetti da depressione cronica

ha evidenziato che la funzione riflessiva prediceva la salute mentale generale a 8 mesi di trattamento. Inoltre, i risultati presentavano correlazioni positive tra la funzione riflessiva e l'alleanza terapeutica, indicando che maggiori livelli di mentalizzazione supportano fattori essenziali per l'adesione al trattamento (Heinonen et al., 2022).

Gullestad e colleghi (2012) hanno inoltre osservato su pazienti con disturbi della personalità che la funzione riflessiva modera il miglioramento psico-sociale all'inizio del trattamento, suggerendo così che una mentalizzazione adeguata permette ai pazienti di cogliere i benefici della terapia più rapidamente di coloro che presentano livelli bassi di mentalizzazione. Un ulteriore studio con analisi di moderazione è stato svolto da Ballespí e colleghi (2021), i quali hanno approfondito l'effetto dell'ansia sociale su outcome psico-sociali sulla popolazione generale di adolescenti, rilevando che – laddove sussistono buoni livelli di mentalizzazione sui propri stati mentali – l'ansia sociale ha un effetto meno debilitante. Taubner e colleghi (2012), nell'esplorare il rapporto tra psicopatia e comportamento aggressivo, hanno rilevato che la funzione riflessiva modera significativamente tale relazione, pertanto la psicopatia era altamente predittiva di comportamenti aggressivi sia reattivi che proattivi quando la funzione riflessiva presentava livelli bassi; al contrario, maggiore capacità di mentalizzazione ha reso la relazione tra psicopatia e comportamento aggressivo non significativa.

Dai risultati emersi nel presente lavoro, e dalle ricerche analoghe finora profuse sul tema, è possibile considerare la capacità di mentalizzare come un fattore rilevante nel supportare gli individui impegnati nell'adattamento ad esperienze di vita complesse, quali la perdita e la malattia, per recuperare autonomia e senso di padronanza e favorire azioni consapevoli e adattive, essenziali nella comprensione e promozione dei comportamenti aderenti. Per la ricerca futura va tenuto conto che i risultati osservati nella presente ricerca hanno portato a un  $R^{2\text{adjusted}}$  del 17%, pertanto è essenziale tenere in considerazione ulteriori fattori per approfondire l'impatto sull'aderence medica, quali i fattori biologici, come ad esempio gli effetti collaterali delle farmacoterapie, i fattori psicologici quali stili di personalità, meccanismi di difesa prevalenti, e i fattori relazionali, istituzionali e ambientali.

### *Conclusione e implicazioni cliniche*

Come evidenziato dalla letteratura sul tema, l'importanza dell'intervento psicologico con i pazienti trapiantati si estende ben al di là della valutazione all'idoneità al trapianto e della degenza ospedaliera (Olbrisch et al., 2002; Calia et al., 2011; Schultz et al., 2015; Patel et al., 2020; Látos et al., 2022; Sambucini et al., 2022). I risultati della presente ricerca rappresentano un'implicazione considerevole nella pratica clinica orientata alla prevenzione del disagio psicologico e la promozione dell'adattamento dello stile di vita nella popolazione trapiantata. Nella considerazione che tali risultati necessitano di ulteriori approfondimenti e di riprove metodologicamente solide nel lungo periodo, questi possono essere un'iniziale supporto verso l'utilizzo di pratiche *mentalization-based* in rapporto alla cronicità, volte a ridurre i fallimenti della funzione riflessiva in esperienze avverse di vita (Luyten et al., 2012) per sostenere così la capacità del soggetto di mentalizzare e mantenere così un senso di Sé in qualità di agente emotivamente impegnato – nonostante i mutamenti e le incertezze – nelle sue possibilità evolutive attraverso l'integrazione tra il sentire, il pensiero e l'azione.

Prevenire il disagio psicologico attraverso il sostegno della funzione riflessiva può divenire un fattore essenziale nel mantenimento dell'adherence, vieppiù in quelle condizioni critiche in cui il soggetto avverte che le proprie risorse emotive e sociali non sono sufficienti per fronteggiare le difficoltà crescenti e, come nella malattia cronica, ingravescenti e dilungate nel tempo (Caplan, 1964; Luyten et al., 2012). Una maggiore competenza mentalizzante potrebbe promuovere una consapevolezza adattativa del disagio psicologico vissuto e i comportamenti di non-adherence, che possono così acquisire una connotazione emotivamente orientata – in risposta a vissuti di dipendenza, impotenza, rivendicazione di autonomia, resistenze nel riconoscersi nella nuova identità di trapiantato – utilizzabile nella comunicazione nel proprio ambiente affettivo e nel rapporto con i sanitari (Malberg et al., 2013; Calia et al., 2015). Coerentemente con la letteratura recentissima sulla patologia neoplastica (Cieślak et al., 2022), i risultati di questa ricerca possono essere utili per ricercatori e clinici che lavorano nella rete trapiantologica al fine di indirizzare l'intervento psicologico pre e post trapianto verso la protezione e la promozione dell'elaborazione emotiva e la capacità intenzionale dei pazienti (Pierro et al., 2022). La funzione riflessiva, difatti, può essere concepita come un sistema cruciale per l'organizzazione del Sé (Fonagy & Target, 1997), pertanto sostenere

tale capacità potrebbe consistere in un vero e proprio ancoraggio dell'esperienza di Sé come strutturato e coerente, nonostante le profonde e gravose trasformazioni psico-corporee richieste dalla pratica chirurgica trapiantologica. Gli interventi psicologici radicati nell'approccio mentalizzante, per la loro natura processuale e continuata nel tempo, potrebbero essere particolarmente indicati per tamponare gli effetti stressogeni dell'iter trapiantologico, mantenendo un focus sugli stati mentali del paziente come vengono vissuti (Bateman & Fonagy 2016) – in considerazione di un percorso spesso dilungato nel tempo – per valorizzare la promozione della capacità di salutogenesi e la resilienza nei pazienti (Stein, 2006; Luyten et al., 2020).

In conclusione, la cornice della mentalizzazione rappresenta una possibilità di ripensare il disagio psichico in termini dinamici, esiti di un processo di adattamento che può incorrere in esiti disfunzionali, ma che consistono nel miglior equilibrio possibile dell'interazione tra la dotazione psicologica dell'individuo – e la sua vulnerabilità alla psicopatologia o fattore *p*, come ripreso da Caspi & Moffit (2018) – la sua predisposizione biologica e l'ambiente (Luyten & Fonagy, 2022). Solo in considerazione di questa complessa influenza reciproca sarà possibile affinare l'intervento sanitario in un'ottica centrata sulla persona.

### *Limiti*

Il presente studio, al netto dei risultati e dei possibili sviluppi per traiettorie di ricerca futura e di orientamento alle prassi di intervento psicologico in ambito sanitario, presenta dei limiti intrinseci che è necessario considerare.

In prima istanza, la numerosità campionaria non è stata sufficiente per fornire dei risultati generalizzabili alla più ampia popolazione dei riceventi trapianto, per cui accrescere il campione permetterebbe di cogliere le peculiari differenze che intercorrono nelle diverse tipologie di trapianto di organo solido e di donazione. Nello specifico, il campione risulta sbilanciato sul trapianto ricevuto, con una ampia maggioranza di trapiantati renali; tale dato può essere parzialmente spiegato dall'evidenza che in Italia il trapianto renale è stato il più praticato sin dall'implementazione della chirurgia trapiantologica, e probabilmente ciò è dovuto alla maggiore conservabilità dei reni prelevati per il trapianto e per la crescente diffusione della donazione da vivente (Centro Nazionale Trapianti, 2021). Sarebbe auspicabile, per verificare la solidità dei risultati

ottenuti, implementare studi ad ampio raggio al fine di bilanciare il campione per organo ricevuto, in modo da sviluppare confronti accurati nella considerazione dei vissuti veicolati dall'esperienza di un trapianto di organo vitale rispetto a un organo non vitale (Sambucini et al., 2022). In questo senso, l'uso di metodologie miste quantitative e qualitative potrebbe descrivere con più accuratezza l'esperienza di trapianto con le sue molteplici connotazioni. Inoltre, il campione si è rivelato essere profondamente eterogeneo riguardo al tempo trascorso dall'intervento chirurgico, raccogliendo sia pazienti appena trapiantati – alcuni in vero e proprio regime di ricovero – sia trapiantati di lunga data. È plausibile che l'uso di criteri di esclusione poco specifici e la natura cross-sectional dello studio abbia causato questa eterogeneità, che potrebbe essere appianata da una strutturazione longitudinale.

In qualità di studio trasversale, questa ricerca ha reclutato un campione di convenienza – considerata anche la specificità della popolazione attenzionata – che espone i dati raccolti a errori quali il *volunteer bias* (Wallin, 1949), per cui i rispondenti potrebbero non essere rappresentativi della popolazione, in quanto coloro che volontariamente partecipano a una ricerca potrebbero essere accumulati da caratteristiche personali ed economiche, come ad esempio il grado di energia e motivazione nel fornire le risposte, o device adeguati alla compilazione. La strategia di divulgazione tramite social media, difatti, potrebbe aver escluso potenziali partecipanti che non hanno dimestichezza con le nuove tecnologie. Per la ricerca futura emerge l'inderogabile necessità di creare protocolli di ricerca condivisi a livello multicentrico, promuovendo la sinergia tra istituzioni sanitarie, la rete trapiantologica nazionale e gli enti di ricerca. In questo modo, per avvalorare il ruolo della funzione riflessiva sulla relazione tra la salute mentale e l'adherence, sarebbero agevolati disegni di ricerca longitudinali volti a dimostrare solidamente le relazioni di natura causale tra le variabili considerate. Tale approccio potrebbe favorire anche la possibilità di raccogliere i trend sull'adherence nella popolazione nazionale, fattore al momento indagato prospetticamente solo a livello locale (Toti et al., 2022), per cui confrontare i dati del campione con i livelli di adherence dei trapiantati a livello nazionale – e verificarne la generalizzabilità – risulta attualmente disagevole.

Procedere su questo campo di ricerca, nonostante i limiti, potrebbe fornire ulteriore sostegno all'ipotesi che i fallimenti nella mentalizzazione possono comportare un rischio

per i pazienti trapiantati, più esposti al disagio psicologico e, pertanto, meno inclini a seguire i regimi terapeutici; la conferma di tali risultati può orientare interventi psicologici continuativi, al fine di sostenere e accompagnare il paziente trapiantato nell'adattamento alla cronicità, in considerazione delle peculiarità date dalla fase dell'iter trapiantologico e delle criticità trapianto-specifiche.

## CONCLUSIONI

Definire una conclusione per un tema appena dischiuso è quanto più un percorso disagiata alla scrivente, in quanto questo lavoro di ricerca lascia aperte questioni nodali, a partire dalla necessità di riconfigurare i processi di cura del paziente a seguito del trapianto; potenziare la rete trapiantologica sul piano territoriale, e quindi ridurre la necessità di migrazione dei pazienti presso strutture decentrate dal proprio ambiente di residenza, può facilitare la strutturazione di percorsi a lungo termine sia per i riceventi trapianto che per i loro sistemi sociali, con il vantaggio di poter orientare anche la ricerca su archi temporali più ampi e riducendo il rischio di dispersione dell'utenza (Lovera et al., 2000). Con il presente lavoro di ricerca si è voluto esplorare l'elemento psicologico della chirurgia dei trapianti, spesso sacrificato in medicina in funzione di perseguire il ripristino del migliore funzionamento fisiologico possibile (Russon & Jacobson, 2018). Ma la malattia somatica per sua natura recide l'esperienza di continuità della vita dell'individuo, obbligandolo a fronteggiare incertezze, sofferenze e finanche il limite improrogabile della vita (Martino et al., 2022), costituendo un fattore esiziale per la salute mentale. Attraverso il vertice psicodinamico è stato possibile fornire una chiave di lettura dei fattori psicologici significativi che possono contribuire ai molteplici esiti psicopatologici evidenziati in letteratura a seguito del trapianto (Dew e tal., 2001; Miller et al., 2013; Yagil et al., 2017). L'iter trapiantologico elicitava angosce di morte fin dal principio della malattia, relative alla prosecuzione dell'insufficienza organica, poi alla minaccia di non sopravvivere all'intervento chirurgico, fino alle preoccupazioni relative alla durata dell'innesto e i rischi di rigetto. Questa condizione di grave minaccia, profonda incertezza, e la consapevolezza di aver incorporato un altro essere umano che è morto o che – come nel caso più limitato dei donatori viventi – ha rinunciato a uno dei suoi organi per mantenere in vita il paziente, facilitano profonde regressioni (Castelnuovo-Tedesco, 1978). Ripercorrere i maggiori contributi psicoanalitici sulle radici della formazione del Sé, come organizzazione psico-somatica interagente con il mondo oggettuale, ha evidenziato che l'esperienza di malattia e il conseguente trapianto possono rappresentare vere e proprie ferite narcisistiche, richiami di arcaiche minacce di disintegrazione e,

pertanto, richiedono l'investimento di risorse psichiche ingenti per poter progressivamente ristabilire una rappresentazione di Sé coesa e stabile, scongiurando, quindi, il rischio di reazioni ostili verso l'oggetto-organo, di rigetto psicologico e di non-adherence (Malberg et al., 2008; Malberg et al., 2013). A tal proposito, è stato quindi applicato il corpus teorico della mentalizzazione (Fonagy et al., 2002; Luyten et al., 2012; Fonagy & Bateman, 2016; Bateman & Fonagy, 2019), in qualità di prospettiva teorica e clinica in grado di fornire nuovi spunti al tema. Sebbene la teoria della mentalizzazione abbia un'applicazione storicamente solida, è da poco tempo che ha cominciato ad avvicinarsi a condizioni cliniche esuli dalla psicopatologia della personalità e maggiormente pertinenti all'ambito della malattia organica e il suo rapporto con il distress psicologico (Colonnello & Agostini et al., 2020; Cieślak et al., 2022; Lenzo et al., 2022).

La proposta del Transplanted Organ Questionnaire (Corruble et al., 2012), strumento self-report per valutare la rappresentazione del trapianto finora inutilizzato in Italia, ha evidenziato ad avviso della scrivente tutta la complessità nell'uso di strumenti quantitativi per cogliere esperienze profonde quali i sentimenti verso l'organo trapiantato e il donatore, ma al contempo dispone di un questionario orientato a queste dimensioni può coadiuvare l'attenzione di futuri clinici e ricercatori nel considerare la qualità delle rappresentazioni psichiche elicitate dal trapianto in rapporto agli outcome di salute e alla funzione riflessiva che può sostenere i riceventi nel lungo periodo. I risultati ottenuti esprimono una sostanziale applicabilità del modello della mentalizzazione per comprendere gli effetti diretti ed indiretti del disagio psicologico sui comportamenti aderenti, con un focus sulla funzione riflessiva la cui capacità, se non inibita dagli effetti traumatici della malattia o degnamente protetta da interventi preventivi, può sostenere i pazienti nel mantenere stili di vita e adherence adeguati.

Questo dato, oltre a stimolare nuovi quesiti di ricerca, apre profonde riflessioni sulla necessità di ripensare i percorsi trapiantologici alla luce delle specifiche difficoltà emotive vissute dai riceventi trapianto, dall'inserimento nelle liste d'attesa fino alla gestione del trapianto, in un passaggio sequenziale che possa monitorare e intervenire sul disagio psicologico e attuare programmi di intervento mirati per favorire l'integrazione dell'organo nel proprio apparato psico-fisico, nella propria identità e, attraverso l'adherence, nella propria quotidianità. L'importanza di offrire spazi di intervento psicologico contigui, continuativi ed integrati nel percorso trapiantologico (Schmajuk et

al., 2019) si traduce nella possibilità data ai riceventi trapianto di essere accompagnati, tappa per tappa, in un cammino insidioso, costellato da esperienze di perdita, dolore e faticosa ri-configurazione di Sé verso una conquista sempre nuova della propria autonomia.

## BIBLIOGRAFIA

- Abdullah, M. S., Al-Waili, N. S., Baban, N. K., Butler, G. J., & Sultan, L. (2006). Postsurgical psychosis: Case report and review of literature. *Advances in Therapy* 2006 23:2, 23(2), 325–331. <https://doi.org/10.1007/BF02850137>
- Åberg, F. (2020). Quality of life after liver transplantation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 46–47, 101684. <https://doi.org/10.1016/J.BPG.2020.101684>
- Åberg, F. (2020). Quality of life after liver transplantation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 46–47, 101684. <https://doi.org/10.1016/J.BPG.2020.101684>
- Achille, M. A., Ouellette, A., Fournier, S., Vachon, M., & Hébert, M. J. (2006). Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation. *Clinical Transplantation*, 20(3), 301–306. <https://doi.org/10.1111/J.1399-0012.2005.00478.X>
- Allen, J. G., Fonagy, P. (2006). *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Il Mulino, 2008
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman A. W. (2008). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Raffaello Cortina, 2010
- Anderson, B. J., Chesley, C. F., Theodore, M., Christie, C., Tino, R., Wysoczanski, A., Ramphal, K., Oyster, M., Kalman, L., Porteous, M. K., Bermudez, C. A., Cantu, E., Kolson, D. L., Christie, J. D., & Diamond, J. M. (2018). Incidence, risk factors, and clinical implications of post-operative delirium in lung transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 37(6), 755–762. <https://doi.org/10.1016/J.HEALUN.2018.01.1295>

- Annema, C., Roodbol, P. F., Stewart, R. E., Porte, R. J., & Ranchor, A. V. (2015). Prevalence of psychological problems and associated transplant-related variables at different time periods after liver transplantation. *Liver transplantation: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*, 21(4), 524–538. <https://doi.org/10.1002/lt.24075>
- Apolone, G., & Mosconi, P. (1998). The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1025-1036.
- Avşar, U., Avşar, U. Z., Cansever, Z., Yucel, A., Cankaya, E., Certeş, H., Keleş, M., Aydınli, B., & Yucel, N. (2015). Caregiver Burden, Anxiety, Depression, and Sleep Quality Differences in Caregivers of Hemodialysis Patients Compared With Renal Transplant Patients. *Transplantation Proceedings*, 47(5), 1388–1391. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPROCEED.2015.04.054>
- Bachem, R.; Baumann, J.; Köllner, V. (2019). ICD-11 Adjustment Disorder among Organ Transplant Patients and Their Relatives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3030. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16173030>
- Badoud, D., Prada, P., Nicastro, R., Germond, C., Luyten, P., Perroud, N., & Debbané, M. (2018). Attachment and reflective functioning in women with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 32(1), 17-30. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_283](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_283)
- Baldoni, F. (2014). Mentalizzazione e integrazione psicosomatica del Sé. In: Northoff, G., Farinelli, M., Chattat, R., Baldoni, F. (a cura di). *La plasticità del Sé. Un approccio neuropsicodinamico*. Il Mulino
- Ballespí, S., Vives, J., Sharp, C., Chanes, L., & Barrantes-Vidal, N. (2021). Self and Other Mentalizing Polarities and Dimensions of Mental Health: Association With Types of Symptoms, Functioning and Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.566254>

- Basch, S. H. (1973). The intrapsychic integration of a new organ. {A} clinical study of kidney transplantation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 42(3), 364–384. <https://doi.org/10.1080/21674086.1973.11926639>
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline*. Raffaello Cortina, Milano 2006.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2015). Borderline personality disorder and mood disorders: Mentalizing as a framework for integrated treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 792-804. <https://doi.org/10.1002/jclp.22206>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2016). *Mentalizzazione e disturbi di personalità. Una guida pratica al trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2019.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions* (Vol. 133). Sage.
- Belaiche, S., Décaudin, B., Dharancy, S., Noel, C., Odou, P., & Hazzan, M. (2017). Factors relevant to medication non-adherence in kidney transplant: a systematic review. 39(3), 582–593. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-017-0436-4>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.
- Bhat, M., Mara, K., Dierkhising, R., & Watt, K. D. S. (2018). Immunosuppression, Race, and Donor-Related Risk Factors Affect De novo Cancer Incidence Across Solid Organ Transplant Recipients. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(9), 1236–1246. <https://doi.org/10.1016/J.MAYOCP.2018.04.025>
- Bion, W. R. (1965). *Trasformazioni: il passaggio dell'apprendimento alla crescita*. Roma, Armando, 1973
- Bion, W. R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma, Armando, 1973

- Bion, W. R. (1985) *Seminari italiani: testo completo dei Seminari tenuti da W. R. Bion a Roma*. Borla
- Bion, W. R., (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma, Armando, 1972.
- Birkefeld, K., Bauer-Hohmann, M., Klewitz, F., Kyaw Tha Tun, E. M., Tegtbur, U., Pape, L., Schiffer, L., Schiffer, M., de Zwaan, M., & Nöhre, M. (2022). Prevalence of Mental Disorders in a German Kidney Transplant Population: Results of a KTx360°-Substudy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/S10880-022-09861-0/TABLES/6>
- Bottesi, G., Granzio, U., Forza, G., Volpe, B., Feltrin, A., Battermann, F., Cavalli, C., Cillo, U., Gerosa, G., Fraiese, A., Rea, F., Loy, M., Maiorano, D., Rizzi, I., Leandro, G., Ferraro, C., Biasi, C., Donato, D., Vidotto, G., & Maldonado, J. R. (2020). The Psychosocial Assessment of Transplant Candidates: Inter-Rater Reliability and Predictive Value of the Italian Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT). *Psychosomatics*, 61(2), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2019.11.008>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological methods & research*, 21(2), 230-258.
- Büchi, S., & Sensky, T. (1999). PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 40(4), 314–320. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71225-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71225-9)
- Burra, P., & De Bona, M. (2007). Quality of life following organ transplantation. *Transplant international: official journal of the European Society for Organ Transplantation*, 20(5), 397–409. <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2006.00440.x>
- Burra, P., Germani, G., Gnoato, F., Lazzaro, S., Russo, F. P., Cillo, U., & Senzolo, M. (2011). Adherence in liver transplant recipients. *Liver transplantation : official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*, 17(7), 760–770. <https://doi.org/10.1002/lt.22294>

- Busoni, L., & Di Fabio, A. (2008). Misurare il supporto sociale percepito: Proprietà psicometriche della Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in un campione di studenti universitari. *Misurare il supporto sociale percepito*, 1000-1012.
- Calaresi, D., & Barberis, N. (2019). The relationship between reflective functioning and alexithymia. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*, 1(2). <https://doi.org/10.6092/2612-4033/0110-2107>
- Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Camardese, G., Lai, S., Fantozzi, C., Pietroni, V., Salerno, M. P., Spagnoletti, G., Pedroso, J. A., Romagnoli, J., & Citterio, F. (2015). Emotional self-efficacy and alexithymia may affect compliance, renal function and quality of life in kidney transplant recipients: Results from a preliminary cross-sectional study. *Physiology and Behavior*, 142, 152–154. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.02.018>
- Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Saraceni, C., Lai, S., Gargiulo, A., & Citterio, F. (2011). Preoperative Psychological Factors Predicting Graft Rejection in Patients Undergoing Kidney Transplant: A Pilot Study. *Transplantation Proceedings*, 43(4), 1006–1009. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPROCEED.2011.01.158>
- Cannavò, A., Passamonti, S. M., Vincenti, D., Aurelio, M. T., Torelli, R., Poli, F., Piccolo, G., & Cardillo, M. (2019). Quality of Life Before and After Transplantation in Solid Organ Recipients Referred to the North Italy Transplant program (NITp): A Cross-sectional Study. *Transplantation Proceedings*, 51(6), 1692–1698. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.02.034>
- Caplan, G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Carugati F. (1979). *Il Sé e l'identità: alla ricerca di una teoria*. Editore F.lli Lega.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175, 831–844. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>

- Castelnuovo-Tedesco, P. (1973). Organ transplant, body image, psychosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 42(3), 349–363. <https://doi.org/10.1080/21674086.1973.11926638>
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1978). Ego Vicissitudes in Response to Replacement or Loss of Body Parts Certain Analogies to Events During Psychoanalytic Treatment. *The Psychoanalytic Quarterly*, 47(3), 381–397. <https://doi.org/10.1080/21674086.1978.11926849>
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1981). Transplantation: Psychological Implications of Changes in Body Image. In: Levy, N. B. (Eds.) *Psychonephrology 1. Psychological Factors in Hemodialysis and Transplantation*. Springer New York, NY.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (Eds.) *Psychiatric aspects of organ transplantation*. New York: Grune and Stratton, 1971.
- Centro Nazionale Trapianti (2021). Report 2021 dell'attività annuale della Rete nazionale trapianti. <https://www.trapianti.salute.gov.it/trapianti/dettaglioComunicatiNotizieCnt.jsp?lingua=italiano&area=cnt&menu=media&sottomenu=news&id=773>
- Chiesa, S. (1989) Il trapianto d'organo: crisi e adattamento psicologico, *Psichiatria e Medicina*, 10:15–21
- Chisholm-Burns, M. A., Lance, C. E., & Mulloy, L. L. (2005). Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 62(17), 1775–1781. <https://doi.org/10.2146/ajhp040541>
- Chisholm-Burns, M. A., Spivey, C. A., & Wilks, S. E. (2010). Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 24(3), 312–320. <https://doi.org/10.1111/J.1399-0012.2009.01060.X>

- Chisholm-Burns, M., Pinsky, B., Parker, G., Johnson, P., Arcona, S., Buzinec, P., ... & Cooper, M. (2012). Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. *Clinical transplantation*, 26(5), 706-713.
- Cicognani, E., Mazzoni, D., Totti, V., Roi, G. S., Mosconi, G., & Nanni Costa, A. (2015). Health-related quality of life after solid organ transplantation: the role of sport activity. *Psychology, Health & Medicine*, 20(8), 997–1004. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.993404>
- Cieślak, M., Kozaka, J., Golińska, P. B., & Bidzan, M. (2022). Mentalization and Its Relation to Life Satisfaction and the Level of Mental Adjustment to Illness in Women with Breast Cancer—A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol. 19, Page 10323, 19(16), 10323. <https://doi.org/10.3390/IJERPH191610323>
- Cipolletta, S., Entilli, L., Nucci, M., Feltrin, A., Germani, G., Cillo, U., & Volpe, B. (2019). Psychosocial Support in Liver Transplantation: A Dyadic Study With Patients and Their Family Caregivers. *Frontiers in Psychology*, 10, 2304. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02304>
- Colonnello, V., & Agostini, A. (2020). Disease course, stress, attachment, and mentalization in patients with inflammatory bowel disease. *Medical hypotheses*, 140, 109665. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109665>
- Contrada, R., & Baum, A. (Eds.). (2010). *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*. Springer Publishing Company.
- Corbett, C., Armstrong, M. J., Parker, R., Webb, K., & Neuberger, J. M. (2013). Mental health disorders and solid-organ transplant recipients. *Transplantation*, 96(7), 593–600. <https://doi.org/10.1097/TP.0B013E31829584E0>
- Corruble, E., Barry, C., Varescon, I., Castaing, D., Samuel, D., & Falissard, B. (2012). The Transplanted Organ Questionnaire: a validation study. *Journal of psychosomatic research*, 73(4), 319–324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.012>

- Cramer P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *The American psychologist*, 55(6), 637–646. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.637>
- Cramer, P. (1987). The development of defense mechanism. *Journal of Personality*, 55, 597-614. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00454.x>
- Craney, T. A., & Surles, J. G. (2007). Model-Dependent Variance Inflation Factor Cutoff Values. *Quality Engineering*, 14(3), 391–403. <https://doi.org/10.1081/QEN-120001878>
- Cucchi, A., Hampton, J. A., & Moulton-Perkins, A. (2018). Using the validated Reflective Functioning Questionnaire to investigate mentalizing in individuals presenting with eating disorders with and without self-harm. *PeerJ*, 6, e5756. <https://doi.org/10.7717/peerj.5756>
- Cukor, D., Ver Halen, N., Pencille, M., Tedla, F., & Salifu, M. (2017). A Pilot Randomized Controlled Trial to Promote Immunosuppressant Adherence in Adult Kidney Transplant Recipients. *Nephron*, 135(1), 6–14. <https://doi.org/10.1159/000448627>
- Davydow, D. S., Lease, E. D., & Reyes, J. D. (2015). Posttraumatic stress disorder in organ transplant recipients: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 37(5), 387–398. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2015.05.005>
- De Luca Picione, R., Freda, M. F., & Savarese, L. (2021). The Construction of the Sense of Grip on Chronic Disease. Clinical and Ethical Implications from Health Psychology Perspectives. In *Foundation of Ethics-Based Practices* (pp. 115-134). Springer, Cham.
- De Pasquale, C., Pistorio, M. L., Veroux, P., Gioco, R., Giaquinta, A., Privitera, F., & Veroux, M. (2021). Quality of life and mental health in kidney transplant recipients during the covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645549>
- De Pasquale, C., Luisa Pistorio, M., Veroux, M., Indelicato, L., Biffa, G., Bennardi, N., Zoncheddu, P., Martinelli, V., Giaquinta, A., Veroux, P., Pistorio, M. L., Veroux, M., Indelicato, L., Biffa, G., Bennardi, N., Zoncheddu, P., Martinelli, V., Giaquinta, A., Veroux, P., ... Veroux, P. (2020). Psychological and psychopathological aspects of

- kidney transplantation: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11(March), 1.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00106>
- De Pasquale, C., Pistorio, M. L., Veroux, M., Martinelli, V., Giaquinta, A., & Veroux, P. (2020). Study of Defense Mechanisms in Kidney Transplanted Subjects. *Transplantation Proceedings*, 52(5), 1570–1576.  
<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.02.076>
- De Pasquale, C., Veroux, M., Pistorio, M. L. L., Papotto, A., Basile, G., Patanè, M., Veroux, P., Giaquinta, A., & Sciacca, F. (2019). Return to Work and Quality of Life: A Psychosocial Survey After Kidney Transplant. *Transplantation Proceedings*, 51(1), 153–156. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.04.083>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*”.
- Decreto Legge 1 Aprile 1999, n° 91 “*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*”
- Decreto Legge 16 dicembre 1999, n° 483 (G.U. 20/12/1999, n. 297). “*Norme per consentire il trapianto parziale di fegato*”.
- Decreto Legge 26 giugno 1967, n° 458 (G.U. 27/6/1967, n. 160). “*Trapianto del rene tra persone viventi*”.
- Demian, M. N., Thornton, A. E., Shapiro, R. J., & Loken Thornton, W. (2020). Negative affect and self-agency’s association with immunosuppressant adherence in organ transplant: A meta-analysis. *Health Psychology*, 40(2), 89.  
<https://doi.org/10.1037/HEA0001047>
- Denny, B., Kienhuis, M., & Gavidia-Payne, S. (2015). Explaining the quality of life of organ transplant patients by using crisis theory. *Progress in Transplantation*, 25(4), 324–331. <https://doi.org/10.7182/pit2015904>
- Derogatis L. R. (1993) *Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual*. 4th ed. Minneapolis, MN: NCS, Pearson, Inc; 1993

- Dew, M. A., DiMartini, A. F., De Vito Dabbs, A., Myaskovsky, L., Steel, J., Unruh, M., Switzer, G. E., Zomak, R., Kormos, R. L., & Greenhouse, J. B. (2007). Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation*, 83(7), 858–873. <https://doi.org/10.1097/01.TP.0000258599.65257.A6>
- Dew, M. A., DiMartini, A. F., DeVito Dabbs, A. J., Fox, K. R., Myaskovsky, L., Posluszny, D. M., Switzer, G. E., Zomak, R. A., Kormos, R. L., & Toyoda, Y. (2012). Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 34(2), 127–138. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2011.11.009>
- Dew, M. A., Goycoolea, J. M., Harris, R. C., Lee, A., Zomak, R., Dunbar-Jacob, J., Rotondi, A., Griffith, B. P., & Kormos, R. L. (2004). An internet-based intervention to improve psychosocial outcomes in heart transplant recipients and family caregivers: development and evaluation. *The Journal of heart and lung transplantation: the official publication of the International Society for Heart Transplantation*, 23(6), 745–758. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2003.07.002>
- Dew, M. A., Kormos, R. L., DiMartini, A. F., Switzer, G. E., Schulberg, H. C., Roth, L. H., & Griffith, B. P. (2001). Prevalence and Risk of Depression and Anxiety-Related Disorders During the First Three Years After Heart Transplantation. *Psychosomatics*, 42(4), 300–313. <https://doi.org/10.1176/APPI.PSY.42.4.300>
- Dew, M. A., Posluszny, D. M., DiMartini, A. F., Myaskovsky, L., Steel, J. L., & DeVito Dabbs, A. J. (2018). Posttransplant Medical Adherence: What Have We Learned and Can We Do Better? *Current Transplantation Reports*, 5(2), 174–188. <https://doi.org/10.1007/s40472-018-0195-8>
- Dew, M. A., Rosenberger, E. M., Myaskovsky, L., DiMartini, A. F., DeVito Dabbs, A. J., Posluszny, D. M., Steel, J., Switzer, G. E., Shellmer, D. A., & Greenhouse, J. B. (2015). Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality After Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Transplantation*, 100(5), 988–1003. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000901>

- Di\_Matteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(2), 207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- DiMartini, A., Crone, C., Fireman, M., & Dew, M. A. (2008). Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care. *Critical care clinics*, 24(4), 949-981.
- DiMartini, A., Dew, M. A., Chaiffetz, D., Fitzgerald, M. G., Devera, M. E., & Fontes, P. (2011). Early trajectories of depressive symptoms after liver transplantation for alcoholic liver disease predicts long-term survival. *American Journal of Transplantation*, 11(6), 1287-1295. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03496.x>
- Doering, L. V., Chen, B., Deng, M., Mancini, D., Kobashigawa, J., & Hickey, K. (2018). Perceived control and health-related quality of life in heart transplant recipients. *European journal of cardiovascular nursing*, 17(6), 513–520. <https://doi.org/10.1177/1474515117749225>
- Eichenlaub, M., Ruettner, B., Seiler, A., Jenewein, J., Boehler, A., Benden, C., Wutzler, U., & Goetzmann, L. (2021). The Actualization of the Transplantation Complex on the Axis of Psychosomatic Totality-Results of a Qualitative Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 455. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040455>
- Ekeblad, A., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 67–78. <https://doi.org/10.1037/CCP0000055>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Faravelli, I., Velardo, D., Podestà, M. A., & Ponticelli, C. (2021). Immunosuppression-related neurological disorders in kidney transplantation. 34(2). <https://doi.org/10.1007/S40620-020-00956-1>
- Favaro, A., Gerosa, G., Caforio, A. L. P., Volpe, B., Rupolo, G., Zarneri, D., Boscolo, S., Pavan, C., Tenconi, E., d'Agostino, C., Moz, M., Torregrossa, G., Feltrin, G.,

- Gambino, A., & Santonastaso, P. (2011). Posttraumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: The relationship with outcome and adherence to medical treatment. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.10.001>
- Feltrin, A., Pegoraro, R., Rago, C., Benciolini, P., Pasquato, S., Frasson, P., Buizza, V., Ermani, M., & Rupolo, G. (2008). Experience of donation and quality of life in living kidney and liver donors. *Transplant International*, 21(5), 466–472. <https://doi.org/10.1111/J.1432-2277.2007.00632.X>
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. W W Norton & Co.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., Blüml, V., & Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 202–207. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E3182845C0A>
- Fonagy, P. (2001). *Psicanalisi e teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina, 2005
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <http://doi:10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant mental health journal*, 32(1), 47–69. <https://doi.org/10.1002/imhj.20283>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of

- mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS one*, 11(7), e0158678.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Freud, S. (1911). *Precisazione sui due principi dell'accadere psichico*. OSF Bollati Boringhieri 6.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. OSF Bollati Boringhieri 7.
- Freud, S. (1915) *La rimozione*. OSF Bollati Boringhieri 8.
- Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*. OSF Bollati Boringhieri 8.
- Freud, S. (1919). *Il perturbante*, OSF Bollati Boringhieri 9.
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio di piacere*. OSF Bollati Boringhieri 9.
- Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF Bollati Boringhieri 9.
- Freud, S. (1922). *L'Io e L'Es*. OSF Bollati Boringhieri 9.
- Freud, S. (1925). *Inibizione sintomo e angoscia*. OSF Bollati Boringhieri 10.
- Freud, S. (1990). *Eros e conoscenza. Lettere tra Freud e Andreas Salomé (1912-1936)*, OSF Bollati Boringhieri.
- Fukunishi, I., Kita, Y., Sugawara, Y., & Makuuchi, M. (2003). Paradoxical psychiatric syndrome and DSM-IV psychiatric disorders in recipients after living donor transplantation. *Transplantation Proceedings*, 35(1), 294.  
[https://doi.org/10.1016/S0041-1345\(02\)03912-X](https://doi.org/10.1016/S0041-1345(02)03912-X)
- Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H., & Surman, O. S. (2001). Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics*, 42(4), 337–343. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.4.337>
- Gaddini, E. (1969). *Sulla imitazione*. In: *Scritti 1953-1985 Raffaello Cortina*.
- Gaddini, E. (1976-1978). *L'invenzione dello spazio in psicoanalisi*. In: *Scritti 1953-1985 Raffaello Cortina*.
- Gaddini, E. (1980). *Note sul problema mente-corpo*. In: *Scritti 1953-1985 Raffaello Cortina*.

- Gaddini, E. (1981). Fantasie difensive precoci e processo psicoanalitico. In: Scritti 1953-1985 Raffaello Cortina.
- Garon-Bissonnette, J., Duguay, G., Lemieux, R., Dubois-Comtois, K., & Berthelot, N. (2022). Maternal childhood abuse and neglect predicts offspring development in early childhood: The roles of reflective functioning and child sex. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105030.
- Germani, G., Lazzaro, S., Gnoato, F., Senzolo, M., Borella, V., Rupolo, G., Cillo, U., Rigotti, P., Feltrin, G., Loy, M., Martin, A., Sturniolo, G. C., & Burra, P. (2011). Nonadherent Behaviors After Solid Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 43(1), 318–323. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPROCEED.2010.09.103>
- Gill, P., & Lowes, L. (2008). Gift exchange and organ donation: Donor and recipient experiences of live related kidney transplantation. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1607–1617. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2008.03.004>
- Goetzmann, L. (2004). “Is it me, or isn’t it?” - Transplanted organs and their donors as transitional objects. *American Journal of Psychoanalysis*, 64(3), 279–289. <https://doi.org/10.1023/B:TJJP.0000041262.36839.fd>
- Goetzmann, L., Irani, S., Moser, K. S., Schwegler, K., Stamm, M., Spindler, A., Buddeberg, C., Schmid, C., Boehler, A., & Klaghofer, R. (2009). Psychological processing of transplantation in lung recipients: A quantitative study of organ integration and the relationship to the donor. *British Journal of Health Psychology*, 14(4), 667–680. <https://doi.org/10.1348/135910708X399447>
- Goetzmann, L., Moser, K. S., Vetsch, E., Klaghofer, R., Naef, R., Russi, E. W., Buddeberg, C., & Boehler, A. (2007). How does psychological processing relate to compliance behaviour after lung transplantation? {A} content analytical study. *Psychology, Health & Medicine*, 12(1), 94–106. <https://doi.org/10.1080/13548500600780465>
- Goetzmann, L., Seiler, A., Benden, C., Boehler, A., Büchi, S., Jenewein, J., Ruettnner, B., Mueller-Alcazar, A., & Weierstall, R. (2018). Transplantation experience as a

- predictor for quality of life during the first 6 months after lung transplantation. *Clinical Transplantation*, 32(10), e13393. <https://doi.org/10.1111/ctr.13393>
- Gokoel, S. R. M., Gombert-Handoko, K. B., Zwart, T. C., van der Boog, P. J. M., Moes, D. J. A. R., & de Fijter, J. W. (2020). Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. *Transplantation Reviews*, 34(1), 100511. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
- Goodheart, C. D., Lansing, M. H. (1997). *Treating People With Chronic Disease: A Psychological Guide*. American Psychological Association.
- Gorevski, E., Succop, P., Sachdeva, J., Cavanaugh, T. M., Volek, P., Heaton, P., Chisholm-Burns, M., & Martin-Boone, J. E. (2013). Is there an association between immunosuppressant therapy medication adherence and depression, quality of life, and personality traits in the kidney and liver transplant population? *Patient Preference and Adherence*, 7, 301–307. <https://doi.org/10.2147/PPA.S34945>
- Gozdowska, J., Zatorski, M., Torchalla, P., Białek, Ł., Bojanowska, A., Tomaszek, A., Serwańska-Świątek, M., Kieszek, R., Kwiatkowski, A., Chmura, A., & Durlik, M. (2016). Living-Donor Versus Deceased-Donor Kidney Transplantation: Comparison of Psychosocial Consequences for Recipients. *Transplantation proceedings*, 48(5), 1498–1505. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.01.075>
- Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983). *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Trad. Italiana. Il Mulino, Bologna 1986.
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. P. (2012). Non-adherence to Immunosuppressive Medications in Kidney Transplantation: Intent Vs. Forgetfulness and Clinical Markers of Medication Intake. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 85–93. <https://doi.org/10.1007/S12160-012-9359-4>
- Gronewold, N., Schunn, F., Ihrig, A., Mayer, G., Wohnsland, S., Wagenlechner, P., ... & Bruns, B. (2023). Psychosocial Characteristics of Patients Evaluated for Kidney, Liver, or Heart Transplantation. *Psychosomatic Medicine*, 85(1), 98-105. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001142>

- Gullestad, F. S., Johansen, M. S., Høglend, P., Karterud, S., & Wilberg, T. (2013). Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 23(6), 674-689. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.684103>
- Gumabay, F. M., Novak, M., Bansal, A., Mitchell, M., Famure, O., Kim, S. J., & Mucsi, I. (2018). Pre-transplant history of mental health concerns, non-adherence, and post-transplant outcomes in kidney transplant recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, 105, 115–124. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.013>
- Haller, K., Fritzsche, S., Kruse, I., O'Malley, G., Ehrental, J. C., & Stamm, T. (2022). Associations Between Personality Functioning, Childhood Trauma and Non-adherence in Cardiovascular Disease: A Psychodynamically-Informed Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 13, 3708. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.913081/BIBTEX>
- Halstensen, K., Gjestad, R., Luyten, P., Wampold, B., Granqvist, P., Stålsett, G., & Johnson, S. U. (2021). Depression and mentalizing: A psychodynamic therapy process study. *Journal of counseling psychology*, 68(6), 705–718. <https://doi.org/10.1037/cou0000544>
- Han, S., & Northoff, G. (2008). Culture-sensitive neural substrates of human cognition: A transcultural neuroimaging approach. *Nature reviews neuroscience*, 9(8), 646-654.
- Hancock, G. R., & Liu, M. (2012). Bootstrapping standard errors and data-model fit statistics in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of structural equation modeling* (pp. 296–306). The Guilford Press.
- Hartmann, H. (1958). *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*. Bollati Boringhieri.
- Heinonen, E., Knekt, P., & Lindfors, O. (2022). What Works for Whom: Patients' Psychological Resources and Vulnerabilities as Common and Specific Predictors of Working Alliance in Different Psychotherapies. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.848408>
- Hennemann, K., Bauer-Hohmann, M., Klewitz, F., Tegtbur, U., Pape, L., Schiffer, L., Schiffer, M., de Zwaan, M., & Nöhre, M. (2021). Organ integration in kidney

- transplant patients – Results of a KTx360° substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 145, 110464. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2021.110464>
- Holmes, J. (2006). Il mentalizzare nella prospettiva psicoanalitica. In: Allen, J. G., Fonagy, P. (a cura di). *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Il Mulino, 2008
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Irelli, A., Ranieri, J., Sirufo, M. M., De Pietro, F., Casalena, P., Ginaldi, L., Cannita, K., & Di Giacomo, D. (2022). Allostatic Load as an Insight into the Psychological Burden after Primary Treatment in Women with Breast Cancer: Influence of Physical Side Effects and Pain Perception. *Journal of clinical medicine*, 11(8), 2144. <https://doi.org/10.3390/jcm11082144>
- Jacobs, C., Johnson, E., Anderson, K., Gillingham, K., & Matas, A. (1998). Kidney transplants from living donors: how donation affects family dynamics. *Advances in renal replacement therapy*, 5(2), 89-97. [https://doi.org/10.1016/S1073-4449\(98\)70002-0](https://doi.org/10.1016/S1073-4449(98)70002-0)
- Jacobson, E. (1964). *Il Sé e il mondo oggettuale*. Prima edizione 1974, Martinelli editore.
- Kaba, E., Thompson, D. R., Burnard, P., Edwards, D., & Theodosopoulou, E. (2005). Somebody else's heart inside me: a descriptive study of psychological problems after a heart transplantation. *Issues in mental health nursing*, 26(6), 611–625. <https://doi.org/10.1080/01612840590959452>
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 107–117. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2013.12.003>
- Kaul, A., Bhaduarua, D., Behera, M. R., Kushwaha, R., Prasad, N., Yachha, M., Patel, M., & Kalitha, J. (2022). Psycho-social health and quality of life among kidney donors following transplantation. *Transplant Immunology*, 74, 101649. <https://doi.org/10.1016/J.TRIM.2022.101649>

- Khoddam, H., & Wellisch, D. K. (2020). Psychological Distress in Hospitalized Patients Awaiting Organ Transplantation: Case Examples, Thematic Exploration, and Suggestions for Intervention. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(3), 622–631. <https://doi.org/10.1007/S10880-019-09656-W>
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Kramer, P. (1955). On discovering one's identity: A case report. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10(1), 47-74.
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T., & Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 25 (2014). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T., & Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International journal of mental health systems*, 8, 25. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
- Kugler, C., Tegtbur, U., Gottlieb, J., Bara, C., Malehsa, D., Dierich, M., Simon, A., & Haverich, A. (2010). Health-related quality of life in long-term survivors after heart and lung transplantation: A prospective cohort study. *Transplantation*, 90(4), 451–457. <https://doi.org/10.1097/TP.0B013E3181E72863>
- Kuhn, W. F., Davis, M. H., & Lippmann, S. B. (1988). Emotional adjustment to cardiac transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 10(2), 108–113. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(88\)90095-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(88)90095-3)
- Kumnig, M., & Jowsey-Gregoire, S. (2015). Preoperative psychological evaluation of transplant patients: Challenges and solutions. In *Transplant Research and Risk Management* (Vol. 7, pp. 35–43). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/TRRM.S59268>

- Kung, P. C., Yeh, M. C., Lai, M. K., & Liu, H. E. (2017). Renal Transplant Recipients: The Factors Related to Immunosuppressive Medication Adherence Based on the Health Belief Model. *The journal of nursing research : JNR*, 25(5), 392–397. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000181>
- Ladin, K., Daniels, A., Osani, M., & Bannuru, R. R. (2018). Is social support associated with post-transplant medication adherence and outcomes? A systematic review and meta-analysis. In *Transplantation Reviews* (Vol. 32, Issue 1, pp. 16–28). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2017.04.001>
- Ladner, D. P., Dew, M. A., Forney, S., Gillespie, B. W., Brown, R. S., Jr, Merion, R. M., Freise, C. E., Hayashi, P. H., Hong, J. C., Ashworth, A., Berg, C. L., Burton, J. R., Jr, Shaked, A., & Butt, Z. (2015). Long-term quality of life after liver donation in the adult to adult living donor liver transplantation cohort study (A2ALL). *Journal of hepatology*, 62(2), 346–353. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2014.08.043>
- Lane, R. D., Hsu, C. H., Locke, D. E. C., Ritenbaugh, C., & Stonnington, C. M. (2015). Role of theory of mind in emotional awareness and alexithymia: Implications for conceptualization and measurement. *Consciousness and Cognition*, 33, 398–405. <https://doi.org/10.1016/J.CONCOG.2015.02.004>
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1967). *The language of psychoanalysis*. Routledge.
- Látos, M., Barabás, K., Lázár, G., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., Marofka, F., & Csabai, M. (2012). Mental representations of the new organ and posttransplant patients' anxiety as related to kidney function. *Transplantation Proceedings*, 44(7), 2143–2146. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPROCEED.2012.07.097>
- Látos, M., Devecsery, Á., Lázár, G., Horváth, Z., Szederkényi, E., Szenohradszky, P., & Csabai, M. (2015). The role of body image integrity and posttraumatic growth in kidney transplantation: A 3-year longitudinal study. *Health Psychology Open*, 2(1). <https://doi.org/10.1177/2055102915581214>
- Látos, M., Lázár, G., Horváth, Z., Wittmann, V., Szederkényi, E., Hódi, Z., Szenohradszky, P., & Csabai, M. (2016). Psychological rejection of the transplanted organ and graft

- dysfunction in kidney transplant patients. *Transplant Research and Risk Management*, 8, 15–24. <https://doi.org/10.2147/TRRM.S104133>
- Látos, M., Lázár, G., Ondrik, Z. et al. Positive Psychology Intervention to Improve Recovery after Renal Transplantation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52, 35–44 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09515-6>
- Lee, S. Y., Chu, S. H., Oh, E. G., & Huh, K. H. (2015). Low Adherence to Immunosuppressants Is Associated With Symptom Experience Among Kidney Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 47(9), 2707–2711. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPROCEED.2015.09.056>
- Lefebvre, P., Crombez, J. C., & LeBeuf, J. (1973). Psychological dimension and psychopathological potential of acquiring a kidney. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18(6), 495–500. <https://doi.org/10.1177/070674377301800606>
- Lenzo, V., Sardella, A., Musetti, A., Petralia, M. C., Grado, I., & Quattropani, M. C. (2022). Failures in Reflective Functioning and Reported Symptoms of Anxiety and Depression in Bereaved Individuals: A Study on a Sample of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 11930. <https://doi.org/10.3390/IJERPH191911930>
- Lichtenstein, H. (1963). The dilemma of human identity: Notes on self-transformation, self-objectivation, and metamorphosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11(1), 173-223.
- Lo Cascio, A. (2001). XVI Convegno di Psicoanalisi e Metodo. “Trapianto d’organo: aspetti psicologici e etici”. 10-11 novembre 2001. Villa Bottini, Lucca - Tavola Rotonda: “Ospitare l’intruso”. *Dono e identità*.
- Lovera, G., Basile, A., Bertolotti, M., Comazzi, A. M., Clerici, C. A., Gandione, M., ... & Ponton, P. (2000). L’assistenza psicologica nei trapianti d’organo. *Annali dell’Istituto superiore di sanità*, 36(2), 225-246.

- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual review of clinical psychology*, 16, 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121–140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2012.678061>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2022). Integrating and differentiating personality and psychopathology: A psychodynamic perspective. *Journal of personality*, 90(1), 75–88. <https://doi.org/10.1111/jopy.12656>
- Mai F. M. (1993). Psychiatric aspects of heart transplantation. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 163, 285–292. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.3.285>
- Malberg, N. T. (2013). Mentalization based group interventions with chronically ill adolescents: An example of assimilative psychodynamic integration? *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(1), 5–13. <https://doi.org/10.1037/a0030268>
- Malberg, N. T., Fonagy, P., & Mayes, L. (2008). Contemporary Psychoanalysis in a Pediatric Hemodialysis Unit Development of a Mentalization-Based Group Intervention for Adolesc. *Annual of Psychoanalysis*, 36, 101-114.
- Maldonado, J. R., Dubois, H. C., David, E. E., Sher, Y., Lolak, S., Dyal, J., & Witten, D. (2012). The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT): A New Tool for the Psychosocial Evaluation of Pre-Transplant Candidates. *Psychosomatics*, 53(2), 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.12.012>
- Maldonado, J. R., Sher, Y., Lolak, S., Swendsen, H., Skibola, D., Neri, E., David, E. E., Sullivan, C., & Standridge, K. (2015). The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation: A Prospective Study of Medical and Psychosocial Outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 77(9), 1018–1030. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000241>

- Manzoni, G. M., Cormio, C., Tumori, I., Paolo, G., Ho, R. C., Cipolletta, S., Entilli, L., Nucci, M., Feltrin, A., Germani, G., Cillo, U., & Volpe, B. (2019). Psychosocial Support in Liver Transplantation: A Dyadic Study With Patients and Their Family Caregivers. *Frontiers in Psychology*, 10, 2304. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02304>
- Mappin-Kasirer, B., Hoffman, L., & Sandal, S. (2020). New-onset Psychosis in an Immunosuppressed Patient With Kidney Transplantation: An Educational Case Report. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 7, 2054358120947210. <https://doi.org/10.1177/2054358120947210>
- Marchini, F., Caputo, A., Napoli, A., Balonan, J. T., Martino, G., Nannini, V., & Langher, V. (2018). Chronic illness as loss of good self: underlying mechanisms affecting diabetes adaptation. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(3). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1981>
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural equation modeling*, 11(3), 320-341.
- Martino, M. L., & Freda, M. F. (2016). Meaning-Making Process Related to Temporality During Breast Cancer Traumatic Experience: The Clinical Use of Narrative to Promote a New Continuity of Life. *Europe's journal of psychology*, 12(4), 622–634. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1150>
- Martino, M. L., Lemmo, D., Testoni, I., Iacona, E., Pizzolato, L., Freda, M. F., & Neimeyer, R. A. (2022). Anticipatory Mourning and Narrative Meaning-Making in the Younger Breast Cancer Experience: An Application of the Meaning of Loss Codebook. *Behavioral Sciences* 2022, Vol. 12, Page 93, 12(4), 93. <https://doi.org/10.3390/BS12040093>
- Martín-Rodríguez, A., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Avargues-Navarro, M. L., Borda-Mas, M., Pérez-Bernal, J., & Gómez-Bravo, M. Á. (2018). How Thinking About the Donor Influences Post-traumatic Growth in Liver Transplant Recipients. *Transplantation proceedings*, 50(2), 610–612. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.09.072>

- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York academy of sciences*, 840(1), 33-44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Il Saggiatore, 1965
- Miller, L. R., Paulson, D., Eshelman, A., Bugenski, M., Brown, K. A., Moonka, D., & Abouljoud, M. (2013). Mental health affects the quality of life and recovery after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 19(11), 1272–1278. <https://doi.org/10.1002/LT.23728>
- Moayed, Y., Yang, W. A., Mueller, B., Fan, C. S., Purewal, S., Ramirez, N., Han, J., Henricksen, E. J., Lee, R., Duclos, S., Lyapin, A., Wainwright, R., Hiesinger, W., Ross, H. J., Khush, K. K., & Teuteberg, J. J. (2020). To SIPAT or Not to SIPAT: The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant. *The Journal of Heart and Lung Transplantation: The Official Publication of the International Society for Heart Transplantation*, 39(4), S39–S40. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2020.01.1200>
- Molnar, M. Z. (2018). Is kidney transplantation safe after careful selection of the recipients with a history of psychotic disorder? *Transplant International*, 31(4), 364-366. <https://doi.org/10.1111/tri.13082>
- Monaco, S., Di Trani, M., Cordella, B., & Greco, F. (2021). Organ donation: a study of its representations among organ procurement coordinators and their staff. *Organ donation: a study of its representations among organ procurement coordinators and their staff*, 125-142.
- Moos, R.H. & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: a conceptual overview. In: Moos, R.H., ed. *Coping With Life Crises: An Integrated Approach*. New York, NY: Plenum.
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., Abbiati, V., Ambrosi, P., Caverzasi, E., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). The Italian

- version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PloS one*, 13(11), e0206433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206433>
- Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., Zimmermann, J. (2022). A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). *Journal of Personality Assessment*, 104:5, 613-627, DOI: 10.1080/00223891.2021.1981346
- Muslin H. L. (1971). On acquiring a kidney. *The American journal of psychiatry*, 127(9), 1185–1188. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.9.1185>
- Muslin, H. L. (1972). The emotional response to the kidney transplant: the process of internalization. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 17(2). <https://doi.org/10.1177/07067437720176s202>
- Muzii, B. (2021). Preliminary exploration of coronavirus anxiety in transplant patients. XXII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), Sezione Clinica e Dinamica – Lecce 17/19 Settembre 2021. Proceedings, *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, ISSN 2282-1619. <https://iris.unito.it/retrieve/4699e215-0462-47d7-a1a3-c11075a2995e/3224-11345-1-PB.pdf>
- Muzii, B. (2022). Assessing transplant representation: psychometric characteristics of the Transplanted Organ Questionnaire in an Italian sample of transplant recipients. XXX Congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) – Padova 27/30 Settembre 2022. ISBN: 9788869383168. Padova University Press [https://www.padovauniversitypress.it/system/files/attachments\\_field/9788869383168.pdf](https://www.padovauniversitypress.it/system/files/attachments_field/9788869383168.pdf)
- Nancy, J. L. (2000) *L'intruso*. Seconda Edizione. Edizioni Cronopio, 2006
- Neubert, L., Peters, L., Tkachenko, D., & Zimmermann, T. (2021). Couples After Renal Transplantation: Impact of Sex and Relationship Quality on Adherence in a Prospective Study. *Transplantation proceedings*, 53(5), 1599–1605. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2021.02.017>

- Neukom, M., Corti, V., Boothe, B., Boehler, A., & Goetzmann, L. (2012). Fantasized recipient-donor relationships following lung transplantations: a qualitative case analysis based on patient narratives. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 93(1), 117–137. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00496.x>
- Nghiem, D. M., Gomez, J., Gloston, G. F., Torres, D. S., & Marek, R. J. (2020). Psychological Assessment Instruments for Use in Liver and Kidney Transplant Evaluations: Scarcity of Evidence and Recommendations. *Journal of Personality Assessment*, 102(2), 183–195. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1694527>
- Olbrisch, M. E., Benedict, S. M., Ashe, K., & Levenson, J. L. (2002). Psychological assessment and care of organ transplant patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 771–783. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.3.771>
- Patel, A., & Chernyak, Y. (2020). The Need for Psychological Rehabilitation in Lung Transplant Recipients. *Progress in Transplantation*, 30(2), 140–143. <https://doi.org/10.1177/1526924820913510>
- Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., Borda-Mas, M., Avargues-Navarro, M. L., Pérez-Bernal, J., & Gómez-Bravo, M. Á. (2017). Coping strategies in liver transplant recipients and caregivers according to patient posttraumatic growth. *Frontiers in Psychology*, 8, 18. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.00018/XML/NLM>
- Petre, O. A., Crăciun, I. C., & Băban, A. (2021). The experiences of living with a transplanted kidney from a deceased donor. *Journal of renal care*, 47(1), 58–67. <https://doi.org/10.1111/jorc.12349>
- Pierro, L., Servidei, G., Pretagostini, R., Stabile, D., Nudo, F., Lai, S., Aceto, P., Poli, L., Fazzari, E., & Lai, C. (2022). Effectiveness of Expressive Writing in Kidney Transplanted Patients: A Randomized Controlled Trial Study. *Healthcare* 2022, Vol. 10, Page 1559, 10(8), 1559. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10081559>
- Pisanti, R., Lombardo, C., Luszczynska, A., Poli, L., Bennardi, L., Giordanengo, L., Berloco, P. B., & Violani, C. (2017). Appraisal of transplant-related stressors, coping

- strategies, and psychosocial adjustment following kidney transplantation. *Stress and Health*, 33(4), 437–447. <https://doi.org/10.1002/smi.2727>
- Pisanti, R., Lombardo, C., Violani, C., Poli, L., Berloco, P. B., Giordanengo, L., et al. (2008). Psychometric properties of the Italian version of the Transplant Effects Questionnaire (TxEQ): A study among renal transplant recipients. *International Journal of Psychology*, 43, 330.
- Pisanti, R., Poli, L., Lombardo, C., Bennardi, L., Giordanengo, L., Berloco, P. B., & Violani, C. (2014). The role of transplant-related stressors and social support in the development of anxiety among renal transplant recipients: The direct and buffering effects. *Psychology, Health and Medicine*, 19(6), 650–655. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.882514>
- Pistorio, M. L., Veroux, M., Trigona, C., Patanè, M., Lo Bianco, S., Cirincione, G., Veroux, P., Giaquinta, A., & De Pasquale, C. (2019). Psychological and Emotional Aspects in Living Donor Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 51(1), 124–127. <https://doi.org/10.1016/J.TRANSPROCEED.2018.04.085>
- Politi, P., Martinelli, V. (2020) Cardiac Transplantation and Psychopathology. In: Govoni, S., Politi, P., Vanoli, E. (Eds.), *Brain and heart dynamics*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-28008-6\\_27](https://doi.org/10.1007/978-3-030-28008-6_27)
- Price, A., Whitwell, S., & Henderson, M. (2014). Impact of psychotic disorder on transplant eligibility and outcomes. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 19(2), 196–200. <https://doi.org/10.1097/MOT.0000000000000057>
- Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberger, J., Majernikova, M., Roland, R., Groothoff, J. W., & van Dijk, J. P. (2014). Adherence in patients in the first year after kidney transplantation and its impact on graft loss and mortality: A cross-sectional and prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2871–2883. <https://doi.org/10.1111/jan.12447>
- Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberger, J., Roland, R., van Dijk, J. P., & Groothoff, J. W. (2010). Impact of personality and psychological distress on health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transplant International: Official Journal of the*

- European Society for Organ Transplantation, 23(5), 484–492.  
<https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2009.01003.x>
- Quattropani, M. C., Geraci, A., Lenzo, V., Sardella, A., & Schimmenti, A. (2022). Failures in Reflective Functioning, Dissociative Experiences, and Eating Disorder: a Study On a Sample of Italian Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(2), 365–374. <https://doi.org/10.1007/S40653-022-00450-9>
- Rainer, J. P., Thompson, C. H., & Lambros, H. (2010). Psychological and psychosocial aspects of the solid organ transplant experience—A practice review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 403–412. <https://doi.org/10.1037/a0021167>
- Ralph, A. F., Butow, P., Craig, J. C., Wong, G., Chadban, S. J., Luxton, G., Gutman, T., Hanson, C. S., Ju, A., & Tong, A. (2019). Living kidney donor and recipient perspectives on their relationship: longitudinal semi-structured interviews. *BMJ Open*, 9(4), e026629. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-026629>
- Regione Veneto (2009). Deliberazione Giunta Regionale n° 851 del 31 marzo 2009, ALLEGATO A: Linee Guida per la valutazione e l’assistenza psicologica in area donazione-trapianto.
- Rogal, S. S., Dew, M. A., Fontes, P., & Dimartini, A. F. (2013). Early Treatment of Depressive Symptoms and Long-Term Survival After Liver Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 13(4), 928–935. <https://doi.org/10.1111/AJT.12164>
- Rosenberger, E. M., DiMartini, A. F., DeVito Dabbs, A. J., Bermudez, C. A., Pilewski, J. M., Toyoda, Y., & Dew, M. A. (2016). Psychiatric predictors of long-Term transplant-related outcomes in lung transplant recipients. *Transplantation*, 100(1), 239–247. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000824>
- Rossee, Y. (2012). “lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling.” *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>.
- Russell, C. L., Gotham, H. J., Cheng, A.-L., Sahil, S., & Yerram, P. (2022). Health Facts Medication Adherence in Transplantation (H-MAT) Study: A Secondary Analysis of

- Determinants and Outcomes of Medication Nonadherence in Adult Kidney Transplant Recipients. *International Journal of Nephrology*, 2022, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2022/9653847>
- Russon, J., & Jacobson, K. (2018). Existential medicine and the intersubjective body. *Existential Medicine: Essays on Health and Illness*, edited by Kevin Aho, 191-204.
- Sadlonova, M., Gerecke, B., Herrmann-Lingen, C., & Kutschka, I. (2021). Heart transplantation in the era of COVID-19 pandemic: delirium, post-transplant depression, and visitor restrictions; the role of liaison and inpatient psychosomatic treatment—a case report. *European Heart Journal - Case Reports*, 5(10). <https://doi.org/10.1093/EHJCR/YTAB355>
- Sambucini, D., Ciacchella, C., Pellicano, G. R., Zingaretti, G., Pierro, L., Aceto, P., & Lai, C. (2022). Psychosocial treatment on psychological symptoms, adherence, and physiological function on transplanted patients: A systematic review and metanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 154, 110717. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2022.110717>
- Scandurra, C., Dolce, P., Vitelli, R., Esposito, G., Testa, R. J., Balsam, K. F., & Bochicchio, V. (2020). Mentalizing stigma: Reflective functioning as a protective factor against depression and anxiety in transgender and gender-nonconforming people. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1613-1630. <https://doi.org/10.1002/jclp.22951>
- Schattner, E., Shahar, G., & Abu-Shakra, M. (2008). ‘I used to dream of lupus as some sort of creature’: Chronic illness as an internal object. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 466–472. <https://doi.org/10.1037/a0014392>
- Schilder, P. F. (1935). *Immagine di sé e schema corporeo*. Pgreco, 2019
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106–128. <https://doi.org/10.1037/a0038019>
- Schlitt, H. J., Brunkhorst, R., Schmidt, H. H., Nashan, B., Haverich, A., & Raab, R. (1999). Attitudes of patients before and after transplantation towards various allografts.

Transplantation, 68(4), 510–514. <https://doi.org/10.1097/00007890-199908270-00011>

Schmajuk, M., DeGuzman, E., Allen, N. (2019). Psychotherapy in Transplant Patients. In: Sher, Y. & Maldonado, J. R. (Eds.) Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients. Springer Cham

Scholz, U., Klaghofer, R., Dux, R., Roellin, M., Boehler, A., Muellhaupt, B., Noll, G., Wüthrich, R. P., & Goetzmann, L. (2012). Predicting intentions and adherence behavior in the context of organ transplantation: Gender differences of provided social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 214–219. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2011.10.008>

Schulz, K.H. H., & Kroencke, S. (2015). Psychosocial challenges before and after organ transplantation. *Transplant Research and Risk Management*, 7. <https://doi.org/10.2147/TRRM.S53107>

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. In *International forum of psychoanalysis* (Vol. 30, No. 1, pp. 34-45). Routledge. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418>

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., Griem, J., Kieschke, U., & Gingelmaier, S. (2021). The relationship between global distress, mentalizing and well-being in a German teacher sample. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01467-3>

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2022). Self-Rated Mentalizing Mediates the Relationship Between Stress and Coping in a Non-Clinical Sample. *Psychological reports*, 125(2), 742–762. <https://doi.org/10.1177/0033294121994846>

Sheikhalipour, Z., Zamanzadeh, V., Borimnejad, L., Valizadeh, L., Shahbazi, M., Zomorodi, A., & Nazari, M. (2018). Recipients' Experiences after Organ Transplantation. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 9(2), 88–96. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30834093>

- Shemesh, E. (2016). Methodological Comments on “The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation. *Psychosomatic Medicine*, 78(8), 973. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000387>
- Sher, Y. & Maldonado, J. R. (2019). *Psychosocial Care of End-Stage Organ Disease and Transplant Patients*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-94914-7>
- Shimazono, Y. (2013) Accommodating a “foreign” organ inside the body: Post-transplant bodily experiences of Filipino kidney recipients. *Ars Vivendi Journal* 3: 24–50.
- Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Nuova edizione. Raffaello Cortina Editore.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PSYCH.58.110405.085615>
- Stein, H. (2006). Does mentalizing promote resilience? In: Allen, J. G. & Fonagy, P. (Eds.) *Handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley and sons, 2006
- Suzuki, R., Nakamiya, Y., Watanabe, M., Ando, E., Tanichi, M., Koga, M., Kohno, K., Usui, J., Yamagata, K., Ohkohchi, N., Toda, H., Saito, T., Yoshino, A., Takahara, S., Yamauchi, K., & Yuzawa, K. (2019). Relationship Between Stress Coping Mechanisms and Depression in Kidney Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 51(3), 761–767. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.12.034>
- Tarabeih, M., Bokek-Cohen, Y., & Azuri, P. (2020). Health-related quality of life of transplant recipients: a comparison between lung, kidney, heart, and liver recipients. *Quality of Life Research*, 29(6), 1631–1639. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02434-4>
- Taubner S, Kessler H, Buchheim A, Kächele H, Staun L. (2011) The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry Interpers Biol Processes*, 74:49–57. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.49>

- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2012). Mentalization moderates and mediates the link between psychopathy and aggressive behavior in male adolescents. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 60(3), 605–612. <https://doi.org/10.1177/0003065112450148>
- Toti, L., Manzia, T. M., Blasi, F., Lenci, I., Baiocchi, L., Toschi, N., & Tisone, G. (2022). Renal Function, Adherence and Quality of Life Improvement After Conversion From Immediate to Prolonged-Release Tacrolimus in Liver Transplantation: Prospective Ten-Year Follow-Up Study. *Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation*, 35, 10384. <https://doi.org/10.3389/ti.2022.10384>
- Tourkow, L. P. (1974) Psychic consequences of loss and replacement of body parts. (1974). *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(1), 170–181. <https://doi.org/10.1177/000306517402200111>
- Tsarpali, V., Midtvedt, K., Lønning, K., Bernklev, T., Lippe, N. von der, Reisæter, A. V., Brunborg, C., & Heldal, K. (2021). Health-Related Quality of Life in Older Kidney Transplant Recipients: A National Cohort Study of Short- and Longer-Term Outcomes. *Kidney Medicine*, 3(6), 974-983.e1. <https://doi.org/10.1016/J.XKME.2021.05.007>
- Ullrich, G., Schmidt, S., Scharf, E., Penkert, J., Niedermeyer, J., & Schulz, W. (2010). Lung transplant recipients' views on the integration of their new organs. *Disability and Rehabilitation*, 32(9), 713–722. <https://doi.org/10.3109/09638280903258860>
- Wallin, P. (1949). Volunteer Subjects as a Source of Sampling Bias. *The American journal of sociology*, 54(6), 539–544. <https://doi.org/10.1086/220418>
- Wang, Y., Hemmelder, M. H., Bos, W. J. W., Snoep, J. D., De Vries, A. P. J., Dekker, F. W., & Meuleman, Y. (2021). Mapping health-related quality of life after kidney transplantation by group comparisons: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36(12), 2327–2339. <https://doi.org/10.1093/NDT/GFAB232>
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

- Wessels-Bakker, M. J., van de Graaf, E. A., Kwakkel-van Erp, J. M., Heijerman, H. G., Cahn, W., & Schappin, R. (2022). The relation between psychological distress and medication adherence in lung transplant candidates and recipients: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 31(5-6), 716–725. <https://doi.org/10.1111/jocn.15931>
- Winnicott D.W (1953). Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In: Dalla Pediatria alla Psicoanalisi, Firenze, Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1962). L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino. In: Sviluppo affettivo e ambiente, Roma, Armando, 1970
- Winnicott, D. W. (1970). Sulle basi di Sé nel corpo. In: Esplorazioni psicoanalitiche, Milano, Cortina, 1995
- Winnicott, D. W. (1971). L'uso di un oggetto. In: Esplorazioni psicoanalitiche, Milano, Cortina, 1995
- Winnicott, D.W. (1945). Lo sviluppo emozionale del bambino. In: Dalla Pediatria alla Psicoanalisi, Firenze, Martinelli, 1975
- Winnicott, D.W. (1949). L'intelletto e il suo rapporto con lo Psiche-Soma. In: Dalla Pediatria alla Psicoanalisi, Firenze, Martinelli, 1975
- Winnicott, D.W. (1956). La preoccupazione materna primaria. In: Dalla Pediatria alla Psicoanalisi, Firenze, Martinelli, 1975
- World Health Organization (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: WHO; 2003.
- World Health Organization. (2010). WHO guiding principles on human cell, tissue and organ transplantation. *Transplant Journal of Australasia*, 19(2), 26-30.
- Yagil, Y., Geller, S., Levy, S., Sidi, Y., & Aharoni, S. (2017). Body-image, quality of life and psychological distress: a comparison between kidney transplant patients and a matching healthy sample. 23(4), 424–433. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1400668>

- Yang, F. C., Chen, H. M., Huang, C. M., Hsieh, P. L., Wang, S. S., & Chen, C. M. (2020). The Difficulties and Needs of Organ Transplant Recipients during Postoperative Care at Home: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 5798, 17(16), 5798. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17165798>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Diamond, D., & Levy, K. N. (2008). An object relations treatment of borderline patients with reflective functioning as the mechanism of change. In: Busch, F. N. (Ed.) *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. The Analytic Press, 2008
- Ziegelmann, J. P., Griva, K., Hankins, M., Harrison, M., Davenport, A., Thompson, D., & Newman, S. P. (2002). The Transplant Effects Questionnaire (TxEQ): The development of a questionnaire for assessing the multidimensional outcome of organ transplantation - Example of end stage renal disease (ESRD). *British Journal of Health Psychology*, 7(4), 393–408. <https://doi.org/10.1348/135910702320645381>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- Zimmerman, T. N., Porcerelli, J. H., & Arterbery, V. E. (2019). Defensive functioning in cancer patients, cancer survivors, and controls. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 259–262. <https://doi.org/10.1037/PAP0000225>