

LA RELAZIONE INTERPERSONALE CON IL PAZIENTE NEFROPATICO

P.E. Ricci Bitti

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Bologna

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni il progresso scientifico e tecnico della medicina ha reso disponibili tecnologie e pratiche sempre più sofisticate che, se da una parte testimoniano il successo della ricerca, dall'altra creano condizioni e problemi nuovi sia per il personale sanitario che per i pazienti.

La rapidità con cui si sono sviluppate, ad esempio, la bioingegneria e le tecniche dei trapianti d'organo, hanno reso possibile la sostituzione di organi o di funzioni divenuti inefficaci; d'altra parte l'utilizzazione su larga scala delle unità di terapia intensiva permettono la sopravvivenza di pazienti che altrimenti sarebbero destinati a morire.

Queste procedure comportano anche conseguenze emotive e sociali che vanno ben comprese se si vuole che il paziente possa beneficiare in modo ottimale del loro apporto: tutte le condizioni che comportano la sostituzione, meccanica e non, di funzioni e di organi vitali determinano infatti nel paziente una risposta emotiva intensa ed una condizione di stress psicobiologico che possono interferire oltre che sul comportamento dell'individuo anche sul funzionamento del suo organismo.

L'evidenza clinica ed epidemiologica conferma la significativa influenza di fattori psicosociali nel decorso di trattamenti quali i trapianti d'organo e la dialisi.

Tutti questi interventi hanno fra loro in comune due elementi essenziali: prolungano la vita (*life extending*) del paziente nonostante, o contro, le gravi condizioni di patologia e, in qualche modo, attentano all'integrità dell'immagine corporea; essi permettono che la vita del paziente sia protratta al di là dei suoi limiti normali o "assegnati" ampliando sempre più la categoria di quelli che la medicina ha definito "sopravvissuti" (*survivors*) ed evocano

al tempo stesso l'idea di una rinascita, di un ricominciare da capo (1), anche se a volte alla sopravvivenza non corrisponde un reale miglioramento della qualità di vita (2, 3).

Questi interventi implicano per il paziente, da un punto di vista psicologico, una minaccia per l'identità ed integrità corporea; una parte del corpo, investita da una certa carica affettiva, viene sostituita o rimpiazzata nelle sue funzioni da un "oggetto estraneo"; da un punto di vista psicologico questo processo richiede che il paziente realizzi una ristrutturazione della sua immagine corporea per incorporare in sé l'oggetto esterno ed estraneo, che suscita sentimenti di ambivalenza: da una parte esso è percepito come indispensabile per la sopravvivenza e, quindi, salvifico e, dall'altra, è considerato minaccioso e pericoloso. I pazienti vivono in una condizione di dipendenza dallo "oggetto" (sia esso un organo trapiantato, una protesi, l'apparecchiatura per la dialisi, ecc.) nella consapevolezza che la vita è permessa e sostenuta da uno strumento estraneo e sentono perciò minacciata o incrinata l'autonomia dell'io nella difficoltà a delimitare ciò che è proprio da ciò che non lo è.

IL PAZIENTE NEFROPATICO E LA DIALISI

L'introduzione dell'emodialisi ha rappresentato una possibilità di sopravvivenza prima insperata per molti pazienti affetti da insufficienza renale cronica. I disturbi della malattia ingravescente, il senso di incertezza per il futuro, i cambiamenti imposti alla vita quotidiana (nei suoi aspetti professionali, sociali, familiari), rendono precario l'equilibrio psico-fisico del paziente. La terapia dialitica allontana la minaccia del pericolo di vita e l'angoscia della morte, ma

impone uno sforzo di adattamento non indifferente; i pazienti affrontano una fase di vita che è stata definita "lotta per la normalità", in cui cercano di creare un nuovo equilibrio esistenziale (4). Il trattamento dialitico impone al paziente una serie di problemi pratici di non facile soluzione e comporta uno stress che può mettere a dura prova le risorse psicologiche dell'individuo. I problemi di ordine pratico concernono essenzialmente la necessaria riorganizzazione della vita quotidiana in funzione della pratica emodialitica e comportano spesso cambiamenti radicali nelle abitudini (professionali, sociali, abitative, ecc.) del paziente; vi sono tuttavia anche problemi più specifici, quali, ad esempio, le costanti preoccupazioni per eventuali danni a carico della fistola artero-venosa e per la sua funzionalità. Occorre inoltre sottolineare che nel corso del trattamento emodialitico alcuni pazienti possono provare un senso di lento, ma inesorabile deterioramento fisico (accompagnato anche da un certo grado di deterioramento cognitivo).

La dipendenza prolungata dalla macchina comporta poi anche sentimenti di inadeguatezza e difficoltà nelle relazioni interpersonali. Il paziente, infatti, viene ammesso all'emodialisi dopo aver trascorso un periodo di malattia grave che può aver minato la sua autonomia; una volta iniziato il trattamento ci si aspetta dal paziente un recupero non solo sul piano fisico, ma anche comportamentale; ci si attende cioè che egli riacquisti autosufficienza nella gestione della sua vita quotidiana, ma al tempo stesso una sostanziale dipendenza dalla macchina che lo fa sopravvivere e dagli operatori che ne sono responsabili.

Questa consapevolezza incrina l'immagine di sé del paziente e ne riduce l'autostima: per questa ragione con maggiore frequenza i pazienti

adottano meccanismi di difesa non sempre adeguati come la negazione, la razionalizzazione, la chiusura, l'isolamento.

Si riscontrano tuttavia altre reazioni: la ricerca di aiuto e sostegno da parte dei familiari e degli operatori sanitari o, all'opposto, l'adozione di comportamenti ostili verso di essi; l'eccessiva preoccupazione per le proprie condizioni generali e per qualche aspetto particolare (ad esempio, l'attenzione ossessiva alla condizione dello fistola artero-venosa); la rinuncia alle proprie responsabilità di persona adulta, con assunzione di comportamenti regressivi. Si tratta spesso di modalità difensive temporanee e non del tutto adeguate che possono sfociare in sintomi rilevabili anche sul piano clinico, riconducibili prevalentemente all'ansia ed alla depressione (5, 6).

Per raggiungere un soddisfacente grado di adattamento alla propria condizione, il paziente può attraversare alcune tipiche fasi nel corso del trattamento: dalla situazione che precede il trattamento stesso in cui l'individuo sperimenta la depressione e la rassegnazione, si passa, con l'avvio dell'emodialisi, ad un periodo di euforia in cui il paziente riscontra un evidente miglioramento e si sente rincuorare; può seguire poi una fase di scoraggiamento determinata dalla consapevolezza che molte aspettative non sono realistiche e che il trattamento comporta limitazioni, difficoltà, problemi; in molti casi, per fortuna, si osserva una fase ulteriore di adattamento in cui gradualmente il paziente accetta la sua condizione e si impegna ad affrontare i problemi e le difficoltà che essa comporta.

Da quando la pratica emodialitica è stata introdotta si sono verificati importanti cambiamenti che hanno determinato conseguenze molto significative: la dialisi coinvolge pazienti sempre più anziani e, per ciò è divenuto più rilevante il problema della cronicità e si è reso sempre più necessario il supporto familiare attraverso la valorizzazione del ruolo del caregiver e un diverso coinvolgimento del personale sanitario (7-11).

Quando una patologia che risulta particolarmente grave tende a divenire cronica e richiede interventi terapeutici

impegnativi e prolungati nel tempo, la realtà clinica impone l'esigenza di relazioni più intense e approfondite fra personale sanitario e paziente. La complessità delle situazioni che si determinano, richiede molto spesso l'azione sinergica di più figure professionali in grado di riconoscere e affrontare in modo integrato la molteplicità di bisogni biologici, psicologici e sociali della persona malata.

UNA MEDICINA CENTRATA SULLA RELAZIONE

Prendersi cura di un paziente significa costruire una relazione finalizzata a migliorare le condizioni di vita, a facilitare la responsabilità del paziente verso il proprio benessere, a favorire un rapporto tollerabile con la condizione di disagio e di sofferenza; a questo scopo, se da una parte è necessario mettere in atto tutte le sofisticate metodologie e procedure diagnostiche e terapeutiche di cui la medicina dispone, dall'altra è indispensabile adottare le strategie capaci di mobilitare la responsabilità della persona verso la propria salute, promuovendo le risorse individuali disponibili.

La pratica sanitaria dunque, proprio in ragione dei significativi cambiamenti che la caratterizzano, implica un'attenzione particolare alla relazione interpersonale fra il personale sanitario ed il paziente: tale relazione costituisce il microcosmo all'interno del quale si producono importanti processi che influenzano in modo significativo i risultati dell'intervento sanitario. Si può quindi capire l'interesse costante attribuito all'analisi dei processi interpersonali implicati in tale relazione e alla comprensione del loro funzionamento.

Le discipline psicologiche hanno tradizionalmente contribuito a ricondurre al centro dell'attenzione della pratica medica l'individuo malato e, più in particolare, il rapporto interpersonale: si è voluto in tal modo riconoscere la legittimità di tutti i bisogni della persona ammalata e non soltanto dei suoi sintomi, superando un approccio che "riduce" il paziente ad oggetto passivo dell'intervento sanitario. Un tale punto di vista implica da parte del personale sanitario non solo

la messa in campo delle conoscenze tecniche e degli strumenti necessari a padroneggiare la situazione clinica, ma anche la capacità di regolare le dinamiche affettive della relazione interpersonale e le competenze a comunicare in modo efficace con l'interlocutore.

L'interazione fra personale sanitario e paziente e la gestione efficace delle dinamiche che in essa vengono attivate, suscita infatti un campo di forze che contribuiscono alla realizzazione del trattamento e, quando possibile, al ripristino dello stato di salute. Il medico e le altre figure sanitarie hanno in tal modo l'opportunità di interagire con la totalità dell'individuo e non solo con alcune sue parti, favorendo così nell'interlocutore un atteggiamento di apertura e di fiducia che garantisca il fluire della comunicazione. Non si tratta qui soltanto di riaffermare valori etici e di riconquistare un certo grado di umanizzazione nella pratica medica, si tratta piuttosto di richiamare l'importanza delle conoscenze e delle competenze relative al funzionamento del rapporto interpersonale; l'intervento sanitario infatti si caratterizza come un processo di "influenza sociale" attraverso cui si possono perseguire gli obiettivi della cura; si potrebbe anzi azzardare l'ipotesi che la qualità della relazione interpersonale costituisca uno dei fattori di base dell'atto medico.

Non è pertanto sufficiente rilevare la necessità di comportamenti più empatici da parte del personale sanitario: non si può trascurare il fatto che al di là delle caratteristiche personali, delle emozioni, delle aspettative e delle conoscenze dei due interlocutori, è il funzionamento della relazione, cui entrambi gli interlocutori forniscono il proprio apporto, e la modalità con cui essa si declina momento per momento a condizionare il grado di efficacia dell'intervento sanitario.

✉ Indirizzo degli Autori:

Prof. Pio E. Ricci Bitti
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi
V.le Berti Pichat, 5
40127 Bologna
e-mail: pioenrico.riccibitti@unibo.it

BIBLIOGRAFIA

1. Bertini M. Problemi psicologici nei cosiddetti procedimenti "life-extending". In: AAVV Rigetto psicologico di protesi, innesti, trapianti e plastiche. Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1972.
2. Strepparava MG. La qualità della vita del malato in dialisi. *Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2003; 25: 11-7.
3. Boaretti C, Trabucco G, Rugiu C, et al. Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare e sociale nel paziente in trattamento dialitico. *G Ital Nefrol* 2006; 23: 415-23.
4. Trabucco G, Magagnotti C. Emodialisi e bisogni psicologici. Un modello integrato di risposta assistenziale. Napoli: Edises 1995.
5. Elal G, Krespi M. Life events, social support and depression in haemodialysis patients. *J Community Appl Soc Psychol* 1999; 9: 23-33.
6. Finkelstein FO, Watnick S Finkelstein SH, et al. The treatment of depression in patients maintained in dialysis. *J Psychosom Res* 2002; 53: 957-60.
7. AAVV Verso l'autosufficienza. Roma: CENSIS, 1998.
8. Colasanti C. Il nuovo paziente in dialisi. *Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2003; 15: 1.
9. De Isabella G, Bisanti R, Mazzola A. Il paziente nefrologico: il contributo della psicologia. *Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2003; 15: 5-10.
10. Zanini S, Ajmone C, Margola D, et al. Il paziente emodializzato ed il caregiver familiare. Percezioni a confronto sulla malattia cronica. *G Ital Nefrol* 2006; 23: 291-300.
11. Trabucco G, Bravi E. "Focus Group". Vecchi e nuovi bisogni del paziente nefropatico. *G Ital Nefrol* 2007; 24: 159-64.