

Veronica Montefiori, Alessandra Piarulli, Domenico A. Nesci

OSSERVAZIONI PSICODINAMICHE SULLE PROBLEMATICHE DEI PAZIENTI DI UN CENTRO DI EMODIALISI

Le considerazioni di seguito esposte derivano da un periodo di osservazione, della durata di quattro mesi, svolto da Marzo a Luglio 2009, presso il *Centro di Emodialisi del Policlinico Universitario “Agostino Gemelli”* di Roma (ubicato nell’Ala residenza sanitaria protetta) da due psicologhe della *Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (S.I.P.S.I.)* nell’ambito del loro tirocinio.

Durante questo periodo è stata garantita la presenza settimanale, nei turni dei giorni pari, con lo scopo di familiarizzarsi con le problematiche dei pazienti attraverso l’osservazione ed il colloquio clinico. Contemporaneamente le specializzande hanno raccolto informazioni dal personale medico ed infermieristico del Centro di Emodialisi ed hanno utilizzato i seminari offerti dalla Scuola per riflettere sul loro controtransfert e cioè sulle emozioni che l’incontro con pazienti, familiari ed operatori del Reparto suscitava in loro. Noi riteniamo infatti, per le esperienze già maturate dalla nostra Scuola in questo campo (Bria, Nesci, Pasnau, 2009), che non sia possibile programmare l’inserimento di nuove figure professionali (ad esempio lo psicologo) o di nuovi operatori sanitari (nel nostro caso le due tirocinanti che all’inizio erano del tutto “nuove” ed “estranee” per pazienti ed operatori del Centro) senza una prima fase propedeutica nella quale, evitando di effettuare degli interventi strutturati (esami psicodiagnostici, consultazioni psicologiche, sedute di psicoterapia individuale, ecc.), ci si limita a cercare di conoscere e farsi conoscere da chi già “abita” il setting istituzionale dove si potrebbe solo in una fase successiva organizzare, eventualmente, un’attività clinica.

Questa fase preliminare è preziosa sia per raccogliere “dati” indispensabili per poter successivamente pianificare un adeguato supporto psicologico ai pazienti, sia per stabilire un rapporto di collaborazione con le altre figure professionali dell’équipe (medico, infermiere, assistente sociale, consulenti, volontari, ecc.) indispensabile per un approccio olistico che prenda in considerazione i pazienti nella loro complessità.

In questo scritto ci preme sottolineare che, nonostante le differenze (di genere, di età, di situazione socio-economica, culturale, di esperienze soggettive, ecc.) sono emerse al nostro sguardo, durante questo periodo di osservazione preliminare, delle tematiche comuni a tutti i pazienti. A questo proposito è bene precisare che il nostro metodo di osservazione è stato quello di incontrare le persone senza trascurare l’ambiente e le potenziali risorse (o difficoltà) istituzionali attivabili, e

quindi considerando gli elementi del setting istituzionale già presenti nel campo quali fattori imprescindibili per la scelta di una metodologia di intervento psicologico *ad personam* e quindi per la futura possibile costruzione di un setting psicoterapeutico concepito “su misura” in base alla conoscenza che si andava maturando in corso d’opera.

Questo nuovo approccio al paziente segue l’attuale modello biopsicosociale secondo il quale i fattori somatici e psichici dell’individuo risultano essere strettamente connessi a quelli socio-ambientali. L’interazione individuo-ambiente è particolarmente evidente sotto diversi aspetti nei seguenti temi:

- la ritualità;
- il rapporto corpo-macchina;
- il vissuto della figura dello psicologo.

Li considereremo ora, brevemente, uno dopo l’altro.

La ritualità

La maggior parte dei pazienti compiono dei rituali a cui non possono rinunciare e che, se non soddisfatti, scatenano ansia o sintomi fisici che aggravano notevolmente la loro delicata condizione. Ad esempio M., un giovane paziente, dopo essere stato attaccato alla macchina, sente il bisogno di telefonare alla madre per informarla che ha iniziato la dialisi e dirle il nome dell’infermiere che ha svolto la procedura.

Il Signor T., invece, si reca al Centro molto prima dell’inizio del turno in modo tale da avere la certezza di essere attaccato alla “sua” macchina (ogni paziente utilizza sempre – salvo imprevisti tecnici – la stessa macchina) prima di tutti, nonostante ciò gli comporti uno sforzo considerevole ed un beneficio minimo, sul piano di realtà, in quanto deve aspettare a lungo in sala d’attesa per poi terminare la dialisi solo pochi minuti prima degli altri.

Ci è stato riferito dal personale infermieristico che molti pazienti fanno sempre le medesime richieste e sempre alla stessa ora, e che, se non vengono soddisfatte, si scatena un’ansia insostenibile: «*Lavoro qui da sette anni e so perfettamente che la paziente C. ad una certa ora mi chiederà una zolletta di zucchero*».

A metà del trattamento viene servita la merenda; i pazienti possono scegliere fra vari tipi di cibo e bevande, però, nonostante ciò, il personale non ha bisogno di farsi comunicare la scelta di ognuno in quanto tutti consumano, ormai da anni, sempre lo stesso pasto. Un infermiere ha notato che quando un determinato alimento non è presente, la persona che solitamente lo consuma appare fortemente contrariata e la volta successiva, molto spesso, lamenta dei sintomi fisici.

Sempre riguardo al cibo, R., una paziente da molti anni in dialisi, porta ogni volta con sé un termos dal quale beve il caffè, nonostante questo venga servito gratis durante il trattamento. Alcuni pazienti, inoltre, prima di iniziare la dialisi si cambiano indossando il pigiama, nonostante ciò non sia necessario ai fini del trattamento, altri ancora, invece, si vestono sempre nel medesimo modo.

Inoltre quasi tutti svolgono sempre le stesse attività, per esempio leggere o lavorare col personal computer; una paziente in particolare ha sempre portato con sé lo stesso libro, sebbene non lo apra neppure.

Alla ritualità si collega anche il fatto che i pazienti sono restii al cambiamento in generale. Per esempio molti pazienti si sono lamentati per l'utilizzo di un nuovo tipo di ago cannula per l'accesso vascolare percependolo, inspiegabilmente (sul piano di realtà), come più doloroso (nonostante il nuovo strumento abbia lo stesso diametro del precedente).

La seduta dialitica può essere considerata, in sé e per sé, un rituale che coinvolge sempre le stesse persone e i medesimi gesti. In questa prospettiva è significativa la scelta di B., una paziente entrata in dialisi a poco più di quaranta anni, la quale, presumibilmente per non interrompere il rito, non si è mai voluta inserire in lista di attesa per il trapianto di rene nonostante le sollecitazioni dei familiari, le buone condizioni di salute e la giovane età. Ella stessa non sa spiegarsi la motivazione inconscia che l'ha spinta a non tentare di usufruire di questa opportunità, pur essendo consapevole che il buon esito del trapianto le avrebbe migliorato la qualità della vita. Ultimamente ci ha rivelato che, per il suo temperamento (ha bisogno di "tenere tutto sotto controllo") il passaggio alla dialisi è stato vissuto come un miglioramento (piuttosto che, come avviene generalmente, come un crollo della qualità di vita) così come, attualmente, non vuole essere trapiantata perché questo significherebbe per lei affrontare una situazione nuova, e dunque che non controlla, rispetto a quella, ormai per lei familiare, della dialisi.

Il rapporto corpo-macchina

La situazione della dialisi comporta, come già descritto altrove (Nesci, 2006) un'angoscia di livello psicotico. Riportiamo un frammento dell'intervento di uno di noi durante la conduzione di un gruppo di tipo Balint con gli operatori sanitari dello stesso Reparto di dialisi:

... quello che mi ha molto colpito in quello di cui avete parlato tra di voi era questa problematica della macchina: secondo me, in realtà, in tutti gli interventi, un tema ricorrente era proprio questo... lei prima ha detto molto bene: "io non so se riuscirei ad adattarmi ad una situazione di dipendenza così particolare, come questa..." Ora... il grosso problema con la macchina è che non è una persona umana... il paziente che entra in contatto con la macchina si trova di fronte a una situazione che lo pone a contatto con un'angoscia di livello psicotico, e cioè con l'angoscia di

impazzire... il sangue esce dal corpo, esce dal solco (delirio, de-lirare, significa, letteralmente, “uscire dal solco”), e va dentro una macchina, fuori dal corpo, per poi rientrarvi... e quindi la situazione in cui si trova il paziente in dialisi è molto sconvolgente e induce in lui dei meccanismi di difesa molto forti... Per l’inconscio il sangue è l’anima che va fuori dal nostro corpo e finisce in una macchina... questo crea un’angoscia enorme... una vera angoscia di impazzire, e che succede? Che poi noi tutti che lavoriamo in questa situazione veniamo sottoposti... (e questo è quello che noi chiamiamo transfert, in gergo) ad una angoscia di livello psicotico... e allora diventa tanto difficile riuscire invece a restare nei limiti, a non angosciarci troppo, noi, a trovare un modo giusto di interagire... e la situazione, sempre e comunque, tende a “uscire dal solco”, a diventare un po’ troppo carica emotivamente... come è successo ora qui.

Nella dialisi il sangue del paziente esce dal corpo e va altrove, nella macchina, fuori dalle vie consuete (i vasi sanguigni). Nell’inconscio, che è fatto di rappresentazioni mentali corporee, il sangue è l’anima, dunque la sua uscita dai canali originari è come l’uscita dal solco, il delirio (de-lirare significa, letteralmente, uscire dal solco = *lira* in latino). Quindi il paziente soffre inconsciamente dell’angoscia della perdita del Sé (nella circolazione extracorporea) e proietta questa sua angoscia sulla macchina e sugli operatori che la controllano. Il rapporto con la macchina della dialisi viene così caricato di tutta una serie di significati drammatici: la macchina diventa un oggetto sacro, nella sua doppia accezione di prezioso e pericoloso al tempo stesso, un oggetto-tabù. Se questo ci aiuta a capire la ritualità, di cui abbiamo parlato prima, ci aiuta anche a capire certi aspetti della relazione tra i pazienti ed i curanti.

Nella nostra esperienza è stato evidente che, inizialmente, da parte di diversi pazienti, si poteva notare un atteggiamento non verbale di timore per la vicinanza dello psicologo alla macchina, manifestato soprattutto attraverso dei rapidi movimenti oculari dall’apparecchiatura all’operatore in modo tale da verificare costantemente se la distanza fosse “di sicurezza”. Qualcuno ha anche fatto notare alle “nuove” psicologhe tirocinanti quanto sia importante che il peso corporeo, costantemente monitorato, non venga alterato da altri fattori, per esempio oggetti o persone che si poggiano sul letto (nonostante non ci si fosse mai messi a sedere sul letto dei pazienti).

Successivamente, dopo aver preso confidenza con le due “nuove” psicologhe tirocinanti, vi è stata una loro inclusione nel Sé corporeo allargato dei pazienti che si è manifestata in vari atteggiamenti, per esempio nel bisogno di contatto fisico, di mostrare insistentemente le proprie cicatrici, e persino con richieste esplicite di controllare alcuni parametri essenziali per la conduzione della seduta dialitica tra i quali la pressione, il tempo residuo ed il peso corporeo. Due pazienti hanno spesso chiesto di essere aiutati ad alzarsi oppure di essere accompagnati sottobraccio nello spogliatoio, nonostante ben consapevoli del fatto che quello non è un compito degli psicologi.

Nell’immaginario dei pazienti la macchina della dialisi viene a rappresentare una sorta di “macchina influenzante” (Tausk, 1919) proprio per la sua capacità di influenzare direttamente, a livello somatico, il sangue/anima (Nesci, 2007) dunque la psiche. Come già descritto altrove (Nesci,

2006): i pazienti in dialisi “trasferiscono” un’angoscia di livello psicotico (l’angoscia di essere sotto il controllo di una “macchina influenzante”) sugli operatori, generando inevitabilmente degli effetti controtransferali che complicano non solo i rapporti con i curanti ma anche le dinamiche profonde delle relazioni emotive tra gli operatori.

Seguendo l’interpretazione di uno di noi, che vede la macchina influenzante di Tausk come una rappresentazione dell’imago placentare (Nesci, 1999) il rapporto tra i pazienti in dialisi e la macchina produce un transfert specifico che se da un lato rievoca l’angoscia di impazzire dall’altro riproduce uno scenario di vita prenatale dove il paziente vive sé stesso come contenuto in un ambiente intrauterino, simbioticamente collegato ad una macchina/placenta che lo purifica eliminando il veleno prodotto dal suo metabolismo.

Lo stretto rapporto tra ambiente e individuo conduce all’incorporazione, nel Sé del paziente, degli operatori sanitari (tutti, indipendentemente dal loro ruolo professionale), della macchina, e del Centro stesso, al punto di trasformare questi elementi in una globalità, che rappresenta la complessità del vissuto psicologico dell’emodializzato, di un paziente cioè che è ancora vivo solo grazie alla dialisi e che dalla dialisi/placenta viene periodicamente rigenerato, a patto di riuscire ad elaborare l’ambivalenza emotiva inconsciamente rievocata dagli aspetti regressivi della cura.

Il vissuto della figura dello psicologo

Nell’incontro con i pazienti siamo rimasti colpiti dal fatto che i loro vissuti di precedenti contatti con psichiatri e psicologi sembravano caratterizzati da due figure dell’immaginario: lo “strizzacervelli” ed il “volontario”. La nostra ipotesi è che questi vissuti non siano semplici stereotipi culturali ma anche il frutto di un controtransfert poco elaborato da parte di queste due figure professionali che, non aspettandosi di trovarsi di fronte ad un transfert di livello psicotico (per quello che abbiamo discusso in precedenza) possono essersi trovati a disagio, “spaesati” (Nesci, Poliseo, 1997) sulla scena clinica, difendendosi professionalmente, ed agendo il proprio inconscio controtransfert. Lo strizzacervelli è il medico dei matti, oppure lo psicoanalista da film, freddo e indagatore... Il volontario è il “buono” che si prende cura di pazienti di difficile inquadramento nosografico, così come può apparire il dializzato, vivo/morto, sospeso in uno stato marginale.

Il transfert dei pazienti in dialisi ha a che vedere soprattutto con l’avvelenamento cronico e con la dipendenza dalla macchina, di conseguenza lo psichiatra/psicologo può sviluppare l’angoscia sia di essere avvelenato che di essere trattato come una macchina, o meglio come il suo filtro, che viene utilizzato e poi gettato, così come avviene alla placenta, filtro “intelligente” degli scarti nella

simbiosi della vita prenatale e poi organo espulso al secondamento, dopo il parto. Per difendersi dall'angoscia di essere scartato/avvelenato l'operatore "psi" inesperto può reagire arroccandosi in una posizione di forza (lo "strizzacervelli") e quindi divenendo un persecutore oppure cercando di "rabbonire" il paziente (vissuto inconsciamente come un potenziale persecutore) presentandosi come un amichevole "volontario".

Due episodi che ci riportano significativamente allo scenario della vita prenatale meritano allora di essere qui ricordati. In occasione di un lutto (la morte di un paziente del Reparto Dialisi) vari pazienti avevano fatto delle fantasie di gravidanza sulle psicologhe tirocinanti che all'epoca frequentavano il Reparto (Rubino, Romano, Nesci, 2008). Interessantemente anche nel momento in cui una psicologa tirocinante, che aveva frequentato il reparto per un periodo brevissimo, non si era più presentata, i pazienti hanno fatto la fantasia che fosse incinta, e che per questo, naturalmente, non era più venuta. Si arrivò al punto che, nonostante fosse stato più volte ribadito che non era incinta, molti di loro hanno continuato a chiedere insistentemente come procedesse la presunta gravidanza!

Questa fantasia è interpretabile come un'elaborazione del fatto che i pazienti temevano, inconsciamente, di aver avvelenato la psicologa, perciò per riparare a questa angoscia sentivano il bisogno di pensare di aver "trasferito" nel suo corpo non una sostanza nociva ma una sostanza vitale; in definitiva l'angoscia veniva placata rimpiazzando una fantasia di avvelenamento con una fantasia di fecondazione.

Che gli operatori "psi" possano difendersi professionalmente con atteggiamenti incongrui, da "volontari" o da "strizzacervelli", è un tema che ritorna in varie vignette cliniche. L'atteggiamento da "volontario" si manifesta nel cercare di intrattenere il paziente, per esempio monopolizzando la seduta con un argomento preconstituito; il Signor A., parlando di un operatore che aveva precedentemente incontrato in un altro Centro di Dialisi racconta che: *«L'altro psicologo era un simpaticone, mi diceva un sacco di stupidaggini, mi faceva ridere, era pure basso e un po' gobbo. Perché anche voi non portate argomenti di cui parlare come faceva lui?»*. Viene immediatamente spontaneo il collegamento con il Buffone di Corte, anche grazie alla descrizione fisica che, a nostro avviso, potrebbe anche non corrispondere alla realtà ma risentire di una distorsione proiettiva del paziente.

Lo psicologo si comporta invece da "strizzacervelli" quando, ad esempio, utilizza il paziente, a scopo di ricerca, senza dargli nessun tipo di restituzione; è il caso del Signor P. che racconta, in tono accusatorio: *«Due vostri colleghi sono venuti a farmi dei test e poi sono spariti; io ho perso tempo a farli e anche con fatica, per capirli bene, e poi non ho saputo nessun risultato... mi sa che noi serviamo solo per le statistiche!»*

Conclusioni

In uno scenario immaginario in cui sono presenti fantasie inconscie della vita prenatale e dinamiche inconscie di tipo simbiotico, l'operatore "psi" deve muoversi evitando di naufragare sullo scoglio dello stereotipo autoritario dello "strizzacervelli" oppure di farsi risucchiare dal gorgo dello stereotipo non meno perturbante del "volontario". L'incontro professionale deve assumere caratteristiche rituali, per inserirsi nel contesto della dialisi, ma deve, al tempo stesso, promuovere nella ritualità un grado di elasticità altrettanto necessaria per non de-animare e rischiare di trasformare in meccanico il rapporto di cura.

In tal senso anche il setting non può e non deve essere rigido. Del resto, la stessa situazione della dialisi richiede flessibilità perché si è spesso costretti a lavorare in situazioni in cui c'è mancanza di privacy (ad esempio per la vicinanza delle poltrone-letto e la necessità di interrompere i colloqui o in alcuni casi di proseguirli nonostante la presenza di infermieri e medici se le condizioni fisiche del paziente richiedono un monitoraggio d'urgenza). A volte ci siamo confrontati col fatto che lo psicologo può trovarsi a dover "seguire" il paziente nell'iter della malattia (per le comorbidità che la dialisi comporta) all'interno di altri reparti del policlinico, e quindi a costruire setting nuovi, estemporanei, diversi. La nostra impressione è che queste variazioni del setting siano state vissute positivamente, rassicurando i pazienti che come noi eravamo adattabili in "qualsiasi" circostanza anche loro potevano adattarsi al loro stato ed essere in grado di contenere la loro angoscia (di essere avvelenati "fatti fuori" o di averci "avvelenati" e quindi "eliminati" dalla scena clinica).

Bibliografia

Nesci D.A.: *La Notte Bianca*. Armando, Roma, 1990.

Nesci D.A., Polisenio T.A.: *Metamorfosi e Cancro*. SEU, Roma, 1997.

Nesci D.A.: L'immagine placentare nello studio etnopsicoanalitico delle comunità suicide: il leader come "filtro" del gruppo. *Doppio Sogno*, n. 2, Giugno 2006, http://www.doppio-sogno.it/numero2/ita/paper_rubrica_antropologia_ed_etnopsicoanalisi02.pdf

Nesci D.A.: Il sangue e il dono: aspetti psicodinamici. *Doppio Sogno*, n. 5, Dicembre 2007, <http://www.doppio-sogno.it/numero5/ita/antropologianesci.pdf>

Rubino F., Romano S., Nesci D.A.: Riflessioni etnopsicoanalitiche sull'elaborazione di un lutto in un reparto di emodialisi. *Doppio Sogno*, n. 6, Giugno 2008, <http://www.doppio-sogno.it/numero6/ita/rubino.pdf>

Tausk V.: (1919) Sulla genesi della macchina influenzante nella schizofrenia. In *Scritti psicoanalitici*. Astrolabio, Roma, 1979.