

# Fenotipizzazione psicologica in emodialisi: proposta per un approccio terapeutico personalizzato sul profilo del paziente

Carla Porcu<sup>1</sup>, Claudia Porcedda<sup>2</sup>, Silvana Tore<sup>3</sup>  
e Antonio Maria Pinna<sup>4</sup>

Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche  
2018, Vol. 30(2) 85–91

© The Author(s) 2018

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0394936218760825

journals.sagepub.com/home/gtn



## Psychological phenotyping in hemodialysis: proposal for a personalized therapeutic approach on the patient's profile

The careful assistance required by chronic kidney disease (CKD) patients represents a huge challenge for clinicians and nurses, who must learn new, specific skills in order to cater to the growing needs of the CKD patient population. Everyday care of end-stage renal disease patients is extremely challenging and the main goal is to improve their quality of life while strengthening the clinician/patient relationship. A psychological portrait of hemodialysis patients is needed to define the patient profile so as to help physicians and nurses work together with the patient. Physicians and nurses must learn to change their approach to the patient in order to achieve the therapeutic aims: better compliance and quality of life by helping patients to accept their hemodialysis treatment.

### Keywords

Tailored profile, psychological phenotyping, therapeutic approach

## Introduzione



Il numero dei pazienti con malattia renale cronica in trattamento sostitutivo (ESRD) è notevolmente aumentato nell'ultimo ventennio,<sup>1</sup> in particolare il numero dei pazienti in emodialisi. Quest'ultimo è infatti un paziente complesso, che deve aderire ad una terapia impegnativa e di lunga durata,

assumere una notevole quantità giornaliera di farmaci, sottostare ad importanti restrizioni di liquidi ed ad uno schema dietetico particolare; inoltre, deve tollerare dolori cronici e vivere un facile affaticamento dovuto alla terapia stessa.<sup>2,3</sup> Tutto questo viene percepito dal paziente come un elemento che condiziona la qualità di vita coinvolgendo la famiglia, le relazioni sociali, la vita sessuale, il ruolo lavorativo ma anche il rapporto con l'equipe curante, la situazione economica, l'autostima, l'immagine corporea e l'indipendenza. Si evidenzia infatti che la qualità di vita connessa alla salute in questi pazienti risulta essere ridotta rispetto alla popolazione generale, tra il 20% ed il 45%

presentano stati ansiosi con conseguenti livelli elevati di distress psicologico.<sup>4,5</sup> Alla luce di queste evidenze, la figura dello psicologo clinico si è sempre più consolidata all'interno dell'equipe multidisciplinari che hanno in carico il paziente emodializzato, pur essendoci ancora una difficoltà ad effettuare studi volti ad individuare la specificità del timing dell'intervento psicologico.<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Psicologa Psicoterapeuta S.C. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di San Martino Oristano, Italia

<sup>2</sup>Medico nefrologo S.C. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di San Martino Oristano, Italia

<sup>3</sup>Coordinatrice Infermieri S.C. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di San Martino Oristano, Italia

<sup>4</sup>Direttore S.C. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di San Martino Oristano, Italia

### Corrispondenza:

Claudia Porcedda, Medico nefrologo, S.C. di Nefrologia e Dialisi, P.O. "San Martino" via Rockefeller, 09170 Oristano OR, Italia.

E-mail: Claudia.porcedda@atssegna.it

**Tabella I.** Suddivisione in Cluster dei pazienti in base alla personalità.

STRATIFICAZIONE IN CLUSTER	CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI
<b>CLUSTER A</b> <b>Pazienti</b> <b>Immediatamente</b> <b>Aderenti</b>	Tutti i pazienti che riescono immediatamente a conformarsi alle raccomandazioni del medico riguardo la cura della malattia, rispettando tutte le prescrizioni (tempi, dosi e frequenza dell'assunzione del farmaco o del ciclo di terapia) e adeguandosi al cambiamento di stile di vita richiesto dalla condizione di malattia. Sono fiduciosi nelle cure, compiacenti e rispettosi delle prescrizioni e degli operatori.
<b>CLUSTER B</b> <b>Pazienti</b> <b>Lentamente</b> <b>Aderenti</b>	Tutti i pazienti che hanno difficoltà ad accogliere le raccomandazioni del curante con immediatezza, ma necessitano di ulteriore tempo per comprenderne il significato e l'importanza; hanno bisogno di spiegazioni e continui confronti con l'operatore sanitario. L'accondiscendenza non è totale, sono vigili sull'operato dei curanti; chiedono informazioni ulteriori per risolvere i dubbi, non dubitano sulle cure, tuttavia non assecondano le prescrizioni con tacita adesione.
<b>CLUSTER C</b> <b>Pazienti</b> <b>Resistenti</b>	Tutti i pazienti che non accolgono le prescrizioni dei curanti se non dopo i più svariati tentativi di motivazione. Resistono con ostilità e ribellione alle proposte di cura, insinuando dubbi e incertezze su ogni terapia. Leggono con senso critico le cure come non appropriate alla propria condizione. Talvolta quando non è presente avversione verso i curanti o la terapia emerge il distacco o l'indifferenza, prediligendo una risposta apatica e disinteressata.

L'obiettivo del lavoro è perciò quello di definire come e quando può intervenire lo psicologo all'interno della presa in carico multidisciplinare del paziente con ESRD e proporre una riflessione sull'importanza di identificare un profilo psicologico del paziente emodializzato al fine di individuare l'intervento assistenziale e di cura migliore in termini di "appropriatezza relazionale".

Il paziente con ESRD rappresenta per se stesso e per l'operatore una sfida quotidiana orientata al mantenimento di una stabilità clinica che possa garantire la percezione di un'ottimale qualità di vita. Obiettivo che non richiede un intervento monodirezionale ma un susseguirsi di azioni condivise e concordate con il paziente, in cui anch'egli diviene protagonista del raggiungimento del traguardo. In un'ottica di "condivisione di uno stesso percorso" si rileva di fondamentale importanza conoscere il paziente, non solo da un punto di vista clinico ma anche in termini di personalità. Una fenotipizzazione psicologica del paziente in cui si definisce il suo profilo è rilevante per il curante che si appresta a stabilire un contratto terapeutico. Proprio sulla base del profilo di personalità del paziente, il nefrologo o l'infermiere può modulare il suo atteggiamento, ricercando le specifiche azioni che produrranno risultati migliori.

Premesso ciò, appare indispensabile che il curante conosca i suoi pazienti e non solo dal punto di vista clinico; gli aspetti della personalità incidono sulla reazione alla diagnosi di malattia e sulla adesione al trattamento terapeutico. Proprio in riferimento al livello di adesione alla terapia si può considerare una prima stratificazione dei pazienti, dove per "aderenza" alla cura si intende non solo il conformarsi attivo del paziente alle raccomandazioni dell'operatore sanitario riguardo ai tempi e alle modalità della terapia, ma anche il suo convincimento e coinvolgimento rispetto all'utilità delle stesse raccomandazioni.

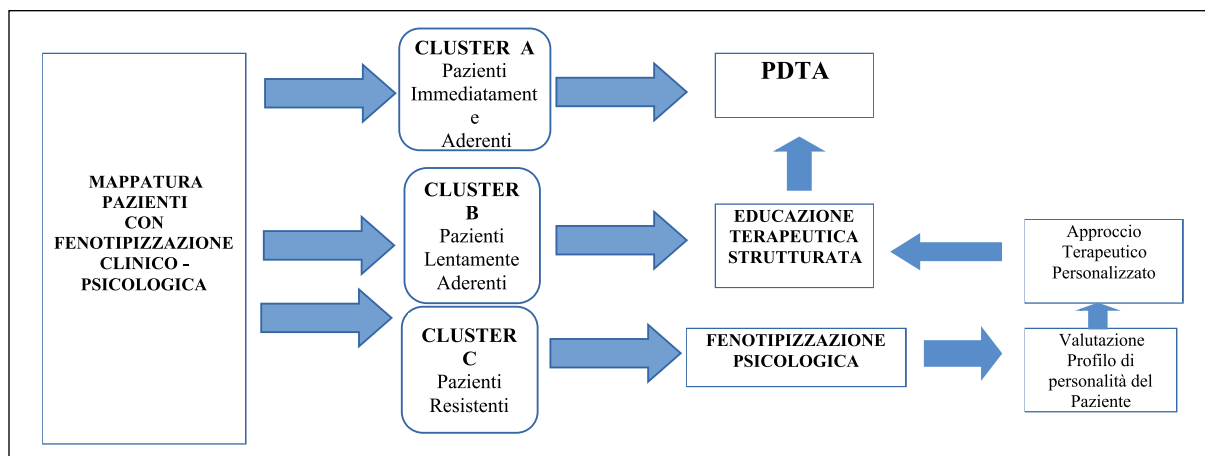
Osservare, cogliere e analizzare le reazioni del paziente è essenziale per identificarne la personalità. Ciò ci permetterà, per esigenze di elaborazione scientifica, di attribuirlo ad un particolare cluster (tabella 1).

Riuscire a mappare i pazienti in "cluster", in cui si definisce il livello di aderenza alla terapia, pone chiarezza rispetto al percorso assistenziale che attende al paziente. Pertanto per i pazienti che rientrano nel Cluster A "immediatamente aderenti" sarà previsto un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) senza interruzioni o ostacoli, quindi una presa in carico da parte dell'operatore sanitario priva di difficoltà relazionali. Mentre i pazienti che rientrano nel Cluster B denominato "lentamente aderenti" necessiteranno di percorsi di cura personalizzati, in cui sarà auspicabile attivare un'educazione terapeutica strutturata per consentirgli un rientro tempestivo nel PDTA. Per questo cluster è essenziale che gli operatori sanitari apprendano e utilizzino conoscenze e competenze psicopedagogiche; lo psicologo può essere un sostegno sia nella fase di individuazione del cluster che nella programmazione dell'educazione terapeutica. Invece, per alcuni pazienti, quelli del Cluster C, definiti come più "resistenti", solo un approccio terapeutico personalizzato alla specificità di quell'assistito, precedentemente fenotipizzato da un punto di vista psicologico, potrà consentirgli di proseguire il suo percorso di cura.

Il diagramma riportato in alto (diagramma 1) fotografa la mappatura dei pazienti seguiti in dialisi con la specificazione del percorso che li attende.

## Fenotipizzazione psicologica

In biologia viene definito come *fenotipo*, l'insieme delle caratteristiche morfologiche e funzionali di un organismo, quali risultano dall'espressione del suo genotipo e dalle influenze



**Diagramma I.** Percorso psicologico-clinico-terapeutico di un paziente affetto da ERSD.

ambientali. Quindi l'insieme dei caratteri che l'individuo manifesta e che dall'apparenza si possono osservare in maniera più o meno evidente.<sup>8</sup> Prevalentemente utilizzato in ambito clinico, dal termine fenotipo, la fenotipizzazione va ad individuare una descrizione specifica e dettagliata di un certo paziente.

**La fenotipizzazione clinica** di un paziente in emodialisi non può prescindere dalla valutazione di alcuni parametri clinici, come il fosforo, il potassio, gli incrementi di peso, il KT/V, la PCR, che aiutano l'operatore a impostare un trattamento terapeutico mirato alle sue esigenze cliniche e al miglioramento della qualità di vita.

**La fenotipizzazione psicologica** considera i "parametri" psicologici del paziente, quindi tutti quegli aspetti della sua personalità che possono condizionare il trattamento terapeutico prescritto dal curante; per cui non solo ipotizzare un atteggiamento specifico a seconda del cluster in cui si collochi il paziente, ma ancora più precisamente modulare l'approccio a seconda delle caratteristiche fenotipiche psicologiche peculiari che si rilevano.

Tra questi parametri riveste un ruolo principale l'accettazione della malattia e la capacità di intraprendere dei cambiamenti, l'attivazione di un certo stile di attaccamento e lo stato dell'io maggiormente attivato.

### Accettazione di malattia e stadi del cambiamento

L'analisi e lo studio della personalità del paziente in emodialisi non può prescindere dall'indagine che riveli come ha accolto la diagnosi di malattia cronica nella sua vita. Sarà, inoltre, rilevante comprendere come riesce ad adattarsi al cambiamento che la malattia e la terapia gli impone. Per rispondere a tali quesiti faremo riferimento alle fasi di reazione alla malattia della Kübler-Ross e al modello transteorico del cambiamento di Prochaska e DiClemente.

L'autrice Elisabeth Kübler-Ross, dopo aver intervistato più di duecento malati in fin di vita, ha formulato un

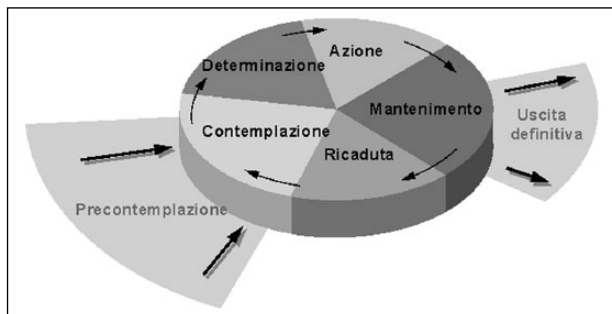
modello di adattamento alla diagnosi terminale che prevede cinque fasi che quasi tutti i pazienti attraversano nel corso della malattia.<sup>9</sup> Questo modello può essere utilizzato in riferimento a numerose malattie gravi (in particolare quelle croniche)<sup>10</sup> tra cui la MRC in trattamento sostitutivo. Per cui nella tabella 2 viene indicato il ruolo ed eventuali strategie relazionali maggiormente appropriate per l'operatore in riferimento alla fase specifica.

Dalle fasi di accettazione della malattia ne conseguono gli stadi del cambiamento, ampiamente decodificati nel modello di Prochaska e DiClemente,<sup>11</sup> dove gli autori mettono in luce quali reazioni caratterizzino il paziente quando si trova di fronte alla richiesta di cambiamento (figura 1). La MRC richiede al paziente in emodialisi continui adattamenti nella sua vita per migliorare o mantenere stabile il suo quadro clinico, che spesso prevedono dei cambiamenti, che non sempre vengono accolti con adesione e attivazione; un esempio potrebbe riguardare la limitazione all'assunzione dei liquidi o una dieta priva di alimenti contenenti fosforo. Pertanto si ritiene importante comprendere non solo la stadiazione di fronte al cambiamento del paziente ma anche il ruolo dell'operatore nell'incentivare l'azione (tabella 3).

In ogni fase di reazione alla malattia e in ogni stadio del cambiamento andrà instaurata una relazione curante/paziente caratterizzata da una stabile alleanza terapeutica, in quanto risulta essere un fattore predittivo dell'esito del trattamento perché la presa in carico del paziente presuppone un lavoro collaborativo bidirezionale. L'alleanza terapeutica<sup>12</sup> è costituita da tre componenti: il primo è l'esplicita condivisione di obiettivi da parte di paziente e operatore, il secondo la chiara definizione di compiti reciproci all'inizio del trattamento ed infine, il terzo, il tipo di legame affettivo che si costituisce fra i due, caratterizzato da fiducia e rispetto.<sup>13</sup> In particolare quest'ultimo, il legame affettivo tra paziente e operatore, è il risultato dell'interazione tra due variabili principali: da una parte i comportamenti, le emozioni e i pensieri del terapeuta, dall'altra le proiezioni

**Tabella 2.** Fasi della malattia secondo Kubler-Ross ed il corrispondente ruolo dell'operatore sanitario.

FASE DI REAZIONE	RUOLO DELL'OPERATORE
<p><b>La fase di negazione o di rifiuto e isolamento</b>, è un tempo caratterizzato da sorpresa, angoscia, mancata consapevolezza dell'evento e del suo significato e quindi scarso coinvolgimento emotivo; la negazione è il meccanismo di difesa contro l'angoscia derivante da una realtà percepita come troppo minacciosa e intollerabile; ne deriva distacco e indifferenza verso la propria condizione.</p> <p><b>La fase di rabbia</b>, rappresenta un'evoluzione rispetto alla fase precedente, utile e necessaria perché testimonia di una presa di contatto con la realtà della malattia. Può sfociare in accuse nei confronti dei curanti o nei confronti di altre persone ritenute responsabili dell'insorgenza della malattia, del decorso non favorevole o della sua mancata risoluzione.</p> <p><b>La fase della contrattazione</b>, del venire a patti, si manifesta nei confronti della terapia. Il paziente cerca di ottenere "sconti sulla pena" in modo da dover alterare il meno possibile la sua vita abituale. La persona malata che contratta sulla terapia vuole poter contare sulle decisioni che il curante sta enunciando ma vuole far presenti le difficoltà che immagina di poter incontrare nella concordanza al regime terapeutico.</p> <p><b>La fase della depressione</b> è un momento di profonda tristezza non necessariamente patologica, connessa alla consapevolezza del proprio stato e delle necessità che questo comporta. In questa fase il paziente entra in ascolto di se stesso e prende coscienza di ciò che gli sta accadendo.</p> <p><b>La fase dell'accettazione</b> il paziente entra in una fase attiva di presa di consapevolezza della malattia e del regime terapeutico da seguire. Il paziente mostra apertura nei confronti dei suggerimenti del curante e instaura una relazione collaborativa. Si tratta di una condizione relativamente stabile, che può essere minacciata da evoluzioni sfavorevoli della malattia.</p>	<p>Saper accogliere le paure del paziente, quindi saper leggere la negazione come una difesa e non come una resistenza, accettando che ogni persona ha dei tempi soggettivi di reazione agli eventi avversi che supererà per accedere alle altre fasi verso l'accettazione di malattia.</p> <p>Saper accogliere la rabbia o le reazioni aggressive come apertura emotiva dello stato del paziente. Orientare le proprie azioni a veicolare la rabbia verso azioni concrete di benessere e non ostacolanti la terapia o la cura.</p> <p>Saper accogliere le titubanze del paziente e le richieste di flessibilità, "giocando" in equilibrio tra il dover proseguire a proporre la terapia e la comprensione della fatica da parte del paziente di seguirla. Far acquisire al paziente le consapevolezze dei risvolti positivi della terapia.</p> <p>Saper mettere in conto che nella reazione alla diagnosi di malattia o nell'insorgenza di complicanze ci possono essere reazioni di abbattimento e demoralizzazione, non sempre brevi o prive di ripercussioni.</p> <p>Saper celebrare con il paziente l'adesione alla terapia, rimandandole il suo ruolo attivo nella cura della sua malattia cronica, sottolineando le sue capacità di adattamento e di coping.</p>

**Figura 1.** Stadi del cambiamento secondo Prochaska e Di Clemente: Contemplazione, determinazione, azione, mantenimento, ricaduta.

transferali che nascono dalle esperienze passate del paziente. Ecco che dunque entrambi i protagonisti, paziente e operatore, ciascuno dotato di un proprio vissuto e di un proprio mondo interno, divengono di estrema importanza nella costruzione dell'alleanza e nell'ottenimento degli obiettivi, intesi come efficacia dialitica e benessere del paziente durante la seduta dialitica caratterizzata da una compliance terapeutica. Un'interessante cornice all'interno della quale esplorare il concetto di "alleanza terapeutica" è la teoria

dell'attaccamento di Bowlby (1988). Tale teoria postula l'esistenza nell'uomo di una tendenza innata a ricercare per tutto l'arco di vita la vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta ogni volta che si costituiscono situazioni di pericolo, dolore, fatica o solitudine. L'emodialisi rappresenta una situazione critica per l'individuo in cui può vivere il timore per la propria vita, la propria indipendenza e di conseguenza il ruolo del curante/infermiere sarà quello di dare fiducia al paziente, accogliere i suoi timori e/o il suo rifiuto alla cura come una reazione protettiva e rispettando i suoi tempi. Nella tabella 4 sono riportati i diversi pattern di attaccamento correlati a specifiche modalità di gestione dell'angoscia nelle relazioni col caregiver: sicuro (B), insicuro evitante (A) e insicuro ansioso-ambivalente (C)<sup>14</sup> e come questi pattern vengano impersonificati dal paziente e di conseguenza il ruolo dell'operatore.

La peculiarità della relazione tra operatore e paziente potrebbe essere inquadrata utilizzando i costrutti dell'Analisi Transazionale; più specificatamente Eric Berne<sup>15</sup> ha ideato il concetto di Stati dell'Io proprio per comprendere come siamo fatti ma soprattutto come ci relazioniamo con gli altri. Secondo Berne e come esposto nella tabella 5, la struttura di personalità viene scomposta in tre parti: Genitore (G), Adulto (A) e Bambino (B); questo ci permette di classificare

**Tabella 3.** Ruolo dell'operatore ad ogni stadio di cambiamento.

STADIO DEL CAMBIAMENTO	RUOLO DELL'OPERATORE
<b>Lo stadio della Precontemplazione:</b> il paziente non ha contemplato la possibilità di avere un problema.	Insinuare il dubbio, fornire informazioni e individuare vantaggi e svantaggi dell'attuale comportamento.
<b>Lo stadio della Contemplazione:</b> il paziente riflette sul problema senza impegnarsi ancora nel cambiamento.	Aiutare il paziente a riconoscere i pensieri disfunzionali, migliorando la sua autostima e autoefficacia.
<b>Lo stadio della Determinazione:</b> il paziente ha intenzione di cambiare, ma non sa come.	Delineare con il paziente le strategie del cambiamento e aiutarlo a misurare le sue forze prima di entrare in azione.
<b>Lo stadio dell'Azione:</b> il paziente modifica il comportamento per superare il problema.	Aiutare a mettere in atto le strategie.
<b>Lo stadio del Mantenimento:</b> il paziente deve rendere stabile il cambiamento prevenendo la ricaduta.	Identificare le strategie per prevenire la ricaduta e aumentare l'assertività del paziente.
<b>La Ricaduta:</b> fatto normale e fa parte del ciclo del cambiamento.	Cercare di riavviare il processo di contemplazione.

**Tabella 4.** Pattern di attaccamento e modalità di gestione.

ALLEANZA TERAPEUTICA E STILE DI ATTACCAMENTO		
STILE DI ATTACCAMENTO	REAZIONE DEL PAZIENTE	RUOLO DELL'OPERATORE
Una madre o un caregiver sensibile e rispondente alle esigenze del bambino consentirà lo sviluppo di un <b>ATTACCAMENTO SICURO caratterizzato da piena fiducia in sé, nell'altro e nelle relazioni.</b>	<i>Uno stile di Attaccamento Sicuro nel paziente prevede un coinvolgimento nel percorso di cura fiducioso, in cui predomina il giusto equilibrio tra un atteggiamento di indipendenza e assertività e un atteggiamento di vicinanza ottimista</i>	Aprirsi verso una relazione matura, fiduciosi della disponibilità del paziente ad accogliere le indicazioni terapeutiche e a metterle in pratica.
Una madre o un caregiver insensibili o non rispondenti comporteranno un'insoddisfazione del bisogno innato di accudimento determinando l'evitamento della relazione e lo sviluppo di un <b>ATTACCAMENTO INSICURO EVITANTE caratterizzato da completa insicurezza nell'altro.</b>	<i>Uno stile di Attaccamento Insicuro/Evitante nel paziente prevede un distacco dal processo di cura, in cui percepisce l'altro come nemico da evitare.</i>	Accogliere i timori del paziente, comprendendo che ci sono state delle esperienze passate negative che hanno attivato quello stile di attaccamento, pertanto è necessario prodigarsi affinché si costruisca una nuova fiducia stabile e sicura.
Una madre o un caregiver incostante e imprevedibile determinerà lo sviluppo di un <b>ATTACCAMENTO ANSIOSO AMBIVALENTE caratterizzato da un alternarsi di vicinanza ed evitamento.</b>	<i>Uno stile di Attaccamento Ansioso/Ambivalente nel paziente prevede un atteggiamento smarrito, percepisce trascuratezza e rifiuto da parte degli operatori, innescando sentimenti di insicurezza e eccessiva prudenza.</i>	Leggere il rifiuto alla cura come una reazione protettiva e non di ribellione. Accogliere i tempi del paziente attivando strategie relazionali empatiche e assertive.

il nostro modo di pensare, sentire e comportarci. Nella pratica clinica riveste un ruolo importante la comprensione delle reazioni del paziente quando attiva uno stato dell'io piuttosto che un altro, ma soprattutto le strategie relazionali dell'operatore sanitario (tabella 5).

L'essere consapevoli di quali siano gli stati dell'io che attivi il paziente in emodialisi ci permette di costruire relazioni mature e stabili. È importante sottolineare che ciascuno di noi possiede ed utilizza tutti e tre gli Stati dell'io, sebbene possa esservi la tendenza ad utilizzare in modo privilegiato uno dei tre. Questi stati possono essere individuati tramite l'analisi della comunicazione, del tono della voce, dall'espressione del corpo, ecc.

Sofferarsi ad analizzare quale stato dell'io predomini in quel paziente e in quella specifica situazione è funzionale per modulare la relazione, infatti un operatore consapevole potrebbe modificare funzionalmente il proprio atteggiamento in riferimento allo stato dell'io attivato dal paziente.

### **La fenotipizzazione psicologica nella pratica clinica: un approccio terapeutico costruito sul profilo del paziente**

La proposta di lettura del profilo psicologico appena tracciata si auspica di chiarire quali siano le possibili

**Tabella 5.** Struttura della personalità secondo Berne ed i rispettivi ruoli dell'operatore e del paziente.

STATO DELL'IO

	<b>REAZIONE DEL PAZIENTE</b>	<b>RUOLO DELL'OPERATORE</b>
G	<p><b>Stato dell'Io Genitore:</b> è un insieme di sentimenti, pensieri e comportamenti che abbiamo copiato dai nostri genitori e dalle altre persone significative. Quando facciamo questo, si parla di introiezione, ossia di fare nostre idee, credenze, sentimenti e comportamenti delle figure genitoriali. Lo Stato dell'Io Genitore, si suddivide in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Genitore Normativo (GN)</b> che è critico, potente, dogmatico, esigente e punitivo</li> <li>• <b>Genitore Affettivo (GA)</b> che è premuroso, protettivo, rassicurante, permissivo, interessato</li> </ul>	<p>Aprirsi con disponibilità al confronto, spiegando ogni azione terapeutica affinché questa venga accolta senza pregiudizi o retaggi culturali o famigliari che potrebbero ostacolare il risultato della terapia.</p>
A	<p><b>Stato dell'Io Adulto:</b> è un insieme di sentimenti, pensieri e comportamenti che sono risposte dirette al qui e ora. È come un elaboratore di dati che funziona come un computer, organizzando l'informazione, valutando le probabilità e facendo affermazioni logiche. Svolge il ruolo di mediatore tra Genitore e Bambino.</p>	<p>Percepirsi ben disposti a condividere e confrontarsi con il paziente nel suo processo di cura riconoscendo la sua capacità critica di scegliere e prendere decisioni.</p>
B	<p><b>Stato dell'Io Bambino:</b> è un insieme di sentimenti, pensieri e comportamenti che vengono riprodotti dalla nostra infanzia, possiamo definirla la parte "spontanea", quella che conserva memoria delle emozioni vissute durante l'infanzia: entusiasmo, meraviglia, ma anche insicurezza e paura. Lo Stato dell'Io Bambino, si suddivide in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bambino Adattato (BA)</b> che si comporta come se ci fosse un genitore che sta a vedere o sentire, ed è perciò controllato e compiacente e il suo comportamento è un adattamento agli altri.</li> <li>• <b>Bambino Libero (BL)</b> che invece si esprime spontaneamente, senza preoccuparsi delle reazioni dei genitori, il suo comportamento non è un adattamento ai genitori.</li> </ul>	<p>Accogliere atteggiamenti di sfida e di ribellione, o reazioni impulsive e compiacenti, riconoscendo che la relazione ha necessità di un curante che sappia accompagnare il paziente verso modalità più adulte e adattive, attivando a sua volta atteggiamenti di rispetto e di accudimento.</p>

**CLUSTER A**  
Pazienti Immediatamente Aderenti

<b>FENOTIPIZZAZIONE DEL PAZIENTE</b>	<b>FASE DI REAZIONE ALLA MALATTIA</b> prevalente: <i>Accettazione</i>	<b>STADIO DEL CAMBIAMENTO</b> prevalente: <i>Azione</i> <i>Mantenimento</i>	<b>STILE DI ATTACCAMENTO</b> prevalente: <i>Attaccamento Sicuro</i>	<b>STATO DELL'IO prevalente:</b>  <i>Stato dell'Io A</i>
<b>RUOLO DELL'OPERATORE</b>	Vedi Tab. 1	Vedi Tab. 2	Vedi Tab. 3	Vedi Tab. 4
<b>CLUSTER B</b> Pazienti Lentamente Aderenti				
<b>FENOTIPIZZAZIONE DEL PAZIENTE</b>	<b>FASE DI REAZIONE ALLA MALATTIA</b> prevalente: <i>Contrattazione</i>	<b>STADIO DEL CAMBIAMENTO</b> prevalente: <i>Azione</i>	<b>STILE DI ATTACCAMENTO</b> prevalente: <i>Attaccamento</i> <i>Ansioso Evitante</i>	<b>STATO DELL'IO prevalente:</b>  <i>Stato dell'Io G</i> <i>Stato dell'Io B</i>
<b>RUOLO DELL'OPERATORE</b>	Vedi Tab. 1	Vedi Tab. 2	Vedi Tab. 3	Vedi Tab. 4
<b>CLUSTER C</b> Pazienti Resistenti				
<b>FENOTIPIZZAZIONE DEL PAZIENTE</b>	<b>FASE DI REAZIONE ALLA MALATTIA</b> prevalente: <i>Negazione</i> <i>Rabbia</i> <i>Depressione</i>	<b>STADIO DEL CAMBIAMENTO</b> prevalente: <i>Precontemplazione</i> <i>Contemplazione</i> <i>Ricaduta</i>	<b>STILE DI ATTACCAMENTO</b> prevalente: <i>Attaccamento</i> <i>Ansioso Ambivalente</i>	<b>STATO DELL'IO prevalente:</b>  <i>Stato dell'Io G</i> <i>Stato dell'Io B</i>
<b>RUOLO DELL'OPERATORE</b>	Vedi Tab. 1	Vedi Tab. 2	Vedi Tab. 3	Vedi Tab. 4

**Figura 2.** Fenotipizzazione del paziente e strategie di cura.

caratteristiche dei pazienti facenti parte dei tre cluster. Caratteristiche correlate quindi alla reazione alla malattia, alla capacità di intraprendere cambiamenti, alla predisposizione verso un'alleanza terapeutica matura fondata su un attaccamento sicuro. La letteratura psicologica fornisce diversi test, di cui alcuni standardizzati, per fenotipizzare oggettivamente le caratteristiche appena citate. Una valutazione psicometrica per tutti i pazienti emodializzati richiederebbe la presenza in equipe di un psicologo dedicato; tuttavia destinando solo ai Pazienti Resistenti (Cluster C) una indagine più accurata, per gli altri si potrebbe ambire alla presenza di curanti sensibili ad "osservare" il paziente in un'ottica bio-psico-sociale per garantire la possibilità di un approccio terapeutico personalizzato che tenga conto di aspetti non solo prettamente medici.

Nella figura 2 viene esplicita la fenotipizzazione dei pazienti appartenenti ai tre cluster e rimanda all'operatore le opportune strategie per accompagnare il paziente in un percorso di cura personalizzato.

### Considerazioni conclusive

Per concludere, una fenotipizzazione clinica arricchita da una fenotipizzazione psicologica può completare il percorso di cura e assistenza al paziente in emodialisi; dove il quadro clinico individua il punto di partenza e l'obiettivo terapeutico che si vuole raggiungere, mentre il quadro psicologico chiarisce quali strumenti sarà opportuno utilizzare o quali saranno da acquisire per essere il più possibile "equipaggiati" per raggiungere l'obiettivo. Infatti il "goal standard" di ogni paziente si distinguerà nei tempi e nelle modalità sulla base della fenotipizzazione clinica e psicologica ma anche nell'intervento strutturato di un'equipe multidisciplinare presente nelle sale di dialisi fin dalle prime fasi di malattia.

### Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

### Finanziamenti

Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti specifici da qualsiasi ente nei settori pubblico, privato o senza fini di lucro.

### Ringraziamenti

Si ringrazia per la collaborazione il team infermieristico della S.C di Nefrologia e Dialisi dell'ospedale S.Martino, Oristano.

### Bibliografia

1. Piccoli G, Piccoli GB e Salomone M. Variazioni demografiche della popolazione in uremia terminale. In: Di Paolo N e Buoncristiani U (a cura di). *Tecnologie nefrologiche e dialitiche*. Cosenza: Editoriale Bios, 2000.
2. Kluger C, Vlamincq H, Haverich A e Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37: 25–29.
3. Kammere J, Garry G, Hartigan M, Carter B e Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J* 2007; 34:479–486.
4. Molsted S, Prescott L, Heaf J, et al. Assessment and clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease. *Nephron Clin Pract* 2007; 106: c24–c33.
5. Cukor D, Coplan J, Brown C, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008; 52: 128–136.
6. Tu HY, Shao JH, Wu FJ, et al. Stressors and coping strategies of 20-45 year-old hemodialysis patients. *Collegian* 2014; 21:185–192.
7. Logan SM, Pelletier-Hibbert M, Hodgins M, et al. Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *J Adv Nurs* 2006; 56: 382–391.
8. Watson JD, Baker TA, Bell SP, et al. 7<sup>a</sup> ed. *Biologia molecolare del gene*. Bologna: Zanichelli, p. 720.
9. Kübler-Ross E. *La morte e il morire*. Assisi: Edizioni La Cittadella, 1998.
10. Gentili P, Bufacchi T, Cincinnato I, et al. La valutazione psicologica nel diabete tipo II: review della letteratura e proposta di un modello psicometrico. *Rivista di psichiatria* 2007; 42, 1: 17–24.
11. Ragazzoni C, Di Pilato M, Long R, et al. (a cura di). *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello trasteorico di DiClemente e Prochaska*. 2<sup>a</sup> ed. Torino: DORS - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute e la Regione Piemonte, 2014, <http://www.dors.it>.
12. Liotti G e Monticelli F. *Teoria e clinica dell'Alleanza Terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Cortina Editore, 2014.
13. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic)* 1979; 16: 252–260.
14. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., e Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
15. Berne E. *Intuizione e stati dell'io*. Roma: Astrolabio Ubalдини, 1992. *Carla Porcu*