

Il paradigma psicosomatico: una prospettiva relazionale

di *Paolo Gritti*

Psichiatra, Psicoterapeuta, Editor: Journal of Psychosocial Systems

Sommario

Viene descritta e commentata l'evoluzione del paradigma psicosomatico nel corso del 900', con particolare riguardo alle implicazioni di tale processo scientifico e culturale sulla pratica della psicoterapia sistemico-relazionale della famiglia. Ne sono esemplificate le conseguenze cliniche per l'applicazione di tale modello di intervento nella anoressia, nel diabete infantile e nell'approccio relazionale alle malattie tumorali.

Parole chiave

paradigma, psicosomatica, relazioni familiari.

Summary

The evolution of the psychosomatic paradigm in the course of the 20th century is described and discussed, with specific concern to the implications of this scientific and cultural process on the practice of systemic-relational psychotherapy with the family. The clinical consequences for the application of this model of intervention are exemplified in mental anorexia, childhood diabetes as well as in the relational approach to the cancer diseases.

Keywords

paradigm, psychosomatics, family relationships.

1. Introduzione

Il campo della medicina psicosomatica è profondamente mutato nel corso degli ultimi decenni. Ciò si deve a due macrofattori. In primo luogo, i progressi diagnostici e terapeutici della biomedicina hanno consentito di rivedere le ipotesi psicogenetiche di una ampia gamma di malattie prima considerate esito di una sofferenza psichica primaria. In secondo luogo, è stata condotta una radicale revisione dei costrutti teorici che avevano guidato la ricerca psicosomatica fino alla metà del secolo scorso. Oggi, Fava definisce la medicina psicosomatica come un campo interdisciplinare inerente l'interazione tra fenomeni biologici, psicologici e sociali “*nella regolazione dell'equilibrio tra salute e malattia*”.

Essa offre un costrutto di cornice per comprendere il ruolo dei fattori psicosociali che influenzano la vulnerabilità individuale alla malattia nonché il suo decorso ed esito. La medicina psicosomatica orienta verso un approccio “*personalizzato ed olistico al paziente*”, arricchisce le terapie biomediche con interventi psicologici e rimodula la organizzazione dei servizi sanitari in termini multidisciplinari. (Fava et al., 2017). Tali considerazioni descrivono, con sintetica chiarezza, la radicale trasformazione del paradigma psicosomatico, centrato oggi su premesse del tutto diverse dalle ipotesi causali lineari che attribuivano a fattori psichici la malattia somatica (Grassi et al., 2019).

Il riduzionismo psicologico di queste ipotesi, allorchè sottoposto a verifica empirica, non ha potuto trovare convalida scientifica ed ha, per lungo tempo, corroborato le argomentazioni di quanti propendevano per il simmetrico riduzionismo biologico. Entrambi questi approcci hanno una lunga storia alle spalle; essa va ricordata per poter intendere il radicale mutamento epistemologico che oggi consente di riconoscere il ruolo delle relazioni interpersonali significative del soggetto nell’esordio, decorso ed esito delle malattie somatiche. Nelle pagine che seguono espongo una mia personale ricostruzione degli antecedenti storici e culturali che conducono oggi ad una profonda revisione del paradigma psicosomatico che valorizza, appunto, il ruolo delle relazioni interpersonali nelle genesi, decorso e prognosi delle malattie somatiche. Per esemplificare questa tesi, menzionerò alcuni studi e ricerche inerenti l’anoressia mentale, il diabete infantile ed il cancro, con alcune considerazioni tratte da mie esperienze cliniche.

2. Il mind-body problem: da Cartesio a Damasio

Fin dagli albori dell’umanità, l’*homo sapiens* si è interrogato sulla propria relazione con l’ambiente che lo circonda e con sè medesimo. Quando la cultura umana ha generato il sentimento religioso, la filosofia e l’espressione artistica, esse si sono spesso focalizzate sulla relazione mente-corpo facendone un oggetto di riflessione costante. Già in Omero è ben chiara la distinzione fra soma e psiche, ed in tutta la filosofia antica tale riflessione oscilla fra il monismo e il dualismo. I Pitagorici, Socrate, Platone, Aristotele contribuiscono, con i loro scritti, a porre la basi della posizione dualista sul problema. Tuttavia, per quanto ci interessa, è solo con Cartesio che il dualismo mente-corpo investe il pensiero scientifico occidentale influenzandolo fino ad oggi. Tuttavia, a mio modo di vedere, il dualismo cartesiano è intriso di interazionismo. Cartesio ben descrive che la distinzione fra *res cogitans* e *res extensa* va intesa nei termini di una mutua interdipendenza fra mente e corpo. Così argomenta nel prendere ad esempio l’esperienza del dolore:” *Ora la natura, così intesa, nient’altro mi insegna tanto chiaramente quanto che ho un corpo che sta male quando io sento dolore, ha bisogno di cibo o bevande quando io soffro la fame o la sete, e così via: e non devo quindi dubitare che in ciò ci sia qualcosa di vero. Poi, attraverso queste stesse sensazioni di*

dolore, fame, sete, ecc.”. Dunque, mente e corpo sono entità distinte ma interconnesse come si evince dalla metafora che segue:” *la natura mi insegna pure che io non sono meramente presente al mio corpo come un nocchiero lo è al suo vascello, bensì gli sono congiunto quanto mai strettamente e (per così dire) mescolato, in modo da comporre un’unità con esso. Altrimenti, infatti, quando il mio corpo è ferito, non ne risentirei dolore, io che non sono che una cosa che pensa, ma percepirei tale ferita col puro intelletto, così come un nocchiero percepisce con la vista se qualcosa si rompa nel suo vascello.* (Cartesio R., 2001). In ragione di tali argomentazioni, la filosofia cartesiana è stata considerata ispiratrice del dualismo mente-corpo che ha segnato la ricerca scientifica occidentale. Tale influenza ha provveduto ad incrementare lo scarto fra scienze della natura e scienze umane, a partire dal pensiero illuminista, nel corso degli ultimi tre secoli. Anche gran parte della filosofia del 900’ privilegia il primato del biologico sullo psichico.

Le diverse posizioni filosofiche descritte con le espressioni: Dualismo, Causalità ascendente/discendente, Emergentismo, Fisicalismo, Riduzionismo, Fisicalismo superveniente sembrano coincidenti in tal senso. Solo con Damasio, nella sua posizione organismica, si giunge a considerare errore di Cartesio il suggerire che il controllo razionale delle passioni sia la cifra distintiva dell’umanità. Nei suoi studi sulla coscienza, Damasio segnala la cointeressenza del somatico e dello psichico che include non solo la dimensione cognitiva ma anche quella emotiva. Infine, per altre vie, anche la psicologia dinamica novecentesca ha provveduto a mantenere l’antitesi mente-corpo a partire dalle freudiane. Negli studi successivi al suo “*Progetto di una psicologia*” (1895), Freud si rende consapevole della inadeguatezza delle conoscenze scientifiche dell’epoca che lo indurranno a privilegiare solo i fenomeni psichici. Accade così che medicina e psicologia divergono progressivamente nel corso del novecento fin quando la dicotomia mente-corpo inizia a ricomporsi in una rappresentazione omnicomprensiva dell’uomo nella salute e nella malattia.

3. Salvador Minuchin e la famiglia psicosomatica

Il primo, originale contributo in tema di psicosomatica delle relazioni interpersonali si deve alle ricerche condotte negli anni '70 e '80, presso l’Ospedale Pediatrico di Filadelfia e la Philadelphia Child Guidance Clinic, da Lester Baker, un endocrinologo, Salvador Minuchin, al tempo rinomato psichiatra dell’età evolutiva e ideatore dell’approccio strutturale alla terapia familiare e Bernice Rosman, psicologa esperta ricercatrice. Gli studi pionieristici di Minuchin si rivolsero a tre specifiche patologie: l’anoressia, il diabete, e l’asma. Per quanto concerne il diabete infantile, Minuchin et al. (1975, 1978) hanno evidenziato che alcuni patterns di interazione familiare erano vissuti come stressanti dal bambino diabetico. Ciò causava un aumento degli acidi grassi liberi (FFA) e inclinava alla chetoacidosi diabetica.

E' noto, infatti, che il conflitto interpersonale può portare ad alerting emotivo, rilascio di catecolamine, ed incremento di zuccheri nel sangue nei familiari diabetici. Nella sua ricerca sulla famiglia diabetica, Minuchin individua tre condizioni necessarie per lo sviluppo e il mantenimento di gravi problemi di salute nei bambini: un certo tipo di organizzazione familiare che incoraggia la somatizzazione; il coinvolgimento del bambino nel conflitto parentale; e la vulnerabilità fisiologica del bambino. Il suo gruppo di studio scelse una metodologia innovativa per misurare alcuni parametri metabolici. In particolare, questo gruppo di studio valutò le variazioni degli FFA nel sangue dei membri di famiglie con pazienti diabetici durante e dopo sedute di psicoterapia. Minuchin descrisse, ad esempio, il caso della famiglia di Dede. Ella, di 17 anni, soffriva di diabete da tre anni, Violet la sorella, di 12 anni, dalla nascita. Il diabete di Dede aveva causato 23 ricoveri di urgenza in due anni per chetoacidosi. Minuchin intervistò i genitori per un'ora mentre le due figlie guardavano la seduta dietro lo specchio. I genitori furono invitati a discutere del loro conflitto. Dopo un'ora, le figlie furono ammesse a partecipare alla seduta. Gli FFA crebbero nei genitori e nelle figlie fino al termine della seduta di coppia. Nel corso della seduta familiare gli FFA decrebbero nei genitori ma continuarono a crescere nelle figlie. Al termine della seduta gli FFA si normalizzarono rapidamente in Violet, ma non in Dede. Minuchin giunse alla conclusione che le distinte dinamiche di invischiamento delle due sorelle influenzavano il livello di FFA in ciascuna di esse. Tali ipotesi, tuttavia, non hanno trovato conferma univoca negli studi empirici successivi.

Alcuni studi evidenziano come la risposta della famiglia alla diagnosi di diabete possa avere un effetto negativo sul controllo glicemico (Szydlo D., van Watum P.J., Woolston J., 2003). Al contrario, Coyne e Anderson (1988), rivisitano queste ipotesi relazionali sul diabete. Essi esaminano il modello familiare psicosomatico alla luce degli sviluppi nello studio e nella terapia del diabete. Concludono che questo modello decontestualizza la famiglia e le assegna caratteristiche che andrebbero più opportunamente interpretate come riflessi del processo patologico, dei compiti di caregiving della famiglia nonché delle dinamiche relazionali della famiglia con il sistema sanitario. In Italia, Lorigo (Aragona M. et. al., 2011) evidenzia la insussistenza di evidenze empiriche di conferma delle tesi di Minuchin.

Io sono dell'avviso che se si considera la famiglia come contesto elettivo dello sviluppo somatico e psichico dell'individuo allora è ben ragionevole pensare che la malattia possa sconvolgere gli equilibri relazionali ed affettivi preesistenti e questi, ricorsivamente, esercitare un'influenza sul controllo di parametri fisiologici come la glicemia. Un dato interessante emerso da un nostro studio recente è che il 15,8% dei diabetici adulti riferisce all'anamnesi problemi legati alle relazioni familiari, segno dell'importanza che lo scenario familiare se caratterizzato da relazioni cariche di ostilità e conflitti, può avere sul decorso e la comorbilità psicopatologica nel diabete.

Nello studio dell'anoressia, Minuchin affina la sua descrizione della “*famiglia psicosomatica*”. I suoi tratti salienti sarebbero quattro. Il primo consiste nell'ipercoinvolgimento dei familiari, esito di confini familiari diffusi. La seconda caratteristica è l'iperprotettività, ciascun membro della famiglia sarebbe coinvolto in risposte protettive focalizzate su comportamenti di accudimento e nutrizione. La terza caratteristica è la rigidità dei patterns relazionali. La quarta caratteristica sarebbe l'evitamento dei conflitti: i membri della famiglia non sarebbero in grado di tollerare conflitti aperti. In sintesi, la “*famiglia anoressica*” di Minuchin sarebbe caratterizzata da transazioni disfunzionali consistenti in dinamiche di invischiamento, ipervigilanza, preoccupazione intrusiva, iperprotettività, perfezionismo ossessivo. Nella mia esperienza, il contesto familiare di pazienti anoressiche presenta alcune caratteristiche ricorrenti. Queste famiglie si presentano molto unite, iperprotettive, legate a modelli di relazione altamente invischiati. La coppia genitoriale cura molto il benessere dei figli a discapito del rapporto coniugale. La struttura della famiglia è di tipo matriarcale-patriarcale, comune alla cultura agricolo-contadina, di cui conserva i miti e le funzioni. La famiglia è vissuta come un'istituzione totalizzante ed indispensabile per la crescita dei singoli membri. In queste famiglie, spesso, la madre assume un ruolo dominante, mentre il padre sembra emotivamente assente: talora palesemente sopraffatto dalla moglie, in altri casi da lei sostenuto nelle proprie funzioni genitoriali. Spesso il padre ribadisce la propria autorità familiare con intensa partecipazione emotiva senza che questo abbia un qualche effetto sul rapporto con i familiari. In queste famiglie la madre, ipercritica ed invadente, sembra impedire l'elaborazione delle esperienze emotive delle figlie. Entrambi vogliono apparire solleciti verso i figli, disposti a sacrificare il proprio spazio personale ma non responsabili delle scelte comuni. La coppia genitoriale gareggia, così, per la conquista di una leadership “*negativa*” che assegna all'uno e all'altra il ruolo di vittima. Questo comportamento, che lascia trapelare all'esterno soltanto un'unità di facciata, nasconde, invece, una profonda insoddisfazione del rapporto coniugale, che i genitori sono incapaci di manifestare e di modificare. Una “*famiglia anoressica*” si presenta, cioè, come un sistema interpersonale contraddistinto dall'evitamento dei conflitti e da una coppia genitoriale iperprotettiva, rigida, ed intrusiva.

L'invischiamento fa apparire i rapporti fra i vari membri della famiglia stretti, intensi, di estrema prossimità, ostativo di ogni individuazione e suggerisce, in metafora, un “*horror vacui*” familiare che esita nel rifiuto della paziente a cibarsi come estrema difesa eretta a preservare i propri confini soggettivi. In tal senso tali famiglie presentano stili relazionali che si riscontrano, con qualche frequenza, anche in famiglie con paziente affetto da disturbo di somatizzazione: il corpo salvaguarda un confine identitario compromesso dalla relazione con l'altro.

4. La psicosomatica dei processi complessi

Nel corso del 900' il paradigma psicosomatico è radicalmente mutato da una versione causalista influenzata dal determinismo psichico ad una diversa interpretazione della relazione mente-corpo indotta dalle evidenze scientifiche della interazione multidimensionale di fattori biologici, psicologici e sociali che modulano la dinamica fra salute e malattia. Con Von Bertalanffy (1971), Engel (1977, 1980, 1997) e Bronfenbrenner (2002) si afferma la tesi della complessità del vivente, debitrice tanto di dinamiche biologiche quanto di fenomeni psicosociali. Engel, in particolare, pone in ipotesi che processi causali reciproci vanno considerati per poter cogliere i nessi fra salute e malattia (Gritti P., 2017). Oggi, dunque, non è più sostenibile la tesi di una influenza esclusiva di fattori psichici sulla salute dell'uomo. Va, invece, considerata la possibilità di una reciproca interazione fra variabili attinenti a fenomeni biologici e fenomeni psicosociali, mutuamente interagenti in assenza di un primato di ciascuno di questi domini sull'altro. La ricorsività dei nessi causali diviene il costrutto fondativo di una nuova psicosomatica. E' in questo clima culturale innovativo che compaiono studi originali che mettono a fuoco il ruolo delle relazioni interpersonali nella genesi e modulazione dei processi di malattia. Tale orientamento consente di annoverare una più credibile componente relazionale anche per le patologie a preminente o esclusiva patogenesi organica.

Per poter comprendere in pieno il ruolo cruciale del coinvolgimento della famiglia nella gestione delle malattie è opportuno fare ricorso a due modelli descrittivi delle relazioni familiari, due metafore esplicative che consentono, in maniera intuitiva, di intendere il nesso esplicativo fra processi patologici e processi relazionali. Secondo una prospettiva sistemica anche la malattia viene considerata un messaggio specifico della famiglia che esprime, sia pure in forma criptica, un disagio, richiede un aiuto, sollecita un cambiamento dei rapporti. Con il tramite dei sintomi il paziente segnala una sofferenza personale ma, al tempo stesso, sollecita la famiglia a riconsiderare la propria storia ed i problemi di relazione, e la sospinge verso una diversa organizzazione. La malattia, dunque, è un punto di non ritorno per la organizzazione familiare. Dopo la malattia, la famiglia non potrà più mantenere immutata la propria identità: l'evento morboso avrà operato una radicale trasformazione delle relazioni, dei comportamenti e degli affetti. Questo processo è particolarmente evidente nelle malattie gravi, croniche, invalidanti o a prognosi infausta.

Quale alternativa di costrutto, la famiglia può essere descritta come un organismo, un sistema vivente articolato, secondo un principio biologico, in organi che svolgono funzioni specializzate e cooperano alla crescita e allo sviluppo dell'intero organismo. Come ogni altro vivente, la famiglia percorre una traiettoria di vita, dalla nascita alla morte, durante il quale modifica struttura e funzioni verso una organizzazione sempre più complessa. Ciascuna delle fasi di transizione da un livello più semplice ad uno più complesso di sviluppo è segnata dalla crisi. Essa può manifestarsi nella forma di una

acuta e temporanea disorganizzazione che, ad esempio, produce un disturbo somatico o psicologico in uno o più dei membri della famiglia.

Anche in questa versione dei processi familiari, la malattia assume il significato di una sveglia che avverte che è giunto il tempo per un cambiamento evolutivo delle relazioni familiari e della organizzazione della vita quotidiana. In entrambi questi costrutti è implicita la tesi di considerare la malattia non solo come un danno ma, altresì, come una risorsa. Una chance per il paziente e la sua famiglia per raggiungere, con la guarigione, una condizione di benessere diversa e migliore di quella sperimentata in precedenza. La malattia diviene una tappa naturale del ciclo di vita, una sosta momentanea ed indispensabile verso un ulteriore sviluppo. In questa prospettiva, l'obiettivo dell'intervento psicologico consiste nell'indicare alla famiglia taluni aspetti positivi della condizione di malattia, una ridefinizione di significato non agevole poiché nella nostra cultura la percezione di malattia è gravata da un pregiudizio negativo. Il rapporto complementare fra salute e malattia viene negato e la spasmodica ricerca della salute, la fobia crescente verso ogni episodio morboso rendono il singolo e la società totalmente sguarniti nei confronti di questo inevitabile evento. Il lavoro terapeutico con la famiglia in malattia diviene, dunque, una sfida culturale volta ad includere la sofferenza somatica o psichica nella vita del soggetto e dei gruppi sociali per affermarne il cruciale significato esistenziale.

5. La prospettiva sistemica e le spirali di invischiamento e disimpegno

La medicina ha, da tempo, mutuato dal pensiero sistemico la attenzione alla reciproca influenza fra paziente e staff medico e parasanitario, al punto che taluni si esprimono per un approccio “*staff oriented*” dell'intervento di consulenza psicologica piuttosto che “*patient oriented*”. Tuttavia, non sempre questa prospettiva interpersonale della medicina contempla un organico e stabile coinvolgimento della famiglia. Si esclude così, in modo artificioso, uno dei tre vertici esperienziali che sottendono le vicende di malattia. Il modello biopsicosociale (Engel G.L., 1980) suggerisce la possibilità che una prospettiva olistica debba indagare un nesso di reciproca influenza fra eventi biologici, psicologici ed interpersonali. Oggi siamo a conoscenza che la malattia somatica conduce a riflessi, spesso amplificati, tanto sul piano intrapsichico che interpersonale. Di converso, tali dinamiche possono incidere sull'esordio ed il decorso della malattia. La tradizione psicosomatica aveva delineato questa traccia interpretativa nella versione di una causalità lineare. Al contrario, il modello biopsicosociale orienta, oggi, verso una psicosomatica della complessità. Il sintomo fisico sarebbe espressione di un equilibrio interpersonale in crisi e la “*uscita somatica*” segnalerebbe la necessità di pervenire ad una trasformazione evolutiva degli affetti e dei comportamenti collettivi. La malattia diviene conseguenza e soluzione delle perturbazioni biopsicosociali che convergono sul soggetto.

Sulla scorta di queste premesse il lavoro di consulenza e terapia si estende necessariamente ad indagare come la malattia fisica è embricata nello scenario familiare ma anche come i patterns transattivi disfunzionali compromettono la terapia ed orientano il paziente verso la cronicizzazione (Rolland J.S., 1987). La malattia somatica innesca o perpetua “*circoli viziosi o spirali psicopatologiche*” che consistono in processi di feedback e feedforward positivi e/o negativi. Queste retroazioni affettive e comportamentali si amplificano fino a condurre il paziente e la famiglia in una condizione di stallo nella quale la malattia diviene il fulcro indispensabile di un nuovo equilibrio orientato verso la mutua sofferenza. Nella mia esperienza, non è infrequente imbattermi in organizzazioni familiari nelle quali alla malattia somatica del paziente si aggiunge la evidente condizione psicopatologica di uno dei suoi congiunti.

Spesso la sofferenza somatica dell'uno sembra così legata alla sofferenza psichica dell'altro da suggerire un nesso assai stretto fra due condizioni di malattia così dissimili. Questa osservazione sollecita nella ricerca di ulteriori evidenze in tema di psicosomatica familiare. La letteratura descrive le dinamiche di invischiamento e disimpegno come tratti interpersonali che esitano in perniciose distorsioni della percezione temporale (Melges F.T., 1982). Tanto la “*famiglia invischiata*” quanto la “*famiglia disimpegnata*”, alle prese con la malattia somatica, sarebbero foriere di cronicizzazione. Infatti, la organizzazione emozionale della famiglia orienta i rapporti verso l'invischiamento o il disimpegno all'esordio della malattia. Talvolta, tutta la famiglia condivide patterns di invischiamento o disimpegno, molto più spesso il comportamento disimpegnato di alcuni si confronta con l'invischiamento di altri a sottolineare la comparsa di coalizioni ed alleanze spesso negate. Allora il disimpegno e l'invischiamento risultano funzionalmente complementari alla logica morfostatica della famiglia e incrementano il rischio di cronicizzazione. I riflessi sul vissuto di malattia del paziente sono cospicui. Egli avverte la premura eccessiva dei familiari o il loro disinteresse come un messaggio potente ed ambiguo cui non può sottrarsi. Se il paziente avverte la solitudine e la disperazione può, a sua volta, promuovere l'ipercoinvolgimento di uno dei familiari, identificato come caregiver elettivo. Se il paziente è propenso a negare la propria sofferenza, agisce un precoce distanziamento emotivo dei familiari. Invischiamento e disimpegno si evidenziano così come indicatori di processo della esperienza familiare di malattia e si autoperpetuano con il concorso attivo, ma prevalentemente inconsapevole, di tutti. Il sistema familiare diviene chiuso alla possibilità di esprimere e di risolvere la sofferenza relazionale che la malattia ha soltanto rivelato. L'obiettivo terapeutico consiste, allora, nell'evidenziare alla famiglia l'intreccio emotivo e comportamentale che ruota attorno alla malattia.

Questo scenario interpersonale è particolarmente evidente nelle affezioni psicosomatiche. Tuttavia, abbiamo potuto osservare dinamiche affini nelle condizioni cliniche più disparate a conferma che la malattia somatica rappresenta un crocevia esistenziale della famiglia, occasione di crisi e di trasformazione evolutiva. Spirali di invischiamento si osservano di frequente nella patologia psicosomatica del bambino e dell'adolescente, con particolare frequenza nella anoressia mentale.

Al contrario spirali di disimpegno si osservano nelle patologie croniche, invalidanti o a prognosi infausta dell'adulto.

Io considero la malattia somatica o psichica come un evento evolutivo che crea sistemi definiti dal problema e modifica i contesti relazionali. Essa crea pattern linguistico/comunicativi metaforici. Di conseguenza, malattia e contesto sono sistemi calibrati sulla omeostasi, e tendono naturalmente all'isomorfismo e alla cronicità. La funzione psicosomatica si costituisce nella dinamica delle relazioni familiari allorché fallisce la funzione simbolico-esperienziale. Essa surroga l'attribuzione di senso non mutuabile all'interno della famiglia, investe il corpo del soggetto di attributi comunicativi e innesca processi biologici e relazionali ricorsivi. Il difetto simbolico esperienziale acquisito dal soggetto nella famiglia lo espone al rischio di confusione e paralisi decisionale nella esperienza quotidiana. L'evento inatteso o traumatico o indecidibile scatena la risposta psicosomatica del soggetto. Essa nel tempo diviene il canale comunicativo elettivo del soggetto.

6. Una lettura psicosomatica delle malattie tumorali

La ricerca ha ripetutamente dimostrato che le relazioni familiari contribuiscono alla salute mentale e fisica degli adulti (Tienari P., 1993; Kiecolt-Glaser J.K. et altri, 2010; Robles T.F. et al., 2014; Holt-Lunstad J., 2018; Garris B.R. e Weber A.J., 2018; Farrel A.K. e Stanton S.C.E., 2019). Queste ricerche si sono concentrate principalmente sul modo in cui le relazioni familiari possono influire sulla salute. Esse hanno effetto, innanzitutto, per vie biologiche dirette: la condizione di malattia di ciascuno dei membri della famiglia sortisce effetti interpersonali. Ad esempio, la salute dei caregivers di pazienti gravi o cronici peggiora con il tempo, a causa di comportamenti nocivi di trascuratezza personale. Anche le reazioni psicologiche e fisiologiche allo stress conseguente alle tensioni relazionali incidono sulla salute dei membri della famiglia. Queste evidenze sono particolarmente pertinenti in campo oncologico. Il cancro è un ospite inatteso e sgradito che irrompe nella vita familiare e ne sconvolge, in modo irreversibile, le abitudini, gli stili relazionali e gli affetti (Gritti P. et al., 2011). Nessuno dei tratti psicologici individuali e collettivi che caratterizzavano quella famiglia, rimane immutato dal momento della formulazione diagnostica di malattia. Le relazioni coniugali, le relazioni dei genitori con i figli, gli stili comunicativi, i ruoli e le funzioni quotidiane precedenti sono abbandonati e la famiglia si avventura in un territorio esistenziale sconosciuto che traccia per loro un sentiero di vita con destinazione oscura e minacciosa. I legami affettivi si dipanano nel quotidiano secondo una logica oscillante fra coesione e isolamento poiché ciascuno dei membri della famiglia, al tempo stesso, condivide le angosce degli altri e fronteggia la propria. Le tappe che segnano le fasi terapeutiche e il decorso della malattia rimescolano ogni volta, la struttura della famiglia che attraversa una “*second life*” segnata dal dolore, dalla angoscia e dalla solitudine.

La solidità dei legami è messa a dura prova, la famiglia si distanzia dalla rete sociale e, spesso, anche dalla parentela. Si configurano pattern relazionali di malattia che risultano utili per la programmazione degli interventi di supporto psicologico alla famiglia. Essi sono centrati su *skills* comunicativi, sulla facilitazione dell'espressività emozionale e la condivisione empatica dei sentimenti di frustrazione, rabbia e dolore depressivo scatenati dalla malattia, sulla ristrutturazione cognitiva dell'esperienza di malattia. Nello specifico, il counselling e la psicoterapia familiare o di coppia focalizzano l'intervento sulla modificazione dei pattern relazionali e sull'insight di malattia del gruppo familiare con l'obiettivo di migliorare l'adattamento alla malattia e la gestione emotiva delle angosce di perdita connesse al cancro. Taluni di questi interventi prediligono tecniche orientate al lavoro introspettivo congiunto del paziente con i propri familiari e sono, nella gran parte dei casi, brevi e focalizzati, condotti, da psicologi, medici, infermieri e altre figure professionali presenti in ambito oncologico. Gli interventi psicosociali rivolti alla famiglia del paziente oncologico proposti in letteratura sono plurimi e variamente denominati. Ciascuna di queste espressioni diverse, seppur designando obiettivi clinici e tecniche di intervento differenti fra loro, mantiene taluni aspetti teorico-clinici affini che legittimano una descrizione univoca.

A mio parere gli aspetti affini sono i seguenti: si preferisce un setting di lavoro congiunto che prevede l'incontro con il paziente e i familiari, tuttavia alcune eccezioni sono contemplate nelle fasi terminali della malattia, in caso di grave debilitazione fisica del paziente e, come ovvio, in caso di indisponibilità di alcuni dei familiari. I processi terapeutici sono modulari e flessibili perché vincolati al decorso della malattia ed alle esigenze delle cure oncologiche.

Poiché essi discendono da modelli teorico-clinici diversificati si caratterizzano per una certa quota di eclettismo terapeutico inclusivo, di volta in volta, di strategie e tecniche supportive, espressive, introspettive e pedagogiche. I "*family meetings*" (Gritti P., 2015), le "*family conferences*" e le "*family consultations*" sono le unità costitutive di questi interventi psicologici supportivi. Nella tradizione anglosassone esse sono gestite in ambiente ospedaliero da personale altamente competente, psicologi e psichiatri, oppure da personale infermieristico e assistenti sociali. In alcuni casi l'intervento è programmato presso il domicilio del paziente. Nelle fasi avanzate e terminali della malattia e nel corso di trattamenti palliativi la sede dell'incontro è l'hospice. In tal caso il focus dell'intervento consiste nel sostegno alla famiglia allorché sia necessario prendere decisioni cruciali di fine vita e sostenere il dolore luttuoso che si accompagnano ad esse. Occorre sottolineare che le esperienze di counseling e psicoterapia di coppia e di famiglia rivolte a pazienti neoplastici ha generato, nel corso degli ultimi decenni, nuovi protocolli di intervento che, seppur fondati sul modello sistemico-relazione, hanno recepito le esigenze specifiche di questa popolazione di pazienti e familiari orientando gli obiettivi terapeutici verso criteri di outcome alternativi a quelli comunemente intesi dai terapeuti con tale specifica formazione. Questo tratto distintivo degli interventi familiari in oncologia può essere inteso come esemplificativo della necessità di una radicale revisione dei costrutti clinici e delle

tecniche terapeutiche delle psicoterapie relazionali allorchè esse sono rivolte alla famiglia del paziente somatico. E' necessario focalizzare obiettivi terapeutici diversi, rinunciando, spesso, ad esiti inerenti la trasformazione evolutiva delle relazioni familiari per concentrarsi, al contrario, su esigenze di adattamento alla malattia di queste famiglie. A titolo di esempio rammento brevemente due di questi interventi. La *Family Focused Grief Therapy* (Kissane D.W., Bloch S., 2002) è un programma di prevenzione del *distress* familiare proposto nel corso dei trattamenti palliativi e della fase terminale di malattia, che consiste in un lavoro breve, focalizzato, di durata variabile da 6 a 18 mesi. Ogni sessione, di 90 minuti, è incentrata dapprima sulla valutazione delle dinamiche familiari e sulla condivisione di un progetto di lavoro (due sessioni), poi sull'*empowerment* familiare (4-6 sessioni quindicinali o mensili) e, infine, su 1-2 sessioni conclusive a intervallo di due-tre mesi l'una dall'altra. Il terapeuta focalizza quattro aree di intervento: i processi di coping e di lutto, la qualità della comunicazione, le relazioni conflittuali e quelle coesive. Le tecniche utilizzate includono la raccolta delle notizie sulla biografia familiare e sulle sue cornici culturali e valoriali, il problem-solving, la rassicurazione, la focalizzazione costante e congrua con gli obiettivi del trattamento sulle aree già menzionate e la costruzione di una solida alleanza terapeutica.

La *Medical Family Therapy* (McDaniel S.H. et al., 1992) annovera un più ampio spettro di indicazioni e ricorre a un modello sistemico biopsicosociale per l'intervento con famiglie che hanno un membro affetto da malattia cronica o da disabilità. Il terapeuta familiare lavora in collaborazione con il medico e le altre figure professionali per aiutare le famiglie a guadagnare la sensazione di affrontare alcune delle sfide più difficili che la vita impone. Noi abbiamo elaborato due modalità di intervento relazionale con il paziente affetto da tumore. Il primo è un programma modulare di lavoro con la famiglia, congruo con le fasi di malattia ed i trattamenti oncologici, descritto come "*Terapia Familiare Fasica*" (Gritti P. et al., 2011). Il secondo, in fase di sperimentazione, è un intervento breve di sei sedute rivolto alle pazienti con cancro al seno e ai loro partner.

Nella nostra esperienza abbiamo avuto modo di comprendere che il sostegno alla famiglia può ragionevolmente proseguire anche oltre la evenienza della malattia, nella considerazione che questo evento produce effetti cospicui a distanza nel tempo. In taluni casi proprio la guarigione del paziente espone la famiglia alla necessità di perseguire un nuovo equilibrio, calibrato sul benessere piuttosto che sulla sofferenza. Tuttavia, anche quando la famiglia è costretta a confrontarsi con la esperienza della cronicità o della morte può essere utile un nuovo intervento.

In sintesi, questo mio contributo sostiene la tesi che, nel corso del 900', il paradigma psicosomatico viene rimodulato secondo costrutti inerenti alle teorie della complessità. Le ipotesi causali psicogenetiche lineari vengono abbandonate a favore di ipotesi multidimensionali e plurifattoriali che includono variabili biologiche, psicologiche e relazionali in reciproca interazione. Tale visione orienta i trattamenti rivolti ai legami

familiari del paziente somatico secondo obiettivi centrati sui processi di coping. Le finalità adattivo/espressive della psicoterapia sistemico-relazionale del paziente con sintomatologia somatica sono sostenute da una ampia letteratura scientifica che ne segnala l'efficacia nella modulazione di processi biologici e psicosociali per mantenere o ripristinare la salute del paziente nella sua nicchia ecologica.

Bibliografia

- Aragona M., Catapano R., Lorigo C., Alliani D., 2011. The “psychosomatic” family system: are families with eating disorders more enmeshed and rigid than normal controls?, *Dial Phil Ment Neuro sci*; 4(1): 10-15.
- Bronfenbrenner U., 1986. *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino.
- Cartesio R., 2001. *Meditazioni metafisiche*, Bompiani.
- Coyne J. C. and Anderson, B. J., 1988. The “psychosomatic family” reconsidered: diabetes in context. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14: 113-123.
- Damasio A., 1994. *L'errore di Cartesio*, Adelphi.
- Engel G. L., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science* 196: 129-136.
- Engel G. L., 1980. The clinical application of the biopsychosocial model, *American Journal of Psychiatry*, 137:535-544.
- Engel G. L., 1997. From biomedical to biopsychosocial: being scientific in the human domain, *Psychosomatics*, 38:521–528 89.
- Farrell A. K., & Stanton S. C. E., 2019. Toward a Mechanistic Understanding of Links Between Close Relationships and Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*, 28(5), 483–4.
- Fava G.A. et al., 2017. Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom*; 86:13–30.
- Freud S., 1895. *Progetto di una psicologia e altri scritti 1892-1899*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- Garris B.R., Weber A.J., 2018. Relationships Influence Health: Family Theory, in *Health-Care Research - Journal of Family Theory & Review* 10: 712–734.
- Grassi L., Wise T., Cockburn D., Caruso R., Riba M. B., 2019. Psychosomatic and Biopsychosocial Medicine: Body-Mind Relationship, Its Roots, and Current Challenges in Luigi Grassi· Michelle B. Riba, ThomasWise Eds. *Person Centered Approach to Recovery in Medicine- Insights from Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry* – Springer.
- Gritti P., Di Caprio E.L., Resicato G., 2011. l'approccio alla famiglia in psiconcologia, *NOOS* vol.2, 51-72.
- Gritti P., 2015. The family meetings in oncology: some practical guidelines, *Frontiers in Psychology*, 5, 1552.
- Gritti P., 2017. The bio-psycho-social model forty years later: a critical review. *Journal of Psychosocial Systems* Vol. 1(1), pp. 36 – 41.

- Holt-Lunstad J., 2018. Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection, *Annual Review of Psychology* 69:1, 437-458.
- Kiecolt-Glaser J.K., Gouin J.-P., Hantsoo L., 2010. Close relationships, inflammation, and health, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 (1), pp. 33-38.
- Kissane D.W., Bloch S., 2002. *Family Focused Grief Therapy: A Model of Family-Centered Care during Palliative Care and Bereavement*, Open Univ. Press.
- McDaniel S.H., Hepworth J., Doherty W.J., 1992. *Medical Family Therapy: A Biopsychosocial Approach to Families with Health Problems*, Basic Books.
- Melges, F.T., 1982. *Time and the Inner Future: A Temporal Approach to Psychiatric Disorders*, New York: John Wiley and Sons.
- Minuchin S., Baker L, Rosman B, Liebman R, Milman L, Todd T.C., 1975. A conceptual model of psychosomatic illness in children, *Arch Gen Psychiatry* 32:1031–1038.
- Minuchin S., Rosman B. L. & Baker L. 1978. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Robles T. F., Slatcher R. B., Trombello J. M., & McGinn M. M., 2014. Marital quality and health: A meta-analytic review, *Psychological Bulletin*, 140(1), 140–187
- Rolland, J.S. 1987. *Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework*, *Family Process*, 26: 203-221.
- Szydlo D., van Wattum P.J., Woolston J., 2003. Psychological aspects of diabetes mellitus, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Jul;12 (3):439-58.
- Tienari P., 1993. Somatic illness and family interaction, *Nordic Journal of Psychiatry*, 47:4, 273-279.
- Von Bertalanffy L., 1971. *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*. ISEDI.