



SOCIETÀ ITALIANA
DI PSICO-ONCOLOGIA



Società Italiana di Psicooncologia
Sezione Regione Lombardia



Istituto Clinico
San Rocco
Gruppo San Donato



Istituto Clinico
S. Anna
Gruppo San Donato



Istituto Clinico
Città di Brescia
Gruppo San Donato

In collaborazione con



FONDAZIONE
MUSEI
BRESCIA



Minotauro
ISTITUTO DI ANALISI DEI CODICI AFFETTIVI



ENAC
LOMBARDIA
C.F.P. CANOSSA



LICEO
GINNASIO
STATALE
ARNALDO



CAPIROLA
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE



SANTAGIULIA
HDEmia
DI BELLE ARTI



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
Ufficio
Scolastico
Territoriale
di Brescia

XVII Congresso Nazionale SIPO

CULTURA E CURA DEL BENESSERE

interventi innovativi in Psico-Oncologia
per pazienti, caregiver, familiari,
operatori sanitari



LA CULTURA
DELLA CURA

ATTI

Brescia 9/10/11 Novembre 2023



BERGAMO
BRESCIA
Capitale Italiana
della Cultura



COMUNE DI BERGAMO



COMUNE DI BRESCIA



PARTNER ISTITUZIONALI
MINISTERO
DELLA
CULTURA



Regione
Lombardia



PROVINCIA
DI BERGAMO



PROVINCIA
DI BRESCIA



FONDAZIONE
CARIPLO



FONDAZIONE DELLA
COMUNITÀ BERGAMASCA



FONDAZIONE DELLA
COMUNITÀ BRESCIANA

MAIN PARTNER



INTESA



SANPAOLO



SANPAOLO



a2a
LIFE COMPANY

PARTNER DI SISTEMA



brema

PARTNER DI AREA



FERROVIE
ITALIANE



BGY

Sommario

Sessione Scientifica	5
DISCORSO DI APERTURA DEL PRESIDENTE NAZIONALE SIPO	6
TAVOLA ROTONDA – IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: QUALI POLITICHE SANITARIE?	10
TAVOLA ROTONDA – IL BENESSERE PSICOLOGICO DAL PUNTO DI VISTA DELLA PERSONA CON MALATTIA ONCOLOGICA E ONCO-EMATOLOGICA	11
TAVOLA ROTONDA - IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE	12
OLTRE IL DOLORE PER RIPENSARE IL GIORNO	14
IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL RUOLO DELL'ONCOLOGO	21
IL CURRICULUM FORMATIVO DELLO PSICO-ONCOLOGO: VERSO UNA NUOVA PROFESSIONE SANITARIA	24
LO SVILUPPO DELLA PSICO-ONCOLOGIA TERRITORIALE	28
DOVE SIAMO ARRIVATI E VERSO DOVE ANDIAMO	32
PSICO-ONCOLOGIA E SUPPORTO A DISTANZA (TELEHEALTH)	37
IL SETTING ON LINE: LE DECLINAZIONI OPERATIVE IN CAMPO PSICO-ONCOLOGICO	43
LA CULTURA DEL BENESSERE IN PSICO-ONCOLOGIA IN UN'OTTICA PNEI (PSICO-NEURO-ENDOCRINO-IMMUNOLOGIA)	48
PSICO-ONCOLOGIA DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI	56
LA PSICO-ONCOLOGIA NELLA PROSPETTIVA DELLA PSICOLOGIA CLINICA POSITIVA	61
PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI TRA PSICO-ONCOLOGIA E PSICHIATRIA	65
INTERVENTI PER LA FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI NUCLEI FAMILIARI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI	71
IL BENESSERE PSICOLOGICO DEI MEMBRI DEL TEAM ONCOLOGICO	76
INTERVENTI ORIENTATI AL BENESSERE PSICOLOGICO E ALLA PROMOZIONE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI	81
NUOVE TECNOLOGIE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E GESTIONE DELLE EMOZIONI NEI PAZIENTE	82
LA TANGO TERAPIA METODO TROSSERO: UN ENTUSIASMANTE VIAGGIO DALL'ARGENTINA ALLA PSICO-ONCOLOGIA	85
MODELLI D'INTERVENTO INNOVATIVI IN CURE PALLIATIVE	89
Sessione Scuola	91
STAR BENE CON LA MENTE	93
STAR BENE CON IL CORPO	96
STARE BENE IN FAMIGLIA	98
STARE BENE CON GLI AMICI	100

IMPARO A GESTIRE BENE L'AGGRESSIVITÀ.....	103
PENSARE IL CORPO, INCORPORARE LA MENTE: LO YOGA IN ADOLESCENZA	106
RELAZIONE LABORATORIO DI MANDALA	109
RELAZIONE LABORATORIO PRATICO ESPERIENZIALE DI RILASSAMENTO	112
LABORATORIO PRATICO ESPERIENZIALE PSICOCORPOREO	115
DANZATERAPIA.....	117

Premessa

Vede finalmente la luce il volume degli Atti del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psico-Oncologia dal titolo “Cultura e Cura del Benessere – interventi innovativi in Psico-Oncologia per pazienti, caregiver, familiari, operatori sanitari”, svoltosi a Brescia nei giorni 9, 10 e 11 novembre 2023.

Vengono qui pubblicati i contributi pervenuti relativi alle due sessioni in cui si è articolato il Convegno: la sessione Scuola “Star bene si può ... come favorire cultura e cura del benessere in adolescenza” e la sessione scientifica “Cultura e cura del benessere. Interventi innovativi in Psico-Oncologia per pazienti, caregiver, familiari, operatori sanitari”.

In entrambi i casi si tratta di dare la giusta rilevanza a scritti che non soltanto orientano il lettore verso una più ampia comprensione dei contenuti presentati in sede congressuale ma che si costituiscono sia come testimonianza di argomenti di sicura rilevanza che come spunto per riflessioni future.

I contributi della sessione Scuola, dedicata agli adolescenti, pongono l’accento sulla valorizzazione e sul rinforzo del “benessere”, ovvero dello “stare bene” con sé e con gli altri, inteso come principale fattore protettivo della crescita, di sviluppo della resilienza e di prevenzione primaria del disagio e del malessere tipico di questa fascia di età, attraverso l’individuazione di comportamenti funzionali e adattivi in grado di migliorare la qualità della vita sul piano fisico, emozionale e sociale.

Gli scritti della sessione scientifica dedicata alla Psico-Oncologia cercano di rispondere alla domanda “può sussistere una condizione di benessere durante il decorso di una malattia oncologica?”.

La risposta è affermativa. Attraverso l’ascolto dei bisogni di malati, familiari e caregiver, con la mediazione di una politica sanitaria sensibile e attenta alle reali domande di salute della collettività e con il contributo decisivo della Psico-Oncologia (disciplina scientifica specialistica, sempre più riconosciuta come necessità clinica e psico-sociale nella cura globale del cancro), è possibile porre al centro delle cure la persona, la quale, avvalendosi di preziose risorse interne/esterne, può sviluppare capacità che rendano meno difficoltoso il suo percorso di malattia.

Gli “interventi innovativi” proposti in questo volume arricchiscono il panorama di strumenti che, muovendo da un fattivo riconoscimento del legame indissolubile che esiste tra cervello-mente e corpo, coniugano le necessità e i risultati della clinica con le esperienze interiori nonché i fatti della malattia con i vissuti dall’individuo.

Il destino di un volume è solitamente quello di essere risposto nello scaffale di una libreria, magari per essere consultato all’occorrenza.

Sarebbe auspicabile che ciò non avvenisse per questo libro degli Atti e che i suoi contributi non venissero archiviati nell’oblio; ciò significherebbe che conoscenze, strumenti, esperienze e considerazioni qui riportate continuino a vivere anche dopo l’evento congressuale, perché sono in grado di suscitare riflessioni e confronti e, magari, trasformazioni e cambiamenti, sia nel modo di essere educatori di adolescenti, nel modo di essere curanti nella pratica clinica quotidiana.

Marco L. Bellani, Diana Lucchini, Maria Rosa Strada
Presidenti del XVII Convegno Nazionale S.I.P.O

* Il presente volume non avrebbe potuto essere realizzato senza il prezioso contributo di:
Dario Geraci nella raccolta dei contributi e nel paziente lavoro di editing;
Associazione PRIAMO APS ETS per il contributo organizzativo;
Enti e aziende che hanno sostenuto l’evento.

Sessione Scientifica

DISCORSO DI APERTURA DEL PRESIDENTE NAZIONALE SIPO

Marco L. Bellani

Università degli Studi dell'Insubria

Scuola di Medicina – Dipartimento di Medicina e Innovazione Tecnologica - Varese

È con particolare piacere ed orgoglio che, in qualità di Presidente, mi accingo ad aprire la sessione scientifica del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psico-Oncologia (S.I.P.O.) recante come titolo: *“Cultura e Cura del Benessere – Interventi innovativi in Psico-Oncologia per pazienti, caregiver, familiari, operatori sanitari”*.

Prima di entrare nel merito dell'argomento è doveroso porgere un sincero e sentito ringraziamento alla Città di Brescia che, *anche* in questa occasione – con l'entusiastico e sapiente coordinamento della Dr.ssa Diana Lucchini – si è mobilitata per accogliere, per la terza volta, il Congresso nazionale S.I.P.O.

Proprio quest'anno, insieme con la città di Bergamo, a Brescia è stato conferito il titolo di Capitale italiana della Cultura *“con l'obiettivo di sostenere, incoraggiare e valorizzare la capacità progettuale e attuativa della Città, affinché venga recepito in maniera sempre più diffusa il valore della leva culturale per la coesione sociale, l'integrazione, la creatività, l'innovazione, la crescita e lo sviluppo economico”*.

Ritengo che questo obiettivo, opportunamente traslato, sia stato raggiunto da Brescia anche nell'ambito della Psico-Oncologia, costituendosi negli anni quale *“Capitale della Cultura psico-oncologica”*, come non è difficile evincere dalle seguenti notazioni.

Correva l'anno 1998 e a Milano, il giorno 30 ottobre, dopo un periodo di “quiescenza”, venne ricostituita la Sezione Regione Lombardia di S.I.P.O.

Soltanto tre anni dopo, **nel 2001**, si tenne a Brescia il VII Convegno nazionale S.I.P.O. dal titolo *“Psico-Oncologia tra salute e disagio”*, durante il quale venne presentato il volume *“Psico-Oncologia”* curato, tra gli altri, da Bellani e Grassi.

Il *format* del Convegno, qui sperimentato per la prima volta, si rivelò “vincente”: poiché pienamente rispondente alle esigenze degli organizzatori, ai bisogni della cittadinanza e dei partecipanti nonché alle aspettative della comunità scientifica, esso venne mantenuto per tutti gli eventi a seguire.

Le caratteristiche costanti e distintive furono (e sono), in sintesi:

- L'innovazione delle tematiche trattate;
- La ricerca di un confronto con la realtà scientifica internazionale;
- L'integrazione tra le diverse figure professionali impegnate nelle cure oncologiche;
- Il coinvolgimento della popolazione giovanile scolastica;
- La capacità di diffondere nella popolazione il valore della promozione della salute e della prevenzione del disagio psicologico.

Per brevità, citando gli avvenimenti più significativi, mi limiterò a ricordare il sentiero tracciato da S.I.P.O. Lombardia che, muovendo da Brescia, ha raggiunto l'intero territorio nazionale. Naturalmente, gli obiettivi conseguiti sono la risultante di un complesso “lavoro di squadra” e dei contributi dei numerosi attori che di tale squadra hanno fatto parte; in particolare, voglio ringraziare quei componenti dei vari Consigli Direttivi Nazionali che negli anni hanno affiancato S.I.P.O. Lombardia nella realizzazione di tali eventi.

- **Anno 2003:** *“La comunicazione di cattive notizie in oncologia”*: convegno, corsi di formazione e rappresentazioni teatrali sul territorio.
- **Anno 2007:** il Convegno *“Psico-Oncologia: sapere, cultura e pratica clinica”* si articolò in due momenti principali:
 - a) Workshop esperienziali: Group Therapy for cancer patients (David Spiegel); Spirituality and Meaning-centered Group Psychotherapy- Intervention in Advanced Cancer (William Breitbart); L'uso dei protocolli Mindfulness Based per i pazienti oncologici (Fabio Giommi);
 - b) Il confronto tra le principali psicoterapie in oncologia: uno stesso caso visto da terapeuti di diverso orientamento.

- **Anno 2010:** il Convegno *“Quando l'imprevisto entra nella nostra vita: il trauma”*, contribuì ad una concettualizzazione sistematica dell'evento traumatico in Psico-Oncologia e ad indicare gli approcci multidisciplinari e gli interventi Psico-oncologici più efficaci.
- **Anno 2011:** il XII Congresso Nazionale S.I.P.O. *“La riabilitazione in Oncologia: integrazione di saperi e di tecniche”* fece il punto sullo stato dell'arte della riabilitazione in Italia, illustrò le principali esperienze riabilitative internazionali e nazionali e indicò i percorsi riabilitativi da realizzare nelle diverse fasi della malattia oncologica, sia nell'adulto che nei pazienti in età pediatrica.
- **Anno 2013:** il Convegno internazionale *“L'intreccio: mente, stress e cancro”* ha portato l'attenzione sulla Neurobiologia della relazione terapeutica e sui complessi meccanismi psiconeuro-endocrinoimmunologici coinvolti nello stress e nella malattia oncologica (Susan Lutgendorf). Ampio spazio è stato dedicato alle terapie mente-corpo, con particolare riguardo agli interventi basati sulla Mindfulness (workshop di Linda Carlson).
- **Anno 2016:** Nel Convegno internazionale *“Le terapie complementari in oncologia: danza, yoga, musica, arte. Quali evidenze di efficacia?”* le evidenze scientifiche hanno dimostrato come l'integrazione delle terapie complementari con altri e diversi approcci terapeutici abbiano il potere di ricalibrare il funzionamento cerebrale, di potenziare i meccanismi di autoregolazione e di migliorare le attività neuro-endocrinoimmunologiche dei nostri apparati, permettendoci di ampliare le nostre conoscenze circa i meccanismi di guarigione messi in atto dal nostro organismo di fronte all'esperienza di cancro.
- **Anno 2018:** L'obiettivo del Convegno *“La vita oltre il cancro: Sessualità Fertilità Procreazione”* è stato quello di dare spazio e voce all'ampio tema della sessualità in oncologia relativamente ai diversi piani che vi si intrecciano, oltre a quello strettamente clinico: il piano della progettualità futura e della speranza di vita, che trovano nella conservazione della fertilità e nella possibilità di avere figli il superamento dei fantasmi di morte incontrati durante la malattia oncologica.

Sempre in anticipo rispetto al futuro, sono stati venti anni dedicati alla diffusione della Psico-Oncologia in Italia e, come direbbe Renato Zero, sono stati *“i migliori anni della nostra vita”*, fino ad approdare ora a questo XVII Congresso nazionale.

“Benessere” è la parola-chiave di questo Congresso ed è ineludibile dare impulso alla domanda che è posta come *incipit* nella Premessa della brochure congressuale: *“può sussistere una condizione di benessere durante il decorso di una malattia oncologica?”* ovvero: malattia e benessere non sono forse termini mutuamente autoescludentesi?

Ritengo che una possibile risposta possa essere costruita ponendo la *“persona”* al centro del processo di cure.

In primo luogo, riconoscendo nella persona – ai fini del raggiungimento di uno stato di benessere - l'indissolubile legame di reciprocità esistente tra cervello-mente e corpo, senza più che la cura del *“soma”* offuschi la presa in carico della *“psiche”* e depotenzi o addirittura banalizzi l'azione dei *“processi mentali”*.

In secondo luogo, sostenendo le risorse (interne ed esterne) proprie di ciascuna persona.

Se è vero che è impossibilitata ad opporsi al proprio destino di malattia essa può tuttavia scegliere come affrontarla: promuovendo il benessere che scaturisce dalla possibilità di attivare le proprie capacità di coping e di resilienza oppure allontanandolo o respingendolo per il prevalere di stati di impotenza e di perdita di speranza. In altri termini – parafrasando quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità a proposito della salute (2011) - il benessere può essere perseguito sviluppando le capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive che anche la malattia comporta.

E questo è uno dei compiti fondamentali della Psico-Oncologia.

In terzo luogo, non dobbiamo dimenticare che il *“benessere”* è uno stato soggettivo e che soltanto colui che vive la sofferenza della malattia oncologica può essere testimone partecipe della propria

esperienza individuale, del farsi e del disfarsi dei significati di un mondo che, ora abitato dalla malattia, non risponde più alle aspettative che la persona aveva fino a quel momento nutrito.

La Medicina ha sempre definito lo stato di benessere guardando alla realtà oggettiva della clinica: assenza di sintomi, andamento della malattia, aspettativa di vita, disponibilità di farmaci, precisione di strumenti diagnostici, ecc.

Parafrasando Hillman, soltanto accantonando questi schemi generalmente usati, è possibile declinare e comprendere in modo autentico lo stato e il grado di benessere ovvero coniugando le necessità e i risultati della clinica con le esperienze interiori che rimandano i fatti della malattia ai vissuti dell'individuo.

Questi sono gli assunti di base dai quali si è voluto partire - *primum movens* - per organizzare questo Congresso Nazionale, per cui è sembrato coerente e doveroso aprire i lavori con una tavola rotonda (*"Il benessere psicologico dal punto di vista della persona con malattia oncologica e onco-ematologica"*) che desse spazio alla voce dei pazienti, dei familiari e dei caregiver, dal momento che essi sono il fondamento concreto dal quale iniziare a co-costruire un processo di cure che, oltre ad aiutare a guarire dal cancro, consenta anche di rimodulare le ragioni del vivere.

Il benessere dell'individuo può trovare risposte valide soltanto se c'è una politica sanitaria sensibile e attenta ai bisogni di salute della collettività, come senza dubbio emergerà dai contributi dei partecipanti alla tavola rotonda *"Il benessere psicologico del malato oncologico: quali politiche sanitarie?"*.

Platone nella *Repubblica* scrisse che *"la responsabilità è di chi sceglie, il dio non è responsabile"*. Ma se escludiamo il malato, c'è un *"dio"* che è responsabile della salute individuale e collettiva: la politica.

Come ben sappiamo, essa è responsabile nella misura in cui sceglie di dare alcune risposte – e non altre - ai bisogni di salute dei cittadini: attraverso finanziamenti e norme, allocazione e diversificazione di risorse, è il *"decisore"* dell'organizzazione e della fornitura di servizi sanitari e assistenza medica.

Il malato di cancro può accedere ad alcuni servizi e non ad altri, indipendentemente dai propri bisogni di benessere: ad esempio, l'assistenza psico-oncologica ai malati, a familiari e caregiver figura ancora al primo posto tra i cosiddetti *"unmetneeds"* in tutte le pubblicazioni scientifiche sull'argomento.

E la figura specialistica dello Psico-oncologo attende da anni di essere riconosciuta come nuova professione all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Abbiamo allora bisogno di politici di potere perché, come scrisse Martin Luther King *"il potere è la capacità di raggiungere degli scopi ... di effettuare dei cambiamenti"*.

Tutta la restante parte del Convegno sarà dedicata alla sessione inerente gli *"Interventi innovativi in Psico-Oncologia per pazienti, caregiver, familiari, operatori sanitari"*.

Molti sono i contributi presentati da colleghi che approfondono il loro impegno professionale, teorico e scientifico, allo sviluppo della Psico-Oncologia in Italia.

Tale impegno è il *"fil rouge"* del Convegno, che si snoda lungo il percorso che S.I.P.O ha iniziato a tracciare quasi 40 anni fa.

A tutti va il ringraziamento ed il plauso mio personale e dell'intera comunità scientifica.

Oggi, anche in Italia, la Psico-Oncologia è una disciplina scientifica specialistica, riconosciuta come necessità clinica e psico-sociale nella cura globale del cancro e la figura dello Psico-oncologo è parte integrante del *core team* dei principali PDTA oncologici.

I lavori qui riportati, esemplificano molto bene come tale autonomia disciplinare derivi da una solida sinergia caratterizzante tra teoria, metodi e ricerca e che le sue competenze - che non sono proprie di altre discipline psicologiche/psichiatriche per quanto limitrofe - devono essere acquisite soltanto attraverso una formazione specialistica specifica (*core curriculum*).

Questi contributi allargano il campo di riflessione e le prospettive cliniche e di ricerca verso un nuovo orizzonte di confronto e di integrazione tra diverse figure (professionali e non), differenti orientamenti e proposizione di approcci innovativi in linea con i cambiamenti socio-sanitari in atto (territorio e nuove tecnologie).

Ed ora, insieme con i co-presidenti Diana Lucchini e Maria Rosa Strada, vi ringrazio per essere qui e apriamo i lavori del Convegno.

Prima però desideriamo rivolgere all'Associazione PRIAMO APS ETS, agli Istituti Ospedalieri Bresciani Gruppo San Donato, al Comitato Scientifico, al Comitato Organizzatore, alla Segreteria Nazionale Gamma Congressi, alla Segreteria Organizzativa S.G.C. e a tutti quanti hanno contribuito alla realizzazione di questo Convegno, la più *sincera gratitudine* per avere preparato questa manifestazione nazionale.

Un Convegno, quindi, che – come detto - impone di ricordare il passato, con il prezioso patrimonio che ci ha lasciato in eredità, ma che ci deve proiettare in un futuro sempre più impegnativo, in cui la nostra Società Scientifica possa mantenere appieno e accrescere la dignità del suo insostituibile ruolo nel SSN e nel panorama scientifico e nazionale.

TAVOLA ROTONDA – IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: QUALI POLITICHE SANITARIE?

*Tamburo De Bella / Mantoan
Direttore Generale - AGENAS*

In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 35, comma 2-bis del DL. 25-5-2021 n. 73, come modificato dalla Legge di conversione del 23 luglio 2021, n. 106, AGENAS ha realizzato l'istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative. L'obiettivo è stato quello di supportare il Ministero della Salute e le singole Regioni/PA nell'individuazione dei campi prioritari di intervento, per uno sviluppo omogeneo della Rete di cure palliative e della Rete di cure palliative pediatriche sul tutto il territorio nazionale, al fine di disciplinare e inserire tali interventi nei Programmi triennali, previsti dallo stesso articolo 35, comma 2-bis del DL. 25-5-2021 n. 73.

Successivamente, con l'art.1 comma 83 della legge di bilancio 2023, viene prevista la presentazione da parte delle regioni, entro il 30 gennaio di ciascun anno, di un piano di potenziamento delle cure palliative finalizzato al raggiungimento entro il 2028 del 90 per cento della relativa popolazione regionale. Il monitoraggio del piano è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

È stato inoltre istituito in AGENAS un Gruppo di Lavoro dedicato all'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative al fine di fornire un feedback alle Regioni/PA relativamente al contenuto del piano stesso, fornendo in risposta raccomandazioni su eventuali modifiche e/o integrazioni.

Anna Maria Mancuso

Presidente Salute Donna e coordinatrice del gruppo: “La salute, bene da difendere, diritto da promuovere”

Onorevole Vanessa Cattoi

Coordinatrice Intergruppo Parlamentare “Insieme contro il Cancro

Dall'analisi della letteratura si può vedere come gli interventi psico-oncologici, erogati dallo Psico-oncologo, siano in grado di dare risposte di cura al disagio emotivo sperimentato dai pazienti e dai loro familiari. Tale disagio è in grado di compromettere in modo significativo benessere psicologico e qualità di vita di circa il 40% dei pazienti con cancro. In Italia esiste una disparità nella erogazione degli interventi Psico-oncologici da regione a regione. La figura dello Psico-oncologo non è stata ancora riconosciuta. L'associazione di pazienti, Salute Donna con il Gruppo Interparlamentare: “Salute, Bene da Difendere, Diritto da Promuovere”, da diversi anni, lavora affinché venga varata una legge nazionale che riconosca tale figura professionale insieme al diritto dei pazienti di avere una erogazione sistematica di tali interventi specialistici. Da luglio 2022 è in vigore, nel Lazio, una legge sulla Psico-Oncologia. Dal 26 ottobre 2022 è stato presentato un disegno di legge alla Camera dei Deputati, assegnato alla Commissione Affari Sociali. Nei passaggi successivi SIPO verrà sentita in audizione per esprimere pareri e suggerimenti. La legge nazionale e il successivo percorso di istituzione della figura professionale dello Psico-oncologo con attivazione di un percorso formativo accademico ad hoc rappresenterebbe per la Psico-Oncologia italiana una svolta significativa. Un passaggio determinante sarà quello di stabilire il fabbisogno minimo di psico-oncologi da inserire nei team multidisciplinari oncologici/oncoematologici.

Sitografia:

Ecco-la-legge-che-introduce-lo-psico-oncologo-nei-percorsi-di-cura

<https://www.nursindsanita.it/articolo/5627/cancro>

Assistenza-psico-oncologica-per-i-pazienti-con-tumore-la-Regione-Lazio-prima-in-italia-ad-approvare-la-legge/

<https://www.panoramadellasanita.it/2022/06/30/>

TAVOLA ROTONDA – IL BENESSERE PSICOLOGICO DAL PUNTO DI VISTA DELLA PERSONA CON MALATTIA ONCOLOGICA E ONCO-EMATOLOGICA

Daniela Abatantuono

Presidente Associazione Fraparentesi, Referente ROPI

Rete Oncologica Pazienti Italia presenta i risultati della ricerca *“Io dopo il tumore”* che parte dall’ipotesi che l’esperienza della malattia possa migliorare le soft skills e stimolare lo sviluppo di nuove competenze personali. La survey, sviluppata dall’associazione Fraparentesi in collaborazione con Lifeed e con il supporto della dr.ssa Concetta Stornante psichiatra e psiconcologa, è stata progettata come un percorso di consapevolezza in 20 domande suddivise in 3 step principali: il primo aiuta a riflettere sull’impatto della malattia in generale; il secondo si concentra sull’area lavorativa; il terzo si focalizza sullo sviluppo delle competenze trasversali. 800 le risposte complete, giunte da tutta Italia, con una preponderanza di donne che lavorano e che nel 69% dei casi è in follow up oncologico. Emerge una generale attivazione delle competenze trasversali, nel 96.8% dei casi. Tra queste quelle che emergono maggiormente sono l’empatia, la resilienza e la gestione del tempo e delle priorità. Aumenta la capacità di affrontare i cambiamenti, nel 72% dei casi. Il *“cambiamento tumore”* diventa un motore in grado di sbloccare altri cambiamenti, come il cambio di casa, di relazione o di lavoro. Aumenta la capacità di comprendere gli altri, nel 52,6% dei casi. La conoscenza del dolore fa capire meglio il dolore, aumenta la capacità di ascolto.

Marco Politi

Consigliere Associazione Europa Uomo

Il tumore della prostata non si cura solo in ospedale perché aggredisce anche l’interiorità dell’uomo. Chi ne è colpito deve affrontare paure e incognite che compromettono la sua identità maschile e la sua immagine sociale. A ciò si aggiunga il fatto che l’età in cui è più frequente la diagnosi coincide generalmente con quella del pensionamento: un momento in cui l’uomo si trova a dover cambiare le proprie abitudini e reinventarsi come persona. Accade allora che vergogna, imbarazzo, perdita di autostima, rabbia e senso di inadeguatezza conducono a rinchiudersi in sé stessi. Ma la strada per non farsi sopraffare dagli effetti della malattia passa attraverso la rinuncia al silenzio e all’isolamento. Noi di Europa Uomo, proprio perché sappiamo che *“parlarne è vitale”*, dal 2008 organizziamo ‘I Venerdì di Europa Uomo’, uno spazio in cui gli uomini che vivono l’esperienza del tumore – con la supervisione di uno psicologo - possono conoscersi, confrontarsi, scambiarsi informazioni, darsi sostegno reciproco e incontrare dei professionisti a cui chiedere aiuto. In un contesto protetto, ciascuno è libero di raccontare la propria esperienza e di esprimere le proprie emozioni, oppure di restare in silenzio e di ascoltare gli altri. Questo aiuta ciascuno e il gruppo a chiarire i cambiamenti nella percezione di sé e nella relazione con gli altri, come si vive il rapporto di coppia e la propria sessualità, come si vede il futuro, e porta ad imparare nuove strategie per fronteggiare le difficoltà. Inoltre, l’apertura e la condivisione reciproche creano un positivo senso di appartenenza che contrasta con quello di solitudine.

TAVOLA ROTONDA - IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL CONTRIBUTO DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE

Alberto Magni

Medico di Medicina Generale, Responsabile Politiche Giovanili Società Italiana Medicina Generale

Ammalarsi di cancro rappresenta l'inizio di un viaggio un viaggio attraverso la malattia e attraverso i servizi sanitari. Il ruolo della medicina di famiglia si rivela essenziale nell'unire in un unico filo le diverse tappe della malattia e dell'assistenza, un filo in cui si uniscono strettamente le risposte più tipicamente sanitarie con quelle relazionali e psico-sociali. La diagnosi di neoplasia è la maggior parte delle volte conseguente all'interpretazione dei sintomi da parte del Medico di medicina generale e nella sua popolazione (1.500 assistiti) vengono diagnosticati ogni anno in media 4-6 nuovi malati di cancro, ai quali, in circa la metà dei casi, comunica la diagnosi. Per i malati la cui malattia è in progressione, in considerazione della definizione di benessere di Calman, diventa fondamentale sondare i desideri dei malati e pianificare in anticipo le cure (PAC). Il Go Wish Game (GWG), sviluppato per facilitare le conversazioni sulle PAC, può essere uno strumento pratico, utile e innovativo per il benessere psicologico del malato.

Bibliografia

- *K C Calman, Quality of life in cancer patients: an hypothesis. J Med Ethics. 1984 Sep; 10(3): 124–127.*
- *Perin M., Tanzi, Botrugno C., Craddock C., Menkin E., Peruselli C., De Panfilis L. Translation and Cultural Adaptation of the Go Wish Game: Thinking About Personal Values to Promote Advance Care Planning. Published Online:30 Sep 2022*

Assunta Tomesello

Oncologa Pediatra, Direttore UOC Oncoematologia Pediatrica, P.O. Vito Fazzi, Lecce

Le malattie oncologiche in età pediatrica, grazie ai recenti progressi nella ricerca e nei protocolli di cura, garantiscono una sopravvivenza sempre più lunga ed una sempre maggiore percentuale di guarigione. Questi successi non cancellano però la situazione di disagio e di stress che il bambino e la famiglia affrontano, legata alla diagnosi di una malattia ancora troppo spesso legata al concetto di morte. Terapie di lunga durata, frequenti ospedalizzazioni, allontanamento da casa e dai luoghi sociali, radicali cambiamenti della vita quotidiana, riorganizzazione della vita familiare e delle dinamiche in essa comprese, fanno emergere nell'unità bambino-famiglia bisogni molteplici e non sempre in linea tra di loro. L'organizzazione della equipe medico-infermieristica che non può astrarsi dai bisogni e dalle necessità del nucleo familiare travolto dalla malattia. Il modello della caring care, elaborato da Axia nel 2004, esprime molto bene il contesto di cura dove il sistema degli esperti (equipe assistenziale) e il sistema naturale (bambino e famiglia sociale) si intersecano ed interagiscono in un più ampio sistema dove le forze devono essere collaboranti e complementari. La presenza nell'equipe della figura professionale dello psicologo è di importanza fondamentale ma è indispensabile la formazione continua dell'equipe, l'abilità di lavorare in team e di potenziare le capacità di coesione e di scambio continuo. Questo significa attuare l'alleanza terapeutica.

Bibliografia:

- *Axia, V., Scrimin, S., Tremolada, M. (2004): Basi teoriche per la Psico-Ocologia pediatrica. In Axia, V. (a cura di), Elementi di Psico-Oncologia pediatrica, Roma, Carocci.*
- *AA.VV. (2004): La cura della relazione in oncologia pediatrica. Raffaello Cortina Editore. AA.VV. (2014): I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura, Maggioli Editore*

Stefania Pace

Presidente OPI Brescia, Coordinatore OPI Lombardia, Componente commissione Albo FNOPI,
Responsabile area organizzazione Fondazione Poliambulanza

Una prima diagnosi di cancro, può generare un importante sconvolgimento nella vita di una persona, che può mantenersi e peggiorare durante l'intero iter terapeutico, con disagio emotivo e fisico. Il distress emotivo, unito alla comparsa di manifestazioni cliniche correlate alla neoplasia e alle tossicità derivanti dalla chemioterapia, può condizionare la qualità di vita di un malato oncologico sottoposto a terapia antitumorale con ripercussioni negative sulla dimensione fisica, emotiva e relazionale e conseguente rischio di peggioramento delle performance cliniche.

È sempre più importante un coinvolgimento dei clinici nel ricercare un buon metodo di valutazione della qualità di vita attraverso l'impiego di strumenti dedicati e affidabili.

I Patient Reported Outcomes (PROs,) rispondono a tali requisiti, perché permettono di riportare gli "esiti riferiti dal paziente" al clinico, in cui il malato descrive soggettivamente la qualità di vita percepita.

Tuttavia, nonostante la letteratura sostenga e incentivi il loro utilizzo (gold standard), è documentato come i professionisti sanitari siano ancora poco sensibili e formati all'utilizzo di tali ausili. Per utilizzare i PROs è necessaria una conoscenza approfondita dello strumento, dei vantaggi che esso può garantire al paziente e al suo percorso di cura, ed interesse e sensibilità da parte dei professionisti della salute.

La formazione riconosce al PROs un ruolo attivo nel miglioramento dell'aderenza al piano di cura.

Bibliografia:

- Kaul et al., 2017; Zebrack et al., 2015
- Eivor et al., 2014
- Patrick DL, 2003

OLTRE IL DOLORE PER RIPENSARE IL GIORNO

Silvia Fiore

Dottore in Scienze dei Processi Socio-Educativi

Buongiorno a tutti.

Ringrazio sentitamente chi mi ha invitata qui, offrendomi l'opportunità di parlare ad un'audience di tanto valore e con la quale mi sento davvero onorata di poter condividere questo momento di riflessione.

L'invito è caduto "senza preavviso" e, in qualche modo, ha velocemente preso uno spazio grande dentro di me...

Io non sono una Psico-Oncologa. Sono una Pedagogista.

Di fatto, tuttavia, il mio cammino personale è stato caratterizzato dall'aver vissuto a fianco di persone della mia famiglia, ammalatesi di cancro e poi mancate, anche giovani, dopo lunghi anni di cure, di battaglie, di vittorie e di sconfitte; persone di cui mi sono presa cura e con le quali ho trascorso tempi infiniti, sin da giovane, nei reparti oncologici, con medici e specialisti della cura oncologica.

Certamente ai miei cari e ai tanti "tecnici" molto capaci, che ho avuto modo di incontrare e di conoscere bene, devo, in gran parte, la mia capacità di resilienza, la mia struttura di personalità, la mia professione e, in un'ultima analisi, il mio essere qui con voi oggi.

Lavoro in un Centro di Neuropsichiatria Infantile di Milano, dove mi occupo di condizioni patologiche dell'età evolutiva di livello medio e grave (Paralisi Cerebrali Infantili - Tetraparesi spastiche), malattie genetiche (Sindrome di Down e Sindrome di Angelman), disturbi del Neurosviluppo (disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico, ecc.)

Nel mio ambito specifico, il comun denominatore che connota i bambini e gli adolescenti (dai 2 anni ai 18) che ho il privilegio di incontrare ogni giorno, è la grave difficoltà o l'assenza di capacità di comunicazione e di linguaggio - il cui esito è spesso quello di un'esistenza fatta di isolamento e di esclusione del paziente e dei suoi familiari - ed un percorso di vita caratterizzato da profondo dolore, disagio, smarrimento e, talvolta, anche vergogna.

Vite incapsulate in corpi o menti che NON rispondono o che danno risposte del tutto inadeguate.

Vite fatte di fatiche inenarrabili e inesauribili, vissute giorno dopo giorno. Parlo di "progetti di vita disattesi", che hanno il peso di una grande disfatta per la vita.

Vita da cui alcuni genitori, soprattutto i padri, spesso fuggono, incapaci di sostenerne il carico e la sofferenza.

Altri genitori si ammalano sotto il peso di tanta fatica e dolore quotidiani.

Ma, per qualcuno che scappa, tanti altri ce la fanno, tanti altri conducono coraggiosamente la loro lotta quotidiana per una vita dignitosa.

Si tratta di vite di persone che, nella maggior parte dei casi, crescono totalmente dipendenti dalla cura e dall'assistenza dell'altro.

Vite che apparentemente, ma solo apparentemente, NON appartengono a sé stessi, ma ricadono nelle mani dell'altro, del care-giver che se ne prende cura, fino allo stremo delle forze.

Vite intrecciate inestricabilmente l'una nell'altra.

Questa mia esposizione, dunque, avrà certamente i paradigmi di una riflessione pedagogica. Sono però molteplici e costanti i punti di contatto tra il "mio mondo" ed il "vostro". La dura realtà in cui mi trovo calata mi costringe a pormi dunque dei quesiti fondamentali: nelle situazioni di sofferenza incontrate ogni giorno, che sono sostanzialmente nel mio caso delle condizioni permanenti, è possibile trovare la via verso il benessere?

È possibile andare oltre il buio per assaporare un'esistenza ancora fatta almeno di finestre di luce?

E, se sì, come?

Quali sono gli ingredienti che possiamo "immettere ed impiegare", affinché si costruiscano forme di resilienza sane, equilibrate, che costituiscano il cammino verso nuove forme di

armonia con la vita?

Percorro a ritroso l'essenza del mio lavoro di ogni giorno, in cui incontro persone in situazione di sofferenza, di bisogno, di smarrimento.

Con gli occhi pieni di lacrime, soprattutto all'inizio del nostro cammino insieme.

Il mio compito, come ritengo quello di tutti noi qui presenti, è quello di provare a fare in modo che, per la maggior parte di queste vite incontrate, vite così severamente colpite dalla malattia, sia ancora possibile vivere concetti irrinunciabili quali quelli di "speranza", "futuro", "vita di senso", "benessere".

La diagnosi di patologia infantile di grado medio o grave, come per la malattia oncologica, investe le famiglie ed i genitori, in particolare, esattamente come uno tsunami da cui ci si ritrova travolti, sbattuti contro il muro, intontiti, allibiti, impazziti di dolore.

Lo stesso dolore che ingaggia i genitori in una ricerca affannosa e disorientata verso qualcosa da "poter fare", qualcosa che cambi la vita, qualcosa che restituisca quella promessa che appare tradita per sempre.

Sicuramente la mia esperienza professionale quotidiana ha a che fare con finestre temporali lunghe, trattandosi di minori in trattamento per la loro disabilità. Il fattore tempo è dunque qualcosa di favorevole, sebbene anche noi abbiamo l'assoluta necessità di essere tempestivi nell'intervento, al fine di raggiungere gradi di efficacia decisamente maggiori ed evitare che nella vita dei bambini e delle loro famiglie si costruiscano involontariamente schemi disfunzionali, che allontanano il benessere di tutti.

Benessere, infatti, implica anche commettere la quantità minore di errori possibili.

Quando i bambini giungono da noi già più grandi, i genitori si portano sulla pelle e nelle ossa anni di tentativi, anni di speranze disattese, anni di caparbia ricerca di aiuto, anni che troppo spesso vengono percepiti come fallimentari.

Anni di dolori inascoltati o addirittura inespresi.

Anni di errori, anche.

Perché quel bambino malato che cresce fino a diventare un adulto gravemente disabile, è la prova vivente di una colpa che si avverte su di sé e che non dà pace.

Un adulto disabile, la cui condizione soffoca e distrugge e che, proprio per questo, non si può esprimere, non si può raccontare, non si può condividere.

Da adulto, poi, quella vita ingabbiata sarà in balia dei care-giver più cari che invecchiano e si indeboliscono, in balia degli eventi e delle politiche sociali, ostaggio della buona o cattiva volontà di qualcuno, della buona o della cattiva sorte.

Una sorte che, nella maggioranza dei casi, fa sentire tutto il mondo contro.

È proprio "contro" il concetto più "vissuto dentro", come un tarlo insopportabile, come un nemico mai sconfitto.

E sono tanti i genitori che, schiacciati dal dolore di una sfida iniqua e crudele, si ammalano e vengono a mancare.

Ma è possibile trasformare questa dolorosa marcia in un cammino che diventi portatore di VITABUONA?

Credo convintamente che la Cura, quella con la C maiuscola, possa innescare processi di trasformazione profonda.

E quanto più noi operatori sapremo offrire percorsi di "Cura buona", facendoci carico di queste persone con le loro paure, con le loro fragilità, tanto più saremo in grado di modificarne qualche coordinata, quelle più passibili di cambiamento, riuscendo così a imprimere spinte nuove, a cambiare qualche traiettoria verso il benessere, verso lo "stare bene".

Si tratta dunque, nella nostra quotidianità concreta, di co-costruire percorsi di "Cura", pensati e tagliati come abiti sartoriali sui loro bisogni e sulle loro caratteristiche. E sui loro sogni.

Perché a tutti non venga sottratto il diritto di sognare, nonostante tutto.

E perché non si smetta mai di progettare una buona vita possibile, nonostante tutto.

Si tratta di percorsi che vedono sempre la Persona con la P maiuscola; la Persona mai connotata solo dalla malattia e dai suoi deficit, MAI caratterizzata per ciò che manca ma per ciò che è in sé.

Per il suo valore intrinseco e inestimabile.

Ma quali strumenti possono fare la differenza?

Con quali mezzi possiamo noi fare la differenza?

Che ci si trovi in un reparto di oncologia o in un centro di riabilitazione, noi cosiddetti *“addetti ai lavori”* abbiamo il dovere di sviluppare e trasmettere gli *“ingredienti”* che le nostre competenze consentono; ma non si tratta solo di competenze tecniche, non si tratta soltanto di cure farmacologiche...

Certamente quella è la parte indiscutibilmente imprescindibile, che ci vede uniti e forti nella lotta contro la malattia, contro ogni forma di malattia, mortale e non.

Ma si tratta di fare di più..., si tratta di dare molto di più.

Si tratta di mettere il nostro pensiero e la nostra volontà al servizio della CURA, di quella cura che contiene in sé le componenti essenziali della nostra UMANITÀ:

- Un'accoglienza piena, un'accoglienza che rispetta, abbraccia e contiene.
- Un'accoglienza che sa comprendere la disperazione, che sa proteggere dal buio portato dal trauma, dallo smarrimento.
- Un'accoglienza che sa difendere chi è in situazione di debolezza, un po' come se fungessimo da paracadute.
- Un'accoglienza che non lascia soli, ma che accompagna.
- Un'accoglienza che si fa incontro nel quale non ci sia posto per il *“giudizio”*; incontro che implichi un guardare l'altro come guarderemmo noi stessi in quella medesima situazione.
- Un incontro che si fonda sull'autenticità: no alle maschere della professione, maschere che indossiamo per difenderci. Sì all'autenticità, che costruisce corrispondenze d'anime e che sa dialogare con l'altro, con sincerità e sensibilità.
- VALORE E SENSO ad ogni singolo passo, in ogni momento, ad ogni sforzo, indipendentemente dai suoi risultati.
- Una nostra partecipazione attiva nella loro vita. Una partecipazione che consente di *“indossare le loro scarpe”*, per camminare insieme. Una partecipazione che trasforma la distanza in prossimità, Una partecipazione che sa trasformare la prossimità in *“umanità viva”*, che non teme di farsi male e di potersi a sua volta indebolire.
- La costruzione di una condivisione reale di quel pezzo di strada che si intraprende INSIEME, perché è attraverso questo *“portare lo zaino insieme”* che ci scopriamo vicini e simili e che ci permettiamo di abolire la voce *“loro”*, per declinare un *“noi”*.
- La fiducia, che il percorso insieme è e sarà comunque importante e significativo.
- La fiducia che apre le porte all'ascolto, che lascia entrare l'altro e che consente anche di smantellare vecchi costrutti e schemi disfunzionali, per provare, INSIEME, a metterne in campo dei nuovi.
- Il coraggio dell'alleanza (che stento a definire *“terapeutica”*, poiché è un concetto limitante e poco capiente), che diviene anche alleanza nella vita. Perché, come ci dice il prof. Bonadonna, riportato ne *“Il mistero della notte”* *“Il nostro posto è accanto a loro, con la stessa disponibilità e lo stesso entusiasmo del giorno prima. Anche dopo una sconfitta”*.

Per Ruth Sienkiewicz-Mercer, una coraggiosa donna affetta da tetraparesi spastica mancata qualche anno fa, cura e umanità, dopo una prima infanzia felice, le è stata negata per 13 anni.

Nessuno, all'interno di un Istituto di Riabilitazione, si è *“preso la briga”* di farla sedere, di darle da mangiare con calma, permettendole di deglutire senza rischiare di soffocare ogni volta; nessuno si è preso cura di ciò che comprendeva e che aveva bisogno di dire.

Come lei stessa scrive, per mano di Steven Kaplan, *“venivo trattata come un'imbecille e spostata come un sacco di patate”*.

Il fallimento assoluto, in questo caso, della *“cura”*.

- Cura è dunque **GUARDARE** la persona in volto, e prestarle ascolto facendo dono del tempo necessario, quando il corpo impedisce di parlare e anche solo di protendere una mano.
- Cura è **DARE VOCE** a chi non ce l'ha, a chi non è temporaneamente o, per sempre, in grado di parlare e di esprimere con le proprie idee i propri bisogni e desideri. Il proprio dolore.
- Cura è trovare un canale che possa consentire a queste persone, per tempo, di far sentire forte il proprio esistere nel mondo, anche comunicando attraverso modalità alternative e inedite. Si tratta di offrire alle persone ospedalizzate, operate, tracheotomizzate o immobili l'opportunità di esserci e di dirci delle cose sempre, nonostante le loro condizioni fisiche. La cura deve comprendere il dare loro la possibilità di restare in contatto con noi a qualunque costo e, per farlo, possiamo trovarci nelle condizioni di pensare, ad es., ad una preparazione anticipata, che sappia immaginare il dopo, il momento del risveglio o il momento della perdita (come nei casi di SLA).
- La nostra Cura oggi significa **RESILIENZA** nel tempo e **BENESSERE DOMANI**.
- La cura sta proprio nelle nostre più piccole azioni quotidiane che fanno la differenza.

Nella nostra quotidianità la **CURA** è anche sempre farsi carico di **MOSTRARE E TRASMETTERE**:

- Rigore, ordine, organizzazione, perseveranza. E per questo siamo chiamati a farci MODELLO. Molto spesso, anzi quasi sempre, le persone che incontriamo hanno assoluta necessità di apprendere organizzazioni nuove, soprattutto dopo un trauma qual è quello della malattia. I nostri pazienti hanno dunque bisogno di imparare a ripianificare la propria esistenza davanti alla malattia e a nuovi bisogni speciali; hanno bisogno di acquisire dei criteri nuovi per continuare una vita di senso.
- Entrare nelle loro case mi ha permesso di co-costruire spazi diversi, rispondenti ai nuovi bisogni. Mi ha consentito di organizzare diversamente i materiali all'interno degli spazi, per accedervi senza difficoltà, evitando il disorientamento. Ad esempio, in alcune occasioni, apporre dei segnali visivi chiari negli ambienti ha permesso di rimappare la propria casa, il proprio contesto di vita per renderlo più accessibile e *"facile da usare"*. Ed è stato fondamentale anche organizzare bene i *"nuovi tempi"*, per consentire una quotidianità stabile e affidabile.
- Cura è dunque anche capacità di orientare verso nuovi obiettivi chiari, anche molto semplici, ma affrontabili. Saper frazionare, semplificare e supportare, rende più percorribile il nuovo cammino!
- Cura deve anche condurre il più possibile alla riscoperta del sorriso, per imparare ad essere più leggeri anche davanti ai propri limiti. Una cosa che ho imparato (non credevo di riuscirci) in tanti anni di lavoro con i miei pazienti, è quello di essere più leggera e autoironica.
- Questo mi ha permesso di raggiungere una maggiore levità, pur nella serietà di una situazione assai critica. Vedere genitori, bambini e adolescenti sorridere e ridere insieme, nonostante tutto, è una delle esperienze più gratificanti che abbia mai sperimentato e può aprire canali di autocura di cui, il più delle volte, non si è nemmeno consapevoli.
- Infine, CURA significa anche dare il tempo ed il coraggio di pensare e anche progettare *"Il dopo di noi"*. Quando il tempo sta per scadere, quando possiamo soltanto salutare chi ci ama e salutare la vita, la nostra cura sta nell'accompagnare e dare il coraggio di affrontare l'ultima parte del viaggio. Con umanità. Con prossimità.
- Con il rispetto e la considerazione che ogni vita che se ne va necessita e merita. Con autenticità.

Si tratta di continuare a stringere quella mano, perché la persona sia meno sola nel

momento più doloroso della propria esistenza, perché possa sentire la nostra gratitudine per quello che è stata.

Saper dire **GRAZIE** ai nostri pazienti è la strada perché possano sentire fino alla fine il **VALORE** la propria vita!!!

Dalla cura alla resilienza

Un evento scioccante quale la diagnosi di un cancro o l'arrivo di un bambino *“imperfetto”* nella propria vita è talmente sconvolgente da stravolgere tutta l'esistenza in un attimo. Perché improvvisamente si fa notte, arriva il *“buio”*, si atterra *“all'inferno”*.

In un momento si precipita nell'abisso, in un tunnel oscuro che risucchia tutto l'essere, divorandolo.

E subito dopo è il caos interiore, il panico, il terrore.

E poi il dolore, quel dolore che ti trapassa da parte a parte.

Tuttavia, ciascuno di noi punta alla vita buona, mira alle stelle.

Non si nasce per morire, nonostante si muoia da sempre.

Siamo nati per esistere ed esistere nella luce.

Siamo nati per tendere all'eternità.

Ed è per quella che il nostro essere è disposto a combattere strenuamente.

Il danno o l'imperfezione, le cellule che *“lavorano contro dall'interno del tuo corpo”*, la malattia, ci impongono di guardare in faccia la nostra debolezza, le nostre fragilità, come null'altro può fare.

Ci impongono di capire *“chi siamo veramente”*.

Ci danno l'occasione di scoprire che in ciascuno di noi c'è una grandezza profonda e una forza di cui non siamo nemmeno consapevoli.

Grandezza e forza non hanno a che fare con la nostra *“perfezione”*, ma molto di più con la nostra *“imperfezione e fragilità”*.

Un figlio malato infrange tutti i nostri sogni, i desideri, li frantuma, sconvolgendo a tal punto da non riconoscersi più, al punto da stravolgere tutti i nostri riferimenti interni.

Ma, paradossalmente, una malattia può anche aprire orizzonti inediti e del tutto inattesi.

Oggi siamo in grado di sconfiggere il cancro.

In un numero sempre crescente di casi.

Abbiamo gli strumenti per contrastarlo e fermarlo.

Anche per annientarlo.

Ma anche quando il danno *“non è estirpabile”*, anche quando non siamo ancora in grado di annullare la malattia, anche così possiamo aprire porte chiuse e procedere per strade inconsuete, anche se più faticose.

Anche in una vita *“imperfetta”* possiamo imparare ad essere felici e a fare del benessere la nostra condizione di base.

Se tutti noi siamo sufficientemente bravi nella cura, possiamo promuovere la bellezza di una vita imperfetta ma *“buona”*, in grado di portare al benessere della persona.

Se la malattia stravolge e potenzialmente distrugge, noi esseri umani siamo in grado di trasformare.

Di trasformare e di trasformarci.

La nostra prossimità ai nostri pazienti è in grado di trasformare la disperazione in speranza nel sentirsi *“affrancati a qualcuno”* e, quindi, un po' più in salvo.

La prossimità, quella autentica, ci fa percepire *“importanti”*, meritevoli di *“attenzioni”* e degni di cura.

Quanto più la scialuppa di salvataggio è vicina, tanto più si dice a sé stessi di *“non mollare”*, ma di lottare fino allo strenuo delle proprie forze per salvarsi.

LA RESILIENZA prende vita innanzi tutto dal *“non essere lasciati soli”*, e dall'aver fatti propri alcuni strumenti di vita.

Una mia collega di 38 anni, ammalatasi di Linfoma non Hodgkin, oggi completamente guarita, mi ha confessato: *“Avere una fitta rete di aiuti intorno a me e ai miei figli mi ha consentito di sentirmi tranquilla e di potermi concentrare sulla mia malattia e sulla cura, che è diventata la mia grande Amica”*. La rete di cura costruita intorno a lei comprendeva anche un circuito telematico, con cui poteva rapportarsi con i suoi bambini a casa, nelle lunghe

settimane di ospedalizzazione: questo l'ha resa estremamente resiliente, perché sempre attiva e partecipe.

Sempre presente nella vita dei suoi familiari.

Per la maggior parte dei genitori e dei bambini di cui mi prendo cura, la resilienza prende linfa vitale nel sentirsi *“inclusi”* e non emarginati nonostante i gravi deficit.

Questo implica trasferire loro una serie di strategie educative, comunicative e di partecipazione fondamentali, ma, soprattutto, comporta per loro guardare i propri figli con lenti nuove, separandoli da sé stessi e immaginando per loro un futuro più autonomo.

Spesso nelle situazioni della vita non ci è possibile portare le persone *“fuori dal male”* o, più precisamente, portare la malattia fuori da loro.

Spesso siamo chiamati ad aiutare i nostri pazienti a starci dentro, in modo che non perdano la loro vita ma che imparino ad accettare e a convivere con quanto è accaduto.

Resilienza è imparare a convivere con queste fragilità, con i punti di caduta.

Resilienza impone di saper accettare i propri limiti e cercare di farne nuove opportunità per procedere oltre.

La resilienza costruisce equilibri nuovi, nuove forme di vita che non sappiano di sopravvivenza ma ancora di esistenza vera, ricca di senso.

Quindi resilienza comporta spegnere il senso di impotenza e di inadeguatezza e imparare a gestire situazioni anche critiche.

Questo permette di costruire maggiori sicurezze e energie nuove. Ritornare ad apprendere come deglutire o a parlare dopo un'operazione invalidante ha il dono di riaccendere la fiamma interna che permette di continuare a lottare.

Nostro è il compito di mostrare come farlo.

Per i nostri pazienti lo scopo è di fare di queste battaglie la propria forza. La resilienza si fonda molto sull'accettazione e la rielaborazione delle proprie sconfitte, per imparare a non arrendersi.

Di questa forza siamo tutti, almeno in parte, responsabili!

Dalla resilienza al benessere

La resilienza, quella grandissima capacità di saper resistere agli urti senza soccombere, non è però ancora BENESSERE.

Il benessere, per essere riconquistato in una situazione connotata di malattia e dolore, richiede un percorso di RICONCILIAZIONE con sé stessi e con la vita.

Abbiamo bisogno di enormi energie per combattere, ma combattiamo male senza un vero cammino verso la RIAPPACIFICAZIONE con noi stessi, con la realtà in cui siamo calati, magari anche col nostro passato e certamente con le nuove e difficili sfide da affrontare. Affrontare un cancro o una vita con un figlio malato è davvero un'impresa titanica, che deve comportare un profondo *“AMARSI”* e *“AMARE”*.

Benessere ha a che fare con la riscoperta del senso della nostra imperfezione. Io credo che il valore del Prof. Bonadonna si sia declinato nelle sue brillanti capacità di medico, nella sua perseverante ricerca, nel suo inestinguibile rigore.

Il valore del prof. Bonadonna si rispecchia nella sua capacità di mostrare strade nuove, che hanno fatto la differenza per tante donne allora come oggi.

Ma ancora di più ritengo che il valore del prof. Bonadonna risieda nell'aver dato significato alla sua nuova umanità nella malattia e nell'aver conosciuto e riconosciuto il bisogno di questa umanità *“nella medicina”*.

Ci sono dolori e ferite che saranno per sempre, che ci connoteranno per tutta la nostra esistenza ma, nella misura in cui sappiamo fare pace con queste, nella misura in cui sapremo guidare i nostri pazienti a fare pace con sé stessi ed i propri dolori, tanto più potremo assistere a TRASFORMAZIONI VERE.

IL BENESSERE nasce da qui, dal vero incontro, dall'autentico accoglimento di sé, in un grande e amorevole abbraccio che sa TRASFORMARE.

IL BENESSERE VERO prende forza dalle mille piccole azioni quotidiane che danno senso e respiro.

Possono essere dei fiori sulla tavola.

Una passeggiata al parco con qualcuno (magari in sedia a rotelle), della buona musica per cullare i pensieri e portare via l'angoscia, un bel film da guardare dal proprio letto o dal divano, un vestito nuovo per ricordarci che siamo vivi.

Benessere è anche riuscire finalmente ad essere collocati su una sedia a rotelle con il corretto assetto del capo, degli arti ed un Comunicatore ben posizionato davanti a sé per poter interloquire sempre e con chiunque.

Benessere è potersi cullare in una piscina calda con i supporti adeguati, così da non percepire più il peso delle proprie gambe inerti e ridere degli spruzzi con gli amici attorno. **BENESSERE** è poter finalmente fare udire LA PROPRIA VOCE attraverso la voce e la penna di qualcun altro.

Benessere racchiude in sé il valore di poter conciliare ciò che è forte con ciò che è debole, come due parti imprescindibili del nostro essere, lo *"Yin e lo Yang"* della propria esistenza.

Benessere è la sintesi di cura e resilienza, che vede la Persona scoprire armonizzazioni nuove dentro di sé e intorno a sé.

Benessere è trasformare quel *"contro"* di cui si parlava all'inizio in un *"PER"* e in un *"CON"*.

Benessere può davvero essere l'esito della cura che sappiamo dare ai nostri pazienti inteso come mix ben ponderato di sostanze che debellano le cellule maligne.

Benessere è il frutto del nostro pensiero, delle nostre competenze, della nostra volontà di credere e offrire percorsi di vita buona ancora possibili.

Questo nostro *"Esserci"* quotidiano costruisce realisticamente finestre di luce.

Sono convinta che TUTTO QUESTO possa portare, almeno in parte, la notte fuori dai nostri pazienti e forse anche fuori da noi.

E andare così oltre il dolore per ripensare il giorno.

IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL MALATO ONCOLOGICO: IL RUOLO DELL'ONCOLOGO

Gabriella Farina

Direttore UOC di Oncologia - Presidio Fatebenefratelli ASST Fatebenefratelli Sacco

La diagnosi di neoplasia è una “*deflagrazione*” che investe tutti gli aspetti della vita del paziente, il rapporto con il proprio corpo, il significato della sofferenza, della malattia e della morte, la famiglia e le sue relazioni, il ruolo sociale e professionale, come pure il nuovo rapporto che si deve creare con l'equipe del personale sanitario che lo prenderà in cura.

Durante il percorso della malattia, il malato oncologico deve affrontare una serie di eventi che la malattia oncologica porta con sé e che sono fonte di forte distress emozionale:

- Nella fase diagnostica la comunicazione della diagnosi, la condivisione del programma terapeutico ed il processo decisionale che ne consegue, la possibile influenza sulle relazioni familiari, sociali e lavorative.
- Nella fase terapeutica l'adattamento alle opzioni terapeutiche e agli effetti collaterali, il relativo impatto che questi hanno sul benessere psicologico, sulla qualità di vita e sull'organizzazione della vita stessa del Paziente.
- Nella fase dei controlli la gestione della paura della ricaduta, il recupero della traiettoria della propria vita, il reinserimento sociale e lavorativo;
- Nella fase di recidiva o avanzata e terminale la gestione del distress emotivo correlato alle tematiche esistenziali (paura del dolore, angoscia di morte, abbandono dei propri cari, desideri sul fine vita, atti incompiuti).

Oggi sempre di più il cancro è una malattia cronica, i trattamenti disponibili permettono di “*controllare*” la malattia anche per molti anni, quindi il malato oncologico spesso ha davanti a sé un percorso prolungato nel tempo che si contraddistingue per bisogni, sia clinici che sociali che lavorativi, che si modificano a seconda delle fasi di malattia e della sua resilienza.

Il fabbisogno assistenziale del malato oncologico ed il suo distress psicologico, le implicazioni sul piano familiare e sociale della malattia si proiettano poi anche dopo la guarigione.

La precocità della diagnosi, il notevole progresso scientifico con il miglioramento dei trattamenti oncologici, ha comportato infatti un considerevole aumento della sopravvivenza, nel nostro Paese. Dei 3,6 milioni di persone che vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore, circa 1 milione potrebbe essere considerata a tutti gli effetti “*guariti*”.

Sono persone che hanno superato la malattia, che non stanno più seguendo alcun trattamento e che hanno un'aspettativa di vita pari a quella della popolazione generale che non ha mai ricevuto diagnosi di tumore, ma che si portano sulle spalle un'esperienza traumatica spesso mai elaborata completamente.

Si calcola che circa due terzi dei lungosopravvissuti al cancro, guariti e non, abbiano bisogni assistenziali, fisici e psicologici non gestiti o addirittura non riconosciuti nell'attuale modello di sistema sanitario basato prevalentemente sulla gestione della patologia in fase acuta.

Problemi fisici quali le tossicità tardive, la persistenza di sindromi dolorose, l'infertilità, ecc., disturbi psicologici quali disturbi del sonno, deterioramenti cognitivi precoci, l'ansia e la depressione croniche da paura della ricomparsa della malattia o problemi sociali come le ricadute della malattia sulla carriera lavorativa o la tossicità finanziarie in corso di cura sono prevalenti e poco affrontati.

Il contributo che l'Oncologo può dare nel tentare di migliorare l'equilibrio psicologico del paziente oncologico è molteplice ed è un fattore chiave per stabilire una buona relazione di cura che sia davvero di supporto al Paziente ed ai suoi familiari.

L'oncologo non può e non deve sostituirsi allo psico-oncologo, che ha competenze specifiche nel gestire il distress emozionale del Paziente ma è il Professionista con cui il Paziente si interfaccia più spesso nella gestione della malattia, quello che gli comunica la diagnosi, decide la sua terapia e gli spiega gli effetti collaterali, gli comunica le sue aspettative di vita o di guarigione.

Il ruolo che l'Oncologo ha nell'aiutare il paziente a recuperare un equilibrio psicologico è legato alla sua capacità di presa in carico dello stesso.

Capacità che non passa soltanto dalla presa in carico per la cura, oggi sempre di più multidisciplinare e multiprofessionale nei percorsi assistenziali (PDTA) ma anche nella garanzia della continuità

assistenziale (che prevede anche il riconoscimento e la gestione del bisogno del Paziente in maniera tempestiva) e dall'essere capace di favorire l'engagement e l'empowerment del Paziente.

L'Engagement dei pazienti oggi è riconosciuto come elemento essenziale per la qualità dell'assistenza. All'interno di una storia di malattia sempre più lunga e complessa appare fondamentale tenere presenti gli esiti non solo quantitativi (legati all'efficacia delle cure) ma anche qualitativi, legati all'esperienza di malattia e alla qualità di vita dei Pazienti e dei loro caregiver.

L'obiettivo dell'engagement, è quello di favorire una maggiore responsabilizzazione della persona nella gestione della sua malattia, nell'ambito di una buona relazione di partnership con l'equipe curante. Un individuo efficacemente coinvolto nel suo percorso sanitario, dunque, è un individuo non solo più compliant alle prescrizioni mediche ma anche più consapevole della propria diagnosi, e quindi capace di attivarsi in modo corretto ai primi segni e sintomi della malattia, di mettersi in contatto con il medico tempestivamente e di fruire dei servizi sanitari offerti dal sistema in modo più soddisfacente.

La capacità che l'Oncologo deve avere di dar voce – in modo sistematico e affidabile – alle priorità, desideri ed esperienze di cura di pazienti e caregiver, consente di integrare in maniera coerente e continuativa le loro aspettative nella pianificazione e nella realizzazione dei percorsi di cura, rendendo pazienti e caregiver protagonisti.

Il coinvolgimento del paziente è visto anche come un indicatore della capacità del paziente stesso di essere psicologicamente resiliente all'esperienza della malattia e, quindi, di essere un effettivo "proprietario" del proprio percorso di salute dopo la diagnosi.

Non solo quindi coinvolgimento ma l'oncologo deve essere in grado di stimolare un vero e proprio empowerment del Paziente, ovvero quel processo che porta il paziente ad acquisire motivazioni e abilità che lo rendono cosciente della propria condizione e capace di decidere, in piena collaborazione con il medico, quale sia il percorso migliore da intraprendere.

Il crescente coinvolgimento del paziente e la sua esigenza di essere protagonista e non solo attore passivo del processo decisionale rappresenta una delle nuove sfide del mondo sanitario.

Anche se le parole "*Patient empowerment*" mancano di una definizione univoca e rappresentano un concetto ampio, ricco di accezioni differenti, perché il Paziente sia protagonista del suo percorso di cura è necessario che l'Oncologo sappia fornirgli tutte le informazioni necessarie ad affrontare le sfide che lo attendono.

Informazioni sulla malattia, sull'efficacia e sulla tossicità dei trattamenti, ma anche sui possibili percorsi assistenziali, sui propri diritti, sulla prognosi ecc.

Ma l'oncologo deve avere anche capacità formative affinché i pazienti imparino a conoscere il significato dei propri esami clinici, a gestirsi più coscientemente e ad apprendere nuove capacità utili per la partecipazione al proprio percorso di cura.

La comunicazione in oncologia rappresenta uno strumento terapeutico e deve essere una competenza di base per l'oncologo. Una corretta informazione ai pazienti e ai loro familiari/caregiver, in tutte le fasi della malattia, è uno dei più importanti elementi della terapia in oncologia

Ma perché si arrivi ad un vero empowerment del Paziente bisogna che lo stesso abbia anche un percorso formativo, e non solo informativo, che lo guidi nelle diverse fasi della gestione della sua malattia.

Un percorso formativo strutturato del Paziente e della sua famiglia per la gestione delle diverse fasi della malattia ad oggi è svolto prevalentemente dalle Associazioni dei Pazienti, con il loro ruolo di advocacy, più che non dal Sistema Sanitario.

Una comunicazione adeguata ed una formazione continua alla gestione delle varie fasi di malattia, che tengano conto dei diversi background culturali, da parte dell'Oncologo e dell'equipe curante contribuiscono a ridurre l'incertezza, a rafforzare nel paziente un senso di autonomia e di controllo aiutandolo a prendere decisioni.

L'attività formativa che l'Oncologo può svolgere con il Paziente e la sua famiglia è fondamentale anche per la gestione degli aspetti emozionali legati alla malattia.

L'atteggiamento del malato nei confronti della malattia dipende da molti fattori, non solo dalla natura dell'evento, dal suo contesto di vita e dalle caratteristiche individuali, dalla presenza o meno di una rete di sostegno, ma anche dalle sue competenze e dalle sue risorse, non solo psicologiche ma anche conoscitive ed organizzative.

Se per la parte psicologica, è necessario che l'Oncologo riconosca tempestivamente i bisogni psicologici del Paziente per un invio precoce e non stigmatizzato allo psico-oncologo, per la parte conoscitiva ed organizzativa è necessario sempre di più il ruolo dello specialista che lo ha in carico. Tutto ciò sfocia in una conseguente evoluzione del rapporto medico-paziente. Si assiste, quindi, a un profondo cambio di prospettiva, che prevede l'instaurazione di una relazione di rispetto e fiducia reciproca, basata su una comunicazione chiara e autentica.

Una comunicazione efficace che promuove una vera alleanza terapeutica e consente di rafforzare la consapevolezza del malato ed il suo coinvolgimento attivo nelle scelte di cura.

E il Paziente deve avvertire che riceve questa relazione da tutta l'equipe che lo ha in cura e non da una singola persona, per evitare il rischio del "senso di abbandono".

La parola cancro continua a portare con sé senso di angoscia, di distruzione e di morte. Una comprensione però più facile della malattia e delle cure da fare, meno piena di incognite e di paure, una gestione più agevole del percorso, la sensazione di non essere soli e di poter contare su una equipe anche per le cose che sembrano "banali" ma che "banali" non sono mai, rendono al Paziente oncologico sicuramente meno pesante il fardello di questa malattia.

Bibliografia:

- *The Oncologist's Role in Managing Depression, Anxiety, and Demoralization With Advanced Cancer, Cancer J, 2010 Sep-Oct;16(5):493-9*
- *I numeri del Cancro 2023 AIOM*
- *Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027*
- *Patient Engagement in Oncology Practice: A Qualitative Study on Patients' and Nurses' Perspectives Int J Environ Res Public Health. 2022 Sep 15;19(18):11644.*
- *12° Rapporto FAVO sulla condizione assistenziale dei malati oncologici Anno 2020*
- *RUOLO DELL'ONCOLOGO, profilo delle competenze e formazione specialistica Gruppo di lavoro AIOM COMU CIPOMO 2020*
- *The Role of Cognitive Appraisal in Quality of Life Over Time in Patients With Cancer Oncol Nurs Forum. 2020 May 1;47(3):292-304*
- *Cancer care: beyond survival www.thelancet.com Vol 399 April 16, 2022*

IL CURRICULUM FORMATIVO DELLO PSICO-ONCOLOGO: VERSO UNA NUOVA PROFESSIONE SANITARIA

Marco L. Bellani

Presidente Nazionale S.I.P.O.

Università degli Studi dell'Insubria – Scuola di Medicina – Dipartimento di Medicina e Innovazione Tecnologica - Varese

Questo intervento si pone l'obiettivo di delineare i passi necessari allo sviluppo e all'implementazione di un possibile percorso che porti da un lato al riconoscimento della figura dello psico-oncologo all'interno del SSN italiano e, dall'altro, alla stesura di un *core curriculum* di riferimento per la formazione post-laurea nella disciplina di Psico-Oncologia.

L'individuazione e l'istituzione di una nuova professione sanitaria, il cui esercizio deve essere riconosciuto in tutto il territorio nazionale, avviene in sede di direttive dell'Unione Europea, ovvero per iniziativa dello Stato o delle Regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano Sanitario Nazionale o nei Piani Sanitari Regionali, che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute (Legge 11 gennaio 2018, n.3 - Art. 6).

Per quanto riguarda i **fabbisogni connessi agli obiettivi di salute**, è noto ormai da tempo che, in conseguenza della malattia oncologica, diversi quadri di sofferenza psichica e psicopatologici sono diagnosticati e necessitano di trattamento, con una prevalenza media del 20-35% per ansia e depressione e del 50-70% per il distress emozionale.

Ne deriva che oltre 1.300.000 malati ha necessità di interventi psico-oncologici specialistici, cui vanno aggiunti interventi per i caregiver e i familiari di pazienti e per il personale delle equipe curanti. Ricordo che il Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 redatto dal Ministero della Salute e il conseguente *Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anno 2011-2013*, recitava che *“la rilevazione precoce delle dimensioni psicosociali (screening del disagio emozionale, rilevazione dei bisogni del paziente e della sua qualità di vita) rappresenta il presupposto per individuare le persone che necessitano di interventi mirati.*

L'attivazione nelle diverse neoplasie e fasi di malattia, di percorsi Psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificamente psicoterapeutici (individuali o di gruppo, di coppia, familiari) risulta perciò fondamentale per il paziente e per la sua famiglia” (pag. 46).

Più recentemente, il *“Piano Oncologico Nazionale - Documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027”*, adottato il 26 gennaio 2023 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, in modo più estensivo riporta che:

“È marcata, quindi, la necessità di attivare, per le diverse neoplasie e nelle varie fasi di malattia (compresa la survivorship), percorsi Psico-oncologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale, siano essi di supporto o più specificamente psicoterapeutici (individuali, di coppia, familiari) per il paziente e la sua famiglia, integrati all'interno dei percorsi della cura medica.

Tali aspetti assumono, inoltre, rilevanza particolare nei nuovi percorsi di cura oncologica (oncologia di precisione) sempre più personalizzati e di precisione, che coinvolgendo approcci terapeutici basati su individuali e specifici profili genetico-molecolari del tumore di ogni singolo paziente, comportano un ruolo ancora più specifico della Psico-Oncologia per rispondere all'ampio spettro di reazioni emozionali, comportamentali e relazionali che la nuova terapia può determinare sia nel paziente/caregiver/famiglia che nello staff curante.

Ne consegue, quindi, la necessità di una formazione specifica in questa disciplina, come raccomandato dalle linee-guida internazionali di area psicologica e psichiatrica, finalizzata ad una presenza stabile di specialisti psico-oncologi nei gruppi multidisciplinari.

All'interno dei PDTA oncologici sarebbe opportuno anche prevedere la valutazione e il monitoraggio del trattamento degli aspetti psicologici, con particolare riferimento ai tumori eredo-familiari”. (pagg. 74-76).

Per tutto quanto sopra, il criterio relativo ai fabbisogni di salute, è ampiamente soddisfatto sia dai dati clinici che dalle indicazioni del Ministero della Salute.

Il secondo criterio fa riferimento alle direttive dell'Unione Europea.

La centralità del ruolo della Psico-Oncologia è stata recentemente sottolineata da due documenti (ai quali si rimanda):

- 1) Nell'ambito della Joint Action on Cancer Control (CanCon), la *Guida Europea sul Miglioramento della Qualità nel Controllo Globale del Cancro (ufficialmente European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control (2017)*;
- 2) Comprehensive Cancer Care Networks (NCCN): “*Standard for Comprehensive Cancer care Networks*” e “*Supporting Document*” (2021).

In ciascuno di essi sono riportate raccomandazioni operative sul supporto psico-sociale alla persona affetta da cancro e sul ruolo specialistico dello psico-oncologo.

Anche questo secondo criterio è dunque soddisfatto.

Il terzo criterio recita che l'individuazione e l'istituzione di nuove professioni sanitarie avviene per iniziativa dello Stato e delle Regioni.

A questo proposito cito il documento recante “*Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti i post-acuti con l'attività territoriale*” approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 17 aprile 2019.

Di seguito si evidenziano i punti salienti del documento rispetto alla Psico-Oncologia:

- a) La Psico-Oncologia viene riconosciuta come facente parte di un *approccio multidisciplinare/multiprofessionale* che integra le differenti specialità in un *team tumore-specifico*, (p. 6) la cui composizione deve essere obbligatoria, contestuale, rilevabile e pertanto formalizzata a livello regionale (p. 23);
- b) Il supporto Psico-oncologico «è parte integrante di una strategia di cura più ampia, a partire dalla diagnosi e durante l'intero corso di malattia, inclusivo delle fasi dei trattamenti attivi, della remissione, della sopravvivenza, della ricorrenza o recidiva o della fase avanzata o di fine vita» (p.112);
- c) È necessario ... *salvaguardare l'accesso a terapie e percorsi di supporto, durante il percorso di diagnosi e cura, offerti da esperti in Psico-Oncologia ...*» (p. 24) ... *ed offrire ai pazienti proposte terapeutiche ed osservazionali conformi alle linee guida in uso ed evidence-based ...*» (p.25);
- d) Ai soggetti già trattati per una malattia oncologica sono rivolte attività di follow-up finalizzate, tra l'altro, ad «*attivare programmi di riabilitazione, di reinserimento sociale o di supporto psicologico connessi alla malattia e ai trattamenti*» (p. 40) ... *cosicché «anche la riabilitazione oncologica si integra altresì con le attività di Psico-Oncologia»* (p. 42);
- e) Particolare attenzione viene altresì rivolta ai pazienti oncologici “*definiti di per sé fragili: pediatrici, anziani, cronici e disabili*” (p. 49).
«*Sarebbe opportuno che ogni azienda sanitaria istituisse un apposito Fragility-Team di riferimento costituito almeno da oncologo clinico (chirurgo, medico), psico-oncologo, assistente sociale e palliativista, integrato di volta in volta da altre figure professionali*» (p.50);
- f) *In particolare, «bambini e adolescenti hanno come riferimento immediato i Centri di Onco-Ematologia pediatrica, che devono essere dotati di equipe multidisciplinari con psico-oncologo dedicato ...»* (p. 50).

Il documento declina poi in modo particolare la presenza e il ruolo dello psico-oncologo all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) specifici per alcuni tumori: mammella, melanoma, polmone, prostata, colon-retto, ovaio e altri tumori ginecologici.

In pressoché tutti i PDTA elencati è stato previsto che lo psico-oncologo faccia parte del *core team*, ovvero di quel nucleo di specialisti che sono coinvolti in tutte le fasi del PDTA.

Da ultimo, alla voce “*Psico-Oncologia*” (pagg. 152-3) il documento evidenzia la necessità di:

- Figure professionali appositamente formate nella disciplina specifica;
- Spazi dedicati per attività ambulatoriali;
- Protocolli organizzativi e operativi riguardanti gli interventi Psico-oncologici erogati (criteri di invio e presa in carico, definizione di strumenti validati per la valutazione, descrizione degli interventi Psico-oncologici utilizzati e rispondenti a linee guida o raccomandazioni cliniche);
- Scheda clinica psico-oncologica come parte integrante della cartella clinica di ciascun paziente.

Tutto quanto sopra riportato evidenzia il pieno soddisfacimento anche di questo criterio.

Il quarto ed ultimo criterio prevede che le nuove professioni sanitarie non trovino rispondenza in professioni già riconosciute.

Sulla base dei documenti ministeriali recanti, rispettivamente, “*Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria*” e “*Riordino degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area psicologica*”, i profili di apprendimento e gli obiettivi formativi delle Scuole di Specializzazione in Psichiatria e in Psicologia Clinica non sono specificamente orientati alla Psico-Oncologia e rispondono solo parzialmente ai bisogni di salute psichica propri della malattia oncologica.

Non si riscontra pertanto una rispondenza in professioni sanitarie già riconosciute (Psichiatra, Psicologo Clinico).

Appare pertanto evidente la cogente necessità di istituire la nuova professione sanitaria dello psico-oncologo e con essa l'esigenza di elaborare e configurare un profilo professionale effettivamente caratterizzante che implica la costruzione di un percorso formativo (**core curriculum**) atto a fornire conoscenze/competenze specialistiche riguardanti i contenuti teorici e metodologici degli interventi e della ricerca nell'ambito Psico-oncologico al fine di formare figure professionali di elevata specializzazione che lavorino nei diversi ambiti ospedalieri (Oncologia e Oncoematologia) e territoriali, con pazienti pediatrici e adulti (PDTA), con i loro familiari e con il personale curante.

Tutto ciò è reso ancora più evidente dal fatto che *la Psico-Oncologia è una disciplina scientifica specialistica ormai riconosciuta in tutto il mondo* come una necessità clinica e psico-sociale nella cura globale al malato oncologico.

La rendono *una disciplina specifica e autonoma* criteri scientifici, ambiti di competenza, modelli di ricerca e di intervento, metodiche codificate da protocolli operativi riconosciuti e legittimati dalle diverse evidenze di studio, di ricerca e di applicazione clinica.

La sua autonomia deriva altresì da una caratterizzazione teorica, di ricerca e di metodo per cui *le sue competenze non sono proprie di altre discipline psicologiche/psichiatriche limitrofe* ma devono essere acquisite attraverso una formazione specifica.

Nella realtà italiana la carenza di percorsi formativi omogenei e specifici ha determinato lo sviluppo di modelli di intervento che fanno per lo più riferimento alle *personali competenze dei singoli operatori, alle esigenze delle singole realtà oncologiche e/o universitarie nonché all'offerta formativa delle più disparate agenzie.*

È invece necessario sostenere un impegno congiunto per definire un modello formativo che, attraverso la condivisione di obiettivi, saperi, strumenti e metodi di intervento, risponda ai bisogni assistenziali specifici, soddisfi le aspettative del ruolo dello psico-oncologo e migliori la qualità degli interventi psico-oncologici.

Un core-curriculum in Psico-Oncologia dovrà pertanto:

- Individuare il complesso di contenuti essenziali (conoscenze, competenze, abilità e comportamenti) che tutti gli psico-oncologi devono avere acquisito in modo completo e stabile al termine di un percorso formativo specifico per l'esercizio della loro attività negli ambiti richiesti;
- Definire il sapere minimo indispensabile che si pone sia come punto di partenza per lo svolgimento della professione sia come base di crescita professionale nell'ambito della Psico-Oncologia;
- Assicurare uno standard di pratica clinica uniforme e basato sull'evidenza.

Il core-curriculum dovrà altresì stabilire:

- a) **COSA APPRENDERE:** le competenze specialistiche proprie della figura professionale dello psico-oncologo;
- b) **COME APPRENDERE:** le metodologie di formazione efficaci a garantirne l'effettiva acquisizione;
- c) **COME VALUTARE:** le metodologie di valutazione e i criteri di standardizzazione delle stesse (valutazione certificativa);
- d) **DOVE APPRENDERE:** i luoghi e i contesti dove queste possano essere apprese efficacemente.

Mi sembra importante porre l'attenzione su due aspetti.

In primo luogo, è necessario tradurre i contenuti della macro-aree formative (i cosiddetti “moduli”) in **obiettivi formativi**. Un obiettivo formativo è tutto ciò che un discente deve essere in grado di compiere al termine di un'attività didattica.

Ciascuno di essi deve essere professionalizzante ovvero coincidere con un compito professionale specifico e la valutazione del suo raggiungimento consiste nella verifica della esecuzione del compito.

In secondo luogo, deve essere istituito un **tirocinio professionalizzante** presso idonee sedi che comprenda: obiettivi delle pratiche supervisionate, il modello di tirocinio, profilo e ruolo del tutor (interno ed esterno), monitoraggio e valutazione.

Da ultimo, vorrei concludere affrontando brevemente la questione dei “luoghi e i contesti in cui apprendere” ovvero del “**dove apprendere**”.

Per tutto quanto sopra, ritengo che il percorso di formazione post-laurea in Psico-Oncologia debba avvenire attraverso **l'istituzione di una Scuola di Specializzazione universitaria e di un Settore Scientifico Disciplinare dedicato**, anche in accordo con la già citata Legge 11 gennaio 2018, n.3, Art. 6, che al comma 4 recita: “*La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni sanitarie avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse*”.

La Società Italiana di Psico Oncologia (S.I.P.O.) ha da tempo redatto un documento inerente all'istituzione di una Scuola di specializzazione in Psico-Oncologia che può essere ripreso ed aggiornato in risposta alle attuali esigenze.

Questi alcuni dei punti più rilevanti della proposta:

- 1) Viene istituita nell'ambito della professione sanitaria la figura di specialista in Psico-Oncologia; possono accedere all'attività di specialista in Psico-Oncologia i soggetti in possesso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia o in Psicologia;
- 2) Vengono istituite scuole di specializzazione in Psico-Oncologia, al cui funzionamento concorrono le facoltà di Medicina e Chirurgia e di Psicologia; sono ammessi i soggetti titolari di diploma di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia e in Psicologia.
Si ravvisa, pertanto, che ogni Ateneo possa attivare una medesima scuola di specializzazione di area sanitaria in Psico-Oncologia sia per laureati in Medicina sia per laureati non medici, con ordinamento didattico comune, così come avviene per altre professioni sanitarie. È altresì possibile attivare scuole interateneo di specializzazione.
- 3) La durata è di anni quattro e il titolo di specialista da diritto all'iscrizione all'elenco degli psicoterapeuti degli ordini professionali di appartenenza.
- 4) Il superamento di alcune prevedibili criticità sarà possibile con il concorso di sinergie istituzionali che vedono come attori: gli Ordini professionali, le Società scientifiche, i decisori politici (soprattutto coloro che sono firmatari di proposte di legge sulla Psico-Oncologia), Enti e Ministeri competenti, Conferenza Stato-Regioni, Associazioni di pazienti oncologici).

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi fin qui delineati mi rendo disponibile ad istituire presso S.I.P.O. un *gruppo di lavoro* che abbia come mandato la stesura di un «**Documento di consenso per la definizione di un core curriculum in Psico-Oncologia: descrizione delle caratteristiche e competenze specifiche della disciplina e individuazione di un percorso formativo post-laurea per una specializzazione in Psico-Oncologia**».

LO SVILUPPO DELLA PSICO-ONCOLOGIA TERRITORIALE

Giuseppe Deledda

Direttore U.O. di Psicologia Clinica IRCCS Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar di Valpolicella (VR)

Coordinatore SIPO Veneto e Trentino Alto Adige e Consigliere SIPO Nazionale

Per meglio comprendere lo sviluppo della Psico-Oncologia Territoriale, verranno presi in considerazione alcuni elementi relativi al complesso contesto attuale nel quale la Psico-Oncologia porta il proprio contributo.

In secondo luogo verranno presi in considerazione i documenti internazionali e nazionali, che regolano e definiscono il ruolo e le possibili applicazioni della figura dello psico-oncologo.

Per concludere verranno riportati alcuni esempi di intervento territoriale dello psico-oncologo nella regione del Veneto.

È noto da almeno due decenni, che il quadro demografico italiano è caratterizzato fondamentalmente da una lunga aspettativa di vita e da una natalità bassa.

Secondo il libro bianco AIOM (2022), l'aspettativa di vita alla nascita stimata nel 2018 ha raggiunto gli 80,2 anni per gli uomini e gli 85,2 anni per le donne. I cambiamenti demografici, che sono il riflesso del miglioramento degli stili di vita e dei risultati della scienza e della medicina, si riflettono anche nell'epidemiologia dei tumori e nella loro prevalenza, per cui le persone che vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore *sono arrivate a 3.609.135 nel 2020*, delle quali 1.411.879 persone sono vive dopo 10 anni dalla diagnosi: un dato in continua crescita e che occorre tenere in considerazione nella gestione degli interventi a livello territoriale.

Se da un lato l'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro (per cui l'incidenza aumenta in modo evidente con l'aumentare dell'età), dall'altro lato, la diagnosi di tumore espone la popolazione anziana ad una maggiore fragilità o slatentizza una situazione di pre-fragilità, intesa come uno stato di ridotta riserva funzionale che causa il venir meno della capacità di adattamento a situazioni che rappresentano uno stress per l'individuo (AIOM, 2022).

Ma se da un lato si assiste ad un aumento delle persone che hanno necessità di essere seguite da un punto di vista sanitario ed assistenziale, dall'altro lato si sta assistendo ad un graduale impoverimento dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SNN).

Dal Rapporto Sanità 2018, 40 anni del SNN emerge che si è passati da quasi 700 USL a circa 100 Aziende Ospedaliere, e che i posti letto sono scesi da 500 mila a 215 mila con un crollo ancora più pronunciato se rapportati alla popolazione: 35 per 10.000 abitanti raffrontati ai 93 per 10.000 abitanti degli anni '80.

La domanda che sorge spontanea è se tale sistema sia in grado di prendersi cura della Salute dei cittadini in modo appropriato, considerando che una cura può considerarsi appropriata quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi.

L'appropriatezza comporta implicazioni dirette e indirette riguardanti la procedura corretta sul paziente *in un dato momento* e nel *setting* più adatto.

Prendersi cura della salute dei cittadini significa anche (coerentemente con quanto indicato nella carta di Ottawa (1986)), mettere le persone nelle condizioni per potersi prendere cura di sé, fornendo i mezzi e le conoscenze necessarie (Enabling).

A livello internazionale, le attenzioni sono sempre maggiormente rivolte all'equità delle cure e alle cure oncologiche di alta qualità in team multidisciplinari (OECI).

Recentemente anche Il Cancer Control Joint Action (CanCon) ha redatto la European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control, nella quale afferma che:

- a) Dovrebbe essere condotto uno screening periodico del disagio psicologico e dei bisogni psicosociali;
- b) Lo screening dovrebbe essere seguito da un'adeguata assistenza psicosociale;
- c) Per la diagnosi delle condizioni psicologiche deve essere effettuata una valutazione specifica da parte di un professionista dell'assistenza psicologica
 - 1) Utilizzando strumenti validati e semplici e secondo le linee guida della pratica clinica per la valutazione e la gestione del disagio psicologico e della morbilità;
 - 2) Anticipando i bisogni specifici delle popolazioni ad alto rischio, comprese le popolazioni giovani (ad esempio bambini, adolescenti, giovani adulti) e i parenti.

Il CanCon, inoltre raccomanda un modello di assistenza psicologica graduale a seconda del livello di disagio, condizione psicologica e morbilità di ciascun paziente e le linee guida di pratica clinica esistenti per il supporto psicosociale dei pazienti affetti da cancro potrebbero essere di grande valore e raccomandate per fornire un'assistenza psicosociale basata sull'evidenza.

Le questioni sociali e di ritorno al lavoro dovrebbero essere integrate fin dalle prime fasi del percorso di cura del cancro. L'adattamento delle condizioni di lavoro per ogni paziente che ritorna al suo lavoro precedente dovrebbe essere valutato nelle fasi iniziali. In linea con la letteratura internazionale, il CanCon afferma che dovrebbe essere attuato un approccio centrato sulla persona, per cui è fondamentale accedere a un piano riabilitativo fisico e psicosociale multidimensionale incentrato sulle competenze dei sopravvissuti al cancro, che prenda in considerazione i sintomi somatici e psicologici così come le sfide sociali, in tutte le fasi del percorso della malattia oncologica in modo precoce, sistematico e regolare.

L'assistenza psicosociale, la riabilitazione e le cure palliative dovrebbero essere integrate nell'intero percorso del cancro, compreso il periodo di sopravvivenza e di riabilitazione.

Gli specialisti in psicosociale, riabilitazione e cure palliative dovrebbero essere membri (o associati a) del team medico negli ospedali e nell'assistenza territoriale.

In Italia, i riferimenti normativi principali arrivano dal documento di *Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica* del 2019 e dal successivo Piano Oncologico Nazionale (PON 2023-2027), che ha assorbito buona parte del precedente documento. Anche nei documenti a livello nazionale, la *Psico-Oncologia* viene riconosciuta come facente parte di un approccio multidisciplinare/multiprofessionale che integra le diverse specialità in un *team* tumore-specifico, la cui composizione deve essere obbligatoria, contestuale, rilevabile e pertanto formalizzata a livello regionale.

Sebbene le scelte organizzative per l'approccio multidisciplinare/multiprofessionale possano essere declinate secondo differenti modalità, è tuttavia necessario, tra l'altro salvaguardare l'accesso a terapie e percorsi di supporto, durante il percorso di diagnosi e cura, offerti da esperti in Psico-Oncologia, e, favorire la tempestività di programmi di riabilitazione fisica e psicologica, offrendo ai pazienti proposte terapeutiche e osservazionali conformi alle linee guida in uso ed *evidence-based*. Il supporto Psico-oncologico *“è parte integrante di una strategia di cura più ampia, a partire dalla diagnosi e durante l'intero corso di malattia, inclusivo delle fasi dei trattamenti attivi, della remissione, della sopravvivenza, della ricorrenza o recidiva o della fase avanzata o di fine vita”*.

Viene posta particolare attenzione ai pazienti oncologici *“definiti di per sé fragili: pediatrici, anziani, cronici e disabili”*.

A tale scopo sono state allocate risorse disponibili e/o accessorie, tra cui PNRR Missione 6 e il decreto *“sostegni bis”* convertito con modificazioni (L. 106/2021), identificate nelle linee strategiche per l'*“Attivazione di interventi di supporto psicologico ospedaliero e territoriale per i pazienti e i loro caregiver”*.

Il PON insiste sulla necessità di potenziare l'assistenza domiciliare e integrata che esige *“una implementazione e integrazione con le attività ospedaliere e territoriali sanitarie e socio-sanitarie”* (punto 3.3.2) in sintonia con quanto affermato nel PSSN e PSSR, dato che non è possibile, per motivi di governance e di spesa, quando le cure non sono più attive, mantenere i malati oncologici collegati ai reparti oncologici, radioterapici, chirurgici.

Per sviluppare e mantenere le competenze comunicative e relazionali necessarie a garantire un approccio centrato sulla persona, in rispondenza al principio dell'art. 1, c. 8 della legge 219/2017, che definisce *“Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”*, sarà importante promuovere progetti di formazione volti a fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione, e a preparare adeguatamente gli operatori impegnati in ambito ospedaliero e territoriale.

Di particolare rilevanza nel contesto italiano, è da evidenziare il ruolo delle Associazioni di volontariato di malati e di attivismo civico nelle reti oncologiche, come regolamentato dal Ministero della Salute in concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze (decreto legge n. 70 del 2 aprile 2015).

Tra i vari progetti promossi dalle associazioni pazienti, può essere menzionato il progetto *“Noi, per una vita salutare oltre il cancro”*, promosso dalla Rete Oncologica Pazienti Italia (ROPI), sviluppato al fine di favorire l'attivazione di comportamenti virtuosi di promozione della salute e della qualità di vita nel dopo cura delle donne sopravvissute al tumore alla mammella (empowerment), mediante lo

sviluppo di maggiori capacità di reperire e gestire le informazioni relative alla propria condizione e situazione di salute dopo la fase di cura e di reinserimento nell'attività lavorativa, sociale, familiare, affettiva, ecc. (health literacy).

Al fine di sviluppare interventi territoriali che tenessero conto della complessa rete di interlocutori presenti nel contesto nazionale, è stata sviluppata la Rete dei Servizi Territoriali (in conformità alla legge n. 328/2000), attraverso la concertazione e la co-progettazione, per la rilevazione dei bisogni sociosanitari e per modulare così l'offerta di servizi.

Si tratta di un nuovo approccio che interessa la governance territoriale, attraverso la concertazione non solo programmatica e gestionale dei servizi e politica, impone un investimento volto a migliorare non solo i servizi resi ma l'intero processo, possibile solo coinvolgendo tutti i soggetti coinvolti (comuni, province, aziende sanitarie, organizzazioni sindacali, terzo settore, cittadinanza attiva, mondo del lavoro e della scuola, associazioni), per una più adeguata analisi dei bisogni in materia di assistenza domiciliare integrata.

Per concludere, andremo a prendere in considerazione alcune esperienze avvenute negli ultimi anni in Veneto, tra le quali l'esperienza dell'ULSS 9, dell'Associazione Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) di Verona, dei Nuclei di Cure Palliative Domiciliari (N.C.P.D.) e gli Hospice della Rete di Cure Palliative dell'ULSS 12 Veneziana.

L'esperienza svolta negli ultimi anni dall'ULSS 9 nel contesto delle cure palliative, ha messo in luce la complessa relazione tra setting ospedaliero e territoriale con particolare attenzione all'intervento domiciliare.

Gli interventi psicologici sono stati rivolti ai pazienti, ai caregiver, alla famiglia e all'equipe.

Come approccio al colloquio è stato scelto di svolgere un *congiunto per le scelte assistenziali* (con paziente e familiari e le varie figure professionali dell'equipe in linea con L.219/17 *esempio: scelta luogo del fine vita*) e in seguito con *colloquio di supporto psicologico per l'elaborazione del lutto*.

Oltre agli aspetti clinici, il ruolo dello psico-oncologo è di occuparsi della supervisione dell'equipe, dello Staff Support Case, e della formazione.

In particolare l'attività della Psico-Oncologia nella RETE dei Servizi è stata di discussione dei casi con l'equipe, di partecipazione alla stesura dei PAI ed alle pianificazioni condivise delle cure.

Altre attività che coinvolgono lo Psico-oncologo sono relative al passaggio di consegne continuativo con i colleghi delle UO ospedaliere, e al coordinamento con gli psico-oncologi afferenti ad Associazioni di Volontariato convenzionate con l'Azienda Sanitaria, e il passaggio di consegne con i colleghi dell'Hospice.

Altra esperienza, dell'Associazione Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) nella provincia di Verona (Associazione afferente al Registro Unico Terzo Settore, con decreto della Regione Veneto n. 858 del 30/12/2022), si occupa dell'assistenza a domicilio dei pazienti affetti da malattie neoplastiche ed altre malattie evolutive irreversibili in fase avanzata, e di promuovere qualità di vita e dignità del paziente, secondo la filosofia delle Cure Palliative.

ADO è impegnata in programmi di assistenza domiciliare e programmi di sostegno alle famiglie con la continuativa collaborazione del M.M.G e con i servizi esistenti della ASL, e di collaborare con il sistema Sanitario Nazionale, Regionale, con Aziende Sanitarie locali e con eventuali altri enti, istituzioni e strutture. Tra le attività dell'ADO, che coinvolgono la figura dello psico-oncologo:

- 1) Il Centro di Ascolto Oncologico, per il sostegno relazionale per i pazienti e i loro familiari;
- 2) L'attività di reclutamento, selezione, formazione, orientamento e supervisione a favore dei volontari;
- 3) Attività presso l'Hospice San Giuseppe di Marzana;
- 4) Attività in collaborazione con L'ULSS 9 per ampliare la rete di offerta di servizi per i pazienti oncologici e le loro famiglie, per perseguire tutti i livelli assistenziali, compresi ulteriori obiettivi di supporto informativo, di orientamento e di miglioramento della relazione d'aiuto con i pazienti e le loro famiglie, sostenendo altresì specifiche attività ed iniziative rivolte ai malati oncologici terminali;
- 5) L'integrazione nella rete dei propri Servizi istituzionali rivolti ai pazienti in fase avanzata/terminale di malattia e alle rispettive famiglie e con iniziative di collaborazione specifica con i Distretti Socio-Sanitari su casi singoli o gruppi omogenei di pazienti;
- 6) Attivazione del gruppo A.M.A. (Auto Mutuo Aiuto per l'elaborazione del lutto), che rappresenta un'efficace risorsa per chi vive una perdita importante, perché aiuta a sviluppare le capacità di riflettere sulle proprie emozioni, aumenta le abilità individuali di far fronte ai problemi,

incrementa la stima di sé. Rispetto il Centro di Ascolto Oncologico è stato attivato uno sportello informativo con una Helpline telefonica, uno sportello specialistico medico-infermieristico e psicologico, un'attività di informazione nei confronti degli utenti e loro familiari, uno supporto e supervisione N.C.P. dei Distretti 1 e 2 dell'ULSS 9, su richiesta. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, ADO assiste gratuitamente mediante il progetto *“alternanza solidale”*, malati in fase avanzata e le famiglie.

Per concludere, può essere utile citare lo studio multicentrico (E. Cason, S. Lahodych, E. Merlo, G. Poles, 2023), dal quale è stata svolta un' *“analisi dei bisogni psicologici nel tempo delle cure palliative: per una adeguata risposta alla necessità non espressa”*, al fine di indagare la qualità percepita dai Nuclei di Cure Palliative Domiciliari (N.C.P.D.) e gli Hospice della Rete di Cure Palliative dell'ULSS 12 Veneziana.

Dallo studio di Cason et al, è emerso che in Veneto il carico emotivo del paziente ed il carico emotivo e carico assistenziale del *care-giver* risultano essere elevati, e che il 70% di pazienti e familiari al momento di attivazione del N.C.P.D. presentasse importanti livelli di distress psicologico, (percentuali in linea con i dati della letteratura), ma che mediamente solo il 31,3% nel corso dell'assistenza avesse avuto accesso ad un sostegno psicologico.

È inoltre emerso che circa il 40% di utenti presentava un disagio che non era stato espresso o presto in carico da uno psico-oncologo.

A partire dalle prime considerazioni, fino alle ultime esperienze riportate in questa breve relazione, è possibile osservare che negli ultimi anni sia stato fatto molto per sviluppare i Servizi territoriali, al fine di completare l'offerta assistenziale e terapeutica, e per offrire degli interventi appropriati rispetto ai cambiamenti intercorsi da un punto di vista sociale, economico, medico e culturale.

Lavorare nel territorio consiste nel mettere i piedi in un setting più ampio, spesso meno strutturato, e per tale ragione richiede una forte strutturazione interna del professionista e strumenti ad hoc, che possano permettere di muoversi nel contesto in modo flessibile, ma specifico.

È evidente che le competenze dello psico-oncologo che opera nel territorio siano molto cresciute nell'arco degli ultimi vent'anni, ma è altresì evidente che i cambiamenti tecnologici e sociali stiano conducendo a nuove modalità operative che richiedono un nuovo sforzo creativo di cambiamento, nel quale lo psico-oncologo è chiamato a tenere sempre al centro la relazione e la persona con i suoi valori e significati esistenziali.

DOVE SIAMO ARRIVATI E VERSO DOVE ANDIAMO

Ketti Mazzocco

Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Associato di Psicologia Generale, Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia - Università degli Studi di Milano, Referente Medicina Integrativa Istituto Europeo di Oncologia

Introduzione

Salute e la malattia, inclusa quella oncologica, sono proprietà emergenti di sistemi complessi, che risultano dall'interazione dinamica tra reti ambientali, sociali, psicologiche e biologiche adattive.

Un approccio riduzionista che analizzi le singole parti del sistema impedisce una comprensione completa della condizione patologica e degli interventi necessari per ristabilire uno stato di salute, che invece richiedono una visione integrata attenta alle interazioni non solo tra fattori predisponenti, ma anche quindi tra discipline che cooperano per la cura della malattia.

In una malattia complessa come il tumore, le cause non possono essere lette semplicemente attraverso un'associazione probabilistica diretta e grossolana, in quanto sopravvengono molte interazioni causali che insieme producono modelli e processi di incidenza della malattia, in modi spesso fortemente dipendenti dal contesto.

Nello specifico le mutazioni genetiche, l'epigenetica che influenza l'espressione genica, il turnover delle cellule staminali, la funzione del sistema immunitario, l'ambiente, le specificità di genere o di età agiscono e interagiscono rispetto all'incidenza complessiva del cancro e non è possibile trattarli come strettamente indipendenti (Plutynski, 2021).

In tutto questo, com'è facilmente evidente, difficilmente sono contemplati gli aspetti psicologici.

Le evidenze scientifiche che sottolineano il ruolo dei fattori psicologici nella carcinogenesi (oltre che nella cura della malattia) sono ormai numerose; ed è anche ormai ampiamente consolidato che lo stress, se cronico, promuove uno stato infiammatorio capace di aumentare il rischio di tumore (Carr et al, 2022).

Dove siamo arrivati

Gli studi di Psiconeuroendocrinoimmunologia oggi aiutano a svelare la complessità della malattia da cui è affetto il paziente che abbiamo di fronte, portando evidenze a supporto della grande connessione tra ambiente, reti sociali, componenti psicologiche e il loro impatto sull'espressione genica e il sistema immunitario (Mazzocco e Milani, 2023).

Nello specifico, secondo l'approccio PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologico) e le evidenze in epigenetica (Mazzocco e Milani, 2023), l'esposizione agli ormoni dello stress può avere profonde implicazioni sulla regolazione genica e l'insorgenza di malattie come il cancro.

Studi hanno dimostrato che gli eventi stressanti possono influenzare la regolazione epigenetica dei soppressori tumorali e degli oncogeni, i geni che regolano la crescita e la proliferazione delle cellule tumorali.

Inoltre, l'esposizione ad un ambiente stressante può portare a una ridotta risposta ai trattamenti oncologici, fenomeno noto come chemioresistenza.

Particolarmente preoccupante è il legame tra l'esposizione ad un ambiente stressante durante l'infanzia e lo sviluppo futuro di condizioni oncologiche.

Gli individui che hanno vissuto situazioni stressanti durante la loro infanzia sono più inclini a sperimentare un aumento dell'esposizione agli ormoni dello stress nel corso della loro vita.

Questo può creare un ambiente propizio alla formazione di tumori, favorendo lo sviluppo di un microambiente pro-cancerogeno all'interno del corpo, compresa la matrice extracellulare.

In tale prospettiva, lavori di Steven Cole (2019) sulla risposta trascrizionale conservata alle avversità illustra molto bene questo processo: un modello che integra la componente soggettiva dell'interpretazione degli eventi come minaccia, la risposta di stress e l'instaurarsi della malattia oncologica.

Secondo questo modello, individui sottoposti a condizioni ambientali, sociali e psicologiche avverse per prolungati periodi di tempo mostrano un aumento dell'espressione dei geni coinvolti nell'infiammazione e una riduzione dell'espressione dei geni implicati nelle risposte antivirali. Condizioni sociali avverse (percepiti o effettive) come l'isolamento, l'esclusione sociale, la percezione di solitudine, sentimenti di inadeguatezza o vergogna, attivano la risposta trascrizionale

conservata alle avversità che, se non risolte, attivano una risposta infiammatoria silente e stabile nel tempo.

Per quello che interessa noi e la malattia oncologica, l'attivazione della risposta trascrizionale conservata alle avversità significa uno sbilanciamento del sistema immunitario a sfavore del circuito Th1 generalmente attivato nella lotta alle cellule tumorali e a favore di altri circuiti generalmente attivati nella difesa contro minacce che provengono dall'esterno, come parassiti e batteri (circuiti Th2 e Th17) (Cole, 2020).

È chiaro quindi che, se vogliamo occuparci di malattia oncologica, nel processo di prevenzione e cura non possiamo prescindere da ciò che Koban chiama il sé nel contesto (*self in context*; Koban et al., 2021), un'elaborazione delle mappe cognitive di Tolman (1948). Il *self in context* si riferisce alla concezione che l'individuo ha di sé, e di sé nelle relazioni con il mondo. Koban e colleghi (2021) spiegano come i modelli di self-in-context consentano agli individui di attribuire un significato personale agli eventi e integrarli in narrazioni a lungo termine del proprio sé.

La bontà di questi modelli è fondamentale, perché non solo determinano la valutazione degli eventi, ma coerentemente supportano il comportamento e guidano le risposte fisiologiche nel corpo, che ormai sappiamo essere rilevanti per la salute fisica e mentale.

I sistemi cerebrali coinvolti nella percezione di sé sono strettamente collegati a quelli che regolano le risposte emotive e fisiologiche allo stress e alle sfide della vita quotidiana (Koban et al., 2021).

Questo collegamento tra il concetto di sé e la salute mentale e fisica suggerisce che lavorare su una visione più equilibrata e positiva di sé stessi potrebbe avere benefici significativi per il benessere complessivo.

Inoltre, l'integrazione di queste conoscenze nei modelli di intervento psicologico e medico potrebbe portare a approcci più efficaci per la gestione dello stress, della depressione e di altre condizioni mentali e fisiche correlate. In definitiva, l'articolo di Koban offre uno spunto prezioso per esplorare le complesse interazioni tra mente, corpo e ambiente, e per sviluppare nuove strategie per migliorare la salute e il benessere delle persone.

Verso dove dobbiamo andare

La scienza della complessità (*complexity science*; Sturmberg 2019; Sturmberg et al., 2021) sta emergendo come un approccio necessario nel campo della medicina per rispondere al bisogno di guardare al paziente come sistema complesso.

Mentre le linee guida basate sulle evidenze sono importanti per fornire un quadro generale per la pratica clinica, possono essere limitate nel loro utilizzo quando si tratta di pazienti con molteplici condizioni mediche o bisogni complessi.

In medicina, l'adozione della prospettiva tipica della scienza della complessità può portare a nuovi approcci per la gestione delle condizioni cliniche del paziente oncologico, che tengano conto della complessità e della variabilità individuali dei pazienti.

Questo può includere l'uso di modelli di rete che comprendano le interazioni tra le condizioni mediche, l'identificazione dei punti di intervento critici all'interno di sistemi complessi e l'implementazione di strategie personalizzate e flessibili per la cura dei pazienti. In questa prospettiva diventa importante sviluppare ricerche multidisciplinari dove i fattori psicologici abbiano un ruolo rilevante, per le ragioni suddette.

Lo sviluppo di progetti multidisciplinari per la costruzione di modelli predittivi è sempre più diffuso.

L'obiettivo è appunto quello di costruire strumenti che possano determinare, in fasi precoci del percorso di cura, il rischio del paziente di incorrere in eventi negativi nei diversi domini: clinico, psicologico, sociale.

Un esempio interessante è la predizione di effetti collaterali determinati dalle terapie oncologiche; Moslehi (2016), infatti, ha illustrato la traiettoria della cardiotossicità in seguito a trattamenti oncologici, evidenziando fattori di rischio e strategie di prevenzione.

Curioso notare che né tra i fattori di rischio, né tra le strategie di prevenzione vengono considerati i fattori puramente psicologici.

Diventa quindi cruciale, a partire dalla scienza della complessità e dalle evidenze scientifiche sulla multifattorialità della malattia oncologica, portare quel cambiamento culturale nella medicina e nella cura, affinché la psicologia sia parte integrante dell'approccio terapeutico al paziente e alla sua famiglia, abbandonando la tradizionale opinione che essa possa agire solo un ruolo di supporto emotivo in un percorso parallelo alla cura della malattia.

L'importanza delle componenti psicologiche è dimostrato da uno studio multidisciplinare svolto all'interno del progetto europeo H2020 **"BOUNCE - Predicting effective adaptation to breast cancer to help women to bounce back"**.

Il progetto BOUNCE è stata un'iniziativa ambiziosa volta a costruire un modello capace di identificare la resilienza in pazienti con tumore al seno lungo il percorso di cura, attraverso l'identificazione delle caratteristiche individuali che contribuiscono al deterioramento della resilienza a lungo termine dopo la diagnosi di cancro al seno (Kourou et al., 2023; Karademas et al., 2023).

In tale prospettiva, la resilienza è stata definita, in questo progetto, come il processo e le caratteristiche individuali che portano ad un buon outcome nel lungo termine.

Metodo.

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico, in cui 706 partecipanti con diagnosi di tumore al seno di stadio I-III con intenzione di trattamento curativo, sono state arruolate 2-5 settimane dopo l'intervento chirurgico e prima dell'inizio della chemioterapia.

Dati biologici, clinici, psicologici e sociali sono stati raccolti a intervalli di 3 mesi dal basale (M0) ai 18 mesi di follow-up (M18).

I sintomi psicologici e lo stato di salute soggettivo sono stati valutati in tutti i timepoint. I fattori socio-demografici e lo stile di vita sono stati valutati a M0.

I fattori medici/malattia e fattori psicologici sono stati valutati a M0 o al mese 3 (M3).

Su un totale di 706 partecipanti che hanno fornito i dati al basale, dati completi erano disponibili per 474 donne.

Il presente studio ha impiegato un sistema di machine learning, apprendimento automatico supervisionato.

La salute mentale misurata con il questionario HADS è stata inserita come outcome nell'analisi.

La pipeline di machine learning utilizzata prevedeva la selezione delle caratteristiche, l'addestramento del modello, la validazione e il test.

Risultati.

Entrambe le variabili psicologiche e biologiche sono emerse come importanti predittori del deterioramento della salute mentale nel lungo periodo.

Nello specifico lo stato emotivo generale (affettività negativa), coping, senso di controllo sulle avversità (cioè il senso di coerenza) e la percentuale di neutrofili al basale figuravano tra i predittori più importanti per il deterioramento della salute mentale nel lungo termine.

Il modello risultante potrebbe quindi essere utilizzato per identificare precocemente le pazienti a rischio di scarsa adattabilità al trattamento e per personalizzare le strategie di supporto e intervento, al fine di migliorare il loro benessere fisico e psicologico e ottimizzare gli esiti del trattamento.

Il modello non solo fornisce una previsione del rischio di povero adattamento, ma identifica per ogni paziente quali fattori contribuiscono al rischio (Figura 1).

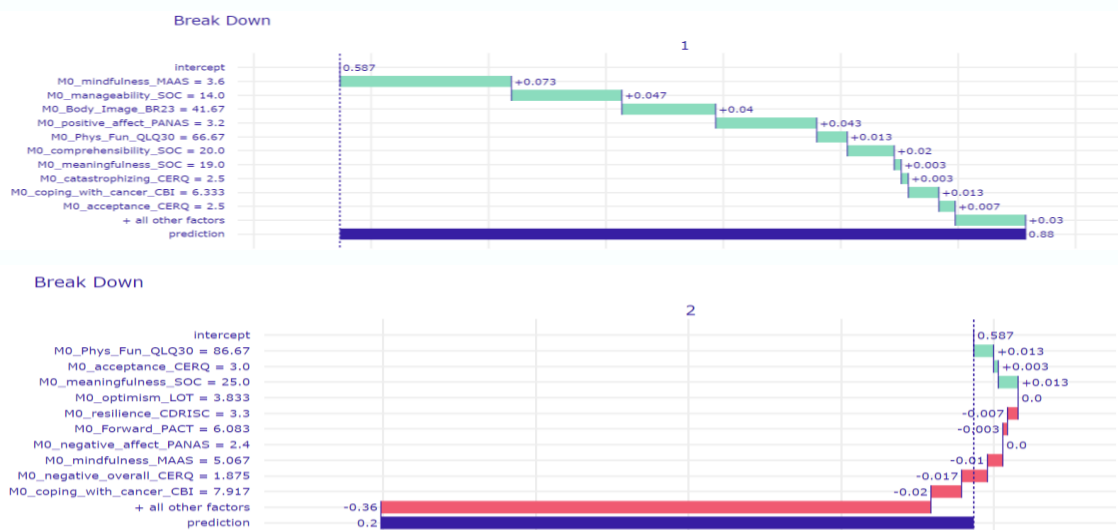


Figura 1 - alto rischio di povero adattamento (grafico1), basso rischio di povero adattamento (grafico 2).

In aggiunta, tra i fattori identificati dal modello per la specifica paziente, individua quelli suscettibili di cambiamento, ovvero quei fattori su cui è importate focalizzare l'intervento psicologico, al fine di ridurre il rischio iniziale di scarso adattamento.

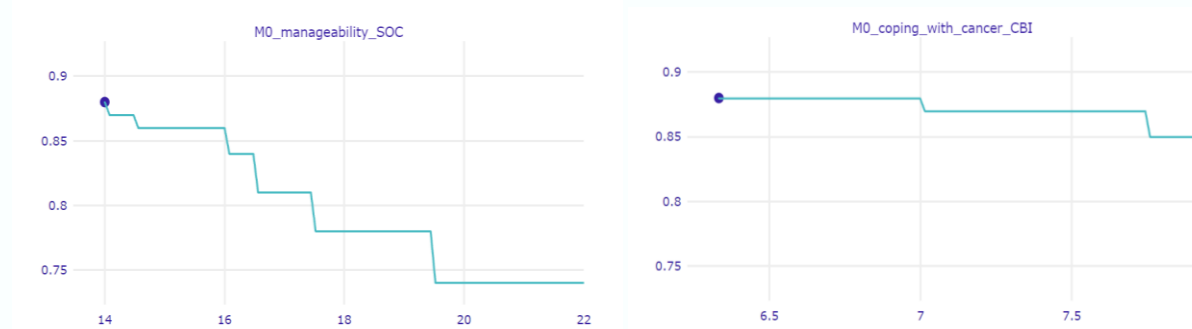


Figura 2 – Cambiamento del rischio di cattivo adattamento associato al cambiamento di specifici fattori di rischio misurati al mese 0 (M0). A sinistra un fattore di rischio (manageability - Sence of Coherence, SOC), il cui cambiamento (aumento della percezione di risorse per la gestione della condizione di malattia) porterebbe ad una riduzione del rischio. A destra un fattore di rischio (self-efficacy in coping with cancer - CBI), il cui cambiamento (aumento della self-efficacy nel fronteggiare la malattia) non porta ad riduzione significativa del rischio di cattivo adattamento sul lungo termine. Questi modelli forniscono un'indicazione su quali fattori personalizzare l'intervento psico-oncologico.

Conclusioni

La Psico-Oncologia rappresenta un elemento cruciale sia nelle fasi di prevenzione che di cura. Ciò nonostante viene ancor oggi considerata un supporto, spesso opzionale, e non parte integrante della cura.

La necessità di integrare la Psico-Oncologia in modo più completo e sistematico è evidente. I progetti multidisciplinari e integrati evidenziano il grande contributo della componente psicologica nel mantenimento e promozione della salute anche in condizioni di malattia.

L'integrazione dei saperi è quindi cruciale.

La difficoltà probabilmente risale alla settorialità della medicina, con professionisti che raccolgono e interpretano dati limitatamente alla propria disciplina per ovvi limiti cognitivi e contestuali (Simon).

L'intelligenza artificiale corre in aiuto permettendo di elaborare e integrare una grande mole di dati multimodali altrimenti non gestibili da un individuo.

Questi strumenti di analisi aiutano sia a migliorare la comprensione dei meccanismi psicologici coinvolti nella malattia, sia ad individuare le strategie di intervento più adeguate per ogni paziente, rendendo la medicina veramente personalizzata.

Bibliografia:

- Carr F. N., Sosa E. M., & Carr, B. I. (2022). *Inflammation, Chronic Disease, and Cancer: Is Psychological Distress the Common Thread?*. In *Psychological Aspects of Cancer* (pp. 1-19). Springer, Cham.
- Cole S. W. (2019). *The conserved transcriptional response to adversity*. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 28, 31-37.
- Kourou K., Manikis G., Mylona E., Poikonen-Saksela P., Mazzocco K., Pat-Horenczyk R., & Fotiadis D. I. (2023). *Personalized prediction of one-year mental health deterioration using adaptive learning algorithms: a multicenter breast cancer prospective study*. *Scientific Reports*, 13(1), 7059.
- Karademas E. C., Mylona E., Mazzocco K., Pat-Horenczyk R., Sousa B., Oliveira-Maia A. J., & BOUNCE consortium. (2023). *Well-being trajectories in breast cancer and their predictors: A machine-learning approach*. *Psycho-Oncology*, 32(11), 1762-1770.
- Koban L., Gianaros P. J., Kober H., & Wager T. D. (2021). *The self in context: brain systems linking mental and physical health*. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(5), 309-322.
- Mazzocco K, Milan, A., (2023). *Epigenetica e cancro*. *PNEI Review*, 1, 68-87.
- Moslehi, J. J. (2016). *Cardiovascular toxic effects of targeted cancer therapies*. *New England Journal of Medicine*, 375(15), 1457-1467.
- Plutynski A. (2021). *Is cancer a matter of luck?* *Biology & Philosophy*, 36(1), 1-28.
- Sturmberg J. P. (2019). *Evidence-based medicine—Not a panacea for the problems of a complex adaptive world*. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(5), 706-716.
- Sturmberg J. P., Getz L. O., Stange K. C., Upshur, R. E., & Mercer S. W. (2021). *Beyond multimorbidity: What can we learn from complexity science?*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(5), 1187-1193.
- Tolman E.C., (1948). *Cognitive maps in rats and men*. *Psychol. Rev*, 55, 189–208.

PSICO-ONCOLOGIA E SUPPORTO A DISTANZA (TELEHEALTH)

Samuela Sommacal

Dirigente Psicologa UOSD Psicologia Ospedaliera Istituto Oncologico Veneto (IOV) – IRCCS

1. Il ruolo della Psico-Oncologia nel percorso di cura

La diagnosi di cancro, e il percorso di cura che ne consegue, colpiscono tutte le dimensioni della vita della persona: fisica, psicologica, sociale e spirituale.

Le diverse fasi della malattia comportano specifiche reazioni nel paziente, dal momento della comunicazione della diagnosi, all'intervento chirurgico, ai trattamenti chemioterapici, radioterapici, terapia biomolecolare, ormonoterapia, eventuale consulenza oncogenetica, ai follow-up, alla recidiva/progressione di malattia, fino alla condizione terminale.

All'interno di tale percorso, la Psico-Oncologia è la disciplina volta ad occuparsi degli aspetti psicologici, sociali, comportamentali ed etici del cancro.

Lo psico-oncologo interviene nei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali) oncologici, elaborando trattamenti a misura del paziente, sulla base della complessità dei casi e dell'intensità di cura, al fine di rilevare le specifiche dimensioni psicosociali e realizzare interventi coerenti ai bisogni del paziente, con l'obiettivo di raggiungere la migliore Qualità di Vita (QoL).

Nelle diverse fasi della malattia (terapia attiva, riabilitazione, follow-up, fase avanzata e cure palliative), il professionista si occupa dei seguenti bisogni: riconoscere e prendere in carico nel paziente le comorbilità psicosociali (fatigue, ansia, depressione); favorire l'adattamento in seguito alla diagnosi, impegnarsi nel promuovere un'elaborazione cognitiva ed affettiva dell'esperienza di malattia ed individuare possibili deficit cognitivi (chemobrain) correlati al percorso oncologico e ai trattamenti ormonali. Inoltre, analizza, monitora e consolida il benessere fisico e psicologico dei pazienti, valutando il supporto sociale reale e percepito, il senso dell'immagine corporea, il funzionamento sessuale, l'evoluzione post-traumatica e le strategie di adattamento (coping).

2. Il COVID-19 come evento traumatico: l'impatto psicologico sui pazienti oncologici

L'avvento della pandemia COVID-19 nel 2020 ha rappresentato un fenomeno traumatico per la popolazione.

La mancanza di informazioni relative al virus, la prognosi incerta, la carenza di risorse per diagnosi e cura, le misure di sicurezza emanate dalle autorità e le ingenti perdite finanziarie hanno generato nelle persone un senso di insicurezza, confusione, di isolamento emotivo e conseguente emarginazione sociale.

Nella popolazione specifica oncologica, l'evento pandemia è stato percepito come un'ulteriore fonte di distress psicologico per i pazienti e per i loro familiari.

Questa condizione di maggiore vulnerabilità, in un quadro già di per sé labile e traumatico quale è il cancro, ha posto nuove questioni psicosociali e sfide nell'assistenza ai pazienti oncologici, tra cui:

- Affrontare nuove modalità di esecuzione delle procedure, al fine di ridurre i tempi di attesa;
- Esperire un incremento della sintomatologia ansiosa e depressiva;
- Gestire sentimenti di abbandono, legati alla condizione di isolamento;
- Vivere una maggiore incertezza esistenziale.

In virtù delle nuove necessità emerse e affrontate, il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO) del Veneto e del Trentino Alto Adige ha realizzato il libro *“Anti-manuale di COVID-logia”*, che contiene al suo interno una serie di riflessioni ed esperienze condivise nel corso dei mesi della pandemia, a partire da marzo 2020.

Gli autori hanno costruito uno spazio di condivisione di esperienze e di risonanze comuni, personali e professionali, di supporto e rigenerazione, per continuare ad essere d'aiuto ai pazienti e ai sanitari.

3. Verso la telemedicina

Durante la pandemia, si è assistito ad una forte accelerazione del processo di digitalizzazione della sanità, da tempo già in corso.

Infatti, al fine di gestire il contagio attraverso il distanziamento sociale sono stati fortemente ridotti gli accessi alle strutture ospedaliere e, in particolare, pur garantendo i trattamenti medici antitumorali

per i pazienti in fase acuta, sono state rinviate le visite specialistiche e gli screening di controllo, nonché gli interventi chirurgici programmati.

Questa situazione ha reso più urgente l'utilizzo di strumenti di sanità digitale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definisce la telemedicina come: «l'erogazione di servizi di cura ed assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e traumi, alla ricerca e alla valutazione e per la formazione continua del personale sanitario, nell'interesse della salute dell'individuo e della comunità».

3.1 Uno sguardo al panorama scientifico

La letteratura ci offre l'opportunità di analizzare i vantaggi e gli svantaggi legati all'impiego della telemedicina in ambito Psico-oncologico (Van Der Lee et al., 2020).

In merito ai vantaggi, vengono identificati:

- L'abbattimento delle barriere geografiche e temporali, che consentono un'omogenea distribuzione dell'offerta sanitaria sul territorio;
- Il raggiungimento di un più ampio numero di persone, comprese quelle che vivono in zone remote o non dotate di adeguate strutture sanitarie;
- L'assistenza ai malati cronici o agli anziani direttamente a casa;
- Tempestività e continuità assistenziale, garantendo anche un'assistenza sanitaria in sicurezza;
- Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza, con tempestivi interventi, riducendo così i rischi legati ad eventuali complicanze, il ricorso all'ospedalizzazione e i tempi di attesa;
- Il risparmio sui costi grazie a un accesso contingentato a strutture già affollate.

Rispetto, invece, agli svantaggi:

- Scetticismo rispetto all'efficacia degli interventi condotti online;
- La qualità ridotta della relazione medico-paziente: per la sua capacità di generare fiducia, è meno efficace da remoto che di persona. Il problema è ancora maggiore se la consultazione remota avviene con i clinici con cui il paziente non ha già stabilito una relazione;
- Probabili problemi tecnici: come errori di trasmissione, violazione della sicurezza o del processo di conservazione dei dati.

Inoltre, lo Studio condotto da Pederson et al. (2022) ci permette di identificare le competenze chiave funzionali nell'utilizzo della telemedicina nell'elaborazione di interventi psicologici durante e dopo la pandemia di COVID-19. Sono state individuate nove categorie di competenze:

- (1) Conoscenza di protocolli di emergenza e sicurezza,
- (2) Facilitazione della comunicazione,
- (3) Procedure di consenso,
- (4) Alfabetizzazione tecnologica,
- (5) Identificazione professionista-cliente,
- (6) Riservatezza durante i servizi di telemedicina,
- (7) Buone doti comunicative a distanza,
- (8) Coinvolgimento,
- (9) Capacità interpersonali.

Rispetto all'ambito Psico-oncologico, l'evidenza scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia degli interventi terapeutici effettuati attraverso la tecnologia virtuale (web-based/internet-based) focalizzati verso il benessere psicologico e la Qualità di Vita (QoL) dei malati oncologici.

Nello specifico, tra le tipologie di intervento più vantaggiosi troviamo (Cinar et al., 2020):

- Sportello psicologico telefonico finalizzato alle intercettazioni dei bisogni psicosociali del paziente e/o del familiare;
- Interventi di tipo psicoeducazionale web-based finalizzati alla promozione del benessere psicologico e di stili di vita salutari;
- Tele-supporto psicologico individuale (counselling psicologico telefonico).

Lichiello et al. (2022) approfondiscono l'utilità della telemedicina in ambito oncologico attraverso un intervento psicosociale trattato nell'articolo "*Cancer during a pandemic: A psychosocial telehealth intervention for young adults*".

L'intervento è svolto su un campione di giovane adulti guariti dal cancro, ed è stato elaborato con l'obiettivo di diminuire i livelli di depressione e ansia dei partecipanti e di favorire la nascita di connessioni sociali significative.

Sono state impiegate le seguenti tecniche:

- Terapia di Accettazione e Impegno (ACT);
- Psicoterapia di Gruppo centrata sul significato (MCP);
- Interventi psico-educazionali.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti, i partecipanti hanno valutato l'intervento come utile nel fornire supporto e nel creare connettività sociale; inoltre, è stata rilevata una riduzione della preoccupazione ansiosa e della sensazione di impotenza/disperazione.

In particolare è stato esperito un proficuo beneficiato da parte dei pazienti attraverso l'esperienza della psicoterapia di gruppo.

4. Istituto Oncologico Veneto (IOV)-IRCCS e innovazione

All'interno dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV_IRCCS), presso il quale opero nel ruolo di Dirigente Psicologa, insieme alle colleghe appartenenti alla UOSD Psicologia Ospedaliera abbiamo constatato gli aspetti di innovazione apportati dall'avvento della telemedicina nella conduzione degli interventi psicologici.

Pertanto, si è ritenuto significativo mantenere la modalità telematica per effettuare colloqui individuali, soprattutto nelle situazioni in cui il paziente beneficia delle circostanze, quali:

- Difficoltà psico-fisiche: ad esempio, criticità a guidare la macchina;
- Necessità di spostamento, legate all'area geografica di residenza;
- Bisogno di tutela con limitata esposizione, come in fase di terapia attiva con esigua autonomia e possibile immunodepressione.

Nella Tabella 1. sono riportati i dati relativi al numero di prestazioni psicologiche (Colloqui clinici e Psicoterapia individuale) svolte all'interno della UOSD Psicologia Ospedaliera, dall'anno 2020 al 2023:

	2020	2021	2022	2023
TOT	480	631	203	137

Tabella 1. Prestazioni psicologiche dal 2020 al 2023

Nell'anno 2021 si evidenzia un sensibile incremento dei colloqui in telemedicina per ritrovare un assestamento nell'anno corrente, che denota la preferenza verso la psicoterapia frontale, mantenendo la possibilità dell'agevolazione da remoto qualora si manifesti il bisogno (137 prestazioni).

Negli ultimi anni presso l'Istituto sono stati sviluppati alcuni disegni specifici erogati tramite la modalità telematica; un esempio di questi è il "*Progetto di teleriabilitazione*".

4.1 Progetto di teleriabilitazione

La riabilitazione è un processo terapeutico rivolto a persone con deficit cognitivo e/o comportamentale, il cui scopo è il miglioramento del livello complessivo di funzionamento e l'ottenimento del massimo grado di autonomia, rispetto alla qualità di vita della persona e del familiare/caregiver, sfruttando il concetto di plasticità cerebrale.

Di pari passo con l'attenzione recente rivolta alle potenzialità degli sviluppi tecnologici che garantiscono attività riabilitative affidabili, il numero di programmi svolti in modalità telematica è progressivamente aumentato.

Tali attività possono includere: il monitoraggio da remoto, l'adattamento dei protocolli riabilitativi, la formazione di familiari e professionisti e progetti di ricerca su popolazioni specifiche, ad esempio popolazioni anziane (riabilitazione e screening).

I pazienti oncologici possono rilevare, durante le terapie, difficoltà cognitive, specie a carico delle capacità mnestiche ed esecutivo-attentive.

Questa condizione viene definita Cancer Related Cognitive Impairment (CRCI).

Di particolare interesse risulta l'attività di valutazione e di riabilitazione neuropsicologica, svolta in presenza o in modalità telematica, per i pazienti oncologici dell'Istituto Oncologico Veneto, con particolare attenzione alla presa in carico dei pazienti che accedono alla Prostate Unit.

All'interno di tale Unità, i professionisti analizzano l'effetto della terapia ormonale di nuova generazione sullo status cognitivo, e, inoltre, valutano i pazienti con tumore cerebrale che possono necessitare di un training cognitivo specifico sin dalle fasi antecedenti ai trattamenti e lungo l'intero il percorso di cura.

Durante l'attività ambulatoriale dello IOV, a questi pazienti possono essere fornite indicazioni per l'accesso a sistemi informatici computerizzati o tramite app per potenziare le funzioni cognitive a domicilio, con un monitoraggio costante dal Neuropsicologo dell'Istituto.

5. Le nuove prospettive della telemedicina: dalla letteratura nazionale allo scenario internazionale

In sede del recente Convegno IPOS_2023, svolto nella sede di Milano, sono stati presentati alcuni studi tratti dalla letteratura nazionale e internazionale in merito alle nuove prospettive di sviluppo della telemedicina.

Le ricerche evidenziano le potenzialità fornite dall'impiego della modalità telematica in ambito Psico-oncologico, e gli aspetti innovativi apportati alla conduzione degli interventi.

Nel panorama nazionale, gli autori Strika, Durosini, Pizzoli e Pravettoni (2023) hanno condotto uno studio in merito all'esperienza di un gruppo di psicoterapia, formato da pazienti guarite dal cancro al seno, realizzato all'interno del Metaverso.

I risultati ottenuti hanno evidenziato il potenziale beneficio nell'utilizzo degli avatar e degli ambienti virtuali nel facilitare la condivisione tra i pazienti.

Un ulteriore studio, invece, effettuato da Sebri, Durosini, Strika, Pizzoli, Mazzocco e Pravettoni (2023) ha indagato il ruolo della Realtà Virtuale (RV) nel modificare la percezione che le persone guarite dal cancro possiedono della propria immagine corporea. I risultati emersi hanno sottolineato il ruolo della RV nel modificare le emozioni e le sensazioni del corpo legate alla malattia dei partecipanti coinvolti.

La letteratura internazionale pone l'attenzione, invece, ai benefici terapeutici attribuibili all'utilizzo di applicazioni digitali.

Nella ricerca di Wojtyna et al. (2023), gli autori hanno condotto uno studio longitudinale su un campione di donne con carcinoma al seno, testando il beneficio legato all'impiego di app terapeutiche.

I risultati hanno rilevato un miglioramento della salute mentale in termini di ansia e stress delle partecipanti coinvolte.

Lo studio condotto da Patel et al. (2023), invece, ha rilevato l'utilità dell'utilizzo di applicazioni volte a monitorare la sintomatologia depressiva e l'attività fisica in un campione di pazienti guariti dal cancro.

Infine, la ricerca realizzata da Darley et al. (2023) ha preso in esame un campione composto da pazienti oncologici in terapia attiva, e dai rispettivi caregivers.

Dallo studio è emerso il beneficio apportato dall'utilizzo di tecnologie digitali nell'aumentare la comprensione della malattia dei partecipanti e nel migliorare il monitoraggio dei sintomi; inoltre, le applicazioni digitali hanno fornito supporto psicologico nell'affrontare le incertezze e preoccupazioni legate al percorso di cura

6. Limiti e opportunità: può essere utile continuare con la telemedicina?

È importante considerare anche i limiti derivanti dall'impiego della modalità telematica nella conduzione di interventi psicologici.

Alcuni studi realizzati all'interno dell'ambito Psico-oncologico (Caliandro et al., 2023; Butt et al., 2022), hanno riscontrato alcuni fattori ostacolanti il processo terapeutico, i quali possono avere una ricaduta sulla creazione di una buona alleanza terapeutica.

In primo luogo, lo schermo funge da barriera tra paziente e professionista, e questo riduce le possibilità di cogliere i segnali non verbali per il terapeuta.

Un secondo fattore è legato alla maggiore difficoltà per lo psicologo nel gestire i pazienti ad alto rischio utilizzando la modalità telematica. Infine, le discussioni etiche riguardanti le preoccupazioni esistenziali risultano meno angoscianti se affrontate di persona.

Alcuni dati relativi all'efficacia dell'utilizzo della modalità telematica sono riscontrabili nella revisione condotta da Fournier et al. (2023), nella quale è stata presa in esame la letteratura esistente relativa all'impatto degli interventi di cura svolti in telemedicina su campioni di pazienti oncologici in età adulta e pediatrica; in particolare, sono stati analizzati in risultati in termini di comportamento, psicologici e funzionali.

In termini di comportamento, sono stati individuati effetti positivi legati all'attività fisica; in termini psicologici, sono emersi risultati positivi riguardanti il distress psicologico, mentre come tendenza generale non sono stati evidenziati risultati significativi legati alla riduzione di ansia e depressione; in termini funzionali, gli interventi sono risultati utili nell'area del sonno e della fatigue, mentre non sono stati osservati risultati per gli aspetti legati al dolore.

7. Conclusioni

Gli studi presentati hanno evidenziato come le proposte terapeutiche condotte in modalità telematica possano raggiungere in maniera efficace e soddisfacente i bisogni e le necessità del paziente oncologico e del familiare o caregiver.

Abbiamo presentato l'attività svolta all'interno della UOSD Psicologia Ospedaliera, che opera costantemente per innovare le modalità terapeutiche impiegate, individuando strumenti tecnologici affidabili ed efficaci da inserire nei percorsi di cura dei pazienti.

Tuttavia, alcune ricerche hanno rilevato come, ad oggi, vi siano ancora diversi limiti nella concettualizzazione e nelle metodologie esistenti in tale area, che possono avere ricadute sull'esito del trattamento psicoterapeutico.

Pertanto, è auspicabile per il futuro l'implementazione di nuovi interventi digitali.

Bibliografia:

- Autori V., *Anti Manuale di COVID-Logia: Esperienze di Condivisione e di Sostegno. Psiconcologi del Veneto e del Trentino Alto Adige si Raccontano*; Artemia Nova Editrice: Mosciano Sant'Angelo, Italy, 2021
- Butt Z., Kirsten L., Beatty L., Kelly B., Dhillon H. & Shaw J. M. (2022). *Barriers and enablers to implementing telehealth consultations in psycho-oncology*. *Psycho-Oncology*, 31(8), 1365-1373.
- Caliandro M., Carbonara R., Surgo A., Ciliberti M. P., Di Guglielmo F. C., Bonaparte I. & Fiorentino A. (2023). *The Role of Telemedicine for Psychological Support for Oncological Patients Who Have Received Radiotherapy*. *Current Oncology*, 30(5), 5158-5167.
- Cinar P., Kubal T., Freifeld A., Mishra A., Shulman L., Bachman J. & Liu C. (2020). *Safety at the time of the COVID-19 pandemic: how to keep our oncology patients and healthcare workers safe*. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 18(5), 504-509.
- Darley A., Coughlan B., Maguire R., McCann L. & Furlong E. (2023). *A bridge from uncertainty to understanding: The meaning of symptom management digital health technology during cancer treatment*. *Digital Health*, 9, 20552076231152163.
- Durosini I., Strika M., Pizzoli S. F. M. & Pravettoni G. (2023, September). *Emotions and "Sense of Presence" in the Psycho-Verse: Psychological Support for Breast Cancer Survivors in the Metaverse*. In *International Conference on Extended Reality* (pp. 417-426). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Fournier V., Duprez C., Grynberg D., Antoine P. & Lamore, K. (2023). *Are digital health interventions valuable to support patients with cancer and caregivers? An umbrella review of web-based and app-based supportive care interventions*. *Cancer Medicine*, 12(23), 21436-21451.
- Lichiello S., Rainwater L., Russell G. B., Pulgar C., Clark J., Daniel S. & Duckworth K. E. (2022). *Cancer during a pandemic: a psychosocial telehealth intervention for young adults*. *Current Problems in Cancer*, 46(4), 100865.
- Patel P., Hegde U., Wang B., Kamath J. (2023) *Employing mobile health technologies to track symptoms, quality of life, and physical activity in cancer survivors*. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice (JPORP)*, 5.
- Pedersen G. A., Pfeffer K. A., Brown A. D., Carswell K., Willhoite A., Schafer A. & Kohrt B. A. (2023). *Identifying core competencies for remote delivery of psychological interventions: a rapid review*. *Psychiatric Services*, 74(3), 292-304.
- Sebri V., Durosini I., Strika M., Pizzoli S. F. M., Mazzocco K. & Pravettoni G. (2023). *Virtual reality for the promotion of interoception awareness and body image in breast cancer survivors: a study protocol*. *Frontiers in Psychology*, 14, 1165905.
- Wojtyna E., Mucha A., Ostrowski M., Mucha A.K., Tendyra A., Haneczok M., Stasieńko J., Anzulewicz A. & Nikiel S. (2023). *The effectiveness of a mobile therapeutic application for the mental state of breast cancer patients*. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice (JPORP)*, 5.
- Van Der Lee M. L. & Schellekens M. P. (2020). *Bridging the distance: continuing psycho-oncological care via video-consults during the COVID-19 pandemic*. *Psycho-oncology*, 29(9), 1421.

IL SETTING ON LINE: LE DECLINAZIONI OPERATIVE IN CAMPO PSICO-ONCOLOGICO

Ester Livia Di Caprio

Psichiatra- Psicoterapeuta - Docente Psicoterapia Dipartimento Universitario di Psichiatria Università degli Studi della Campania “L. Vanvitelli” - Direzione Scientifica Ecopsys Napoli

Il Virtuale tecnologico e l'On Line

È opinione condivisa l'idea che la rivoluzione tecnologica, dettata dall'avvento del digitale, abbia generato una rivoluzione del *mentale* ma anche della semiologia posturale e generale degli esseri umani, una sorta di *“trasmutazione antropologica”*.

Lo studio della psicoterapia online si profila come nuova frontiera dell'avventura evolutiva (Di Caprio, 2020) protesa verso il concepimento e la produzione di intelligenze artificiali, istruendo delle strade utili all'approfondimento dell'intricato rapporto tra corpo/mente/ protesi tecnologiche.

Non c'è dubbio che quella che si è prefigurata nel secolo scorso e nel prosieguo del terzo millennio come insurrezione digitale, abbia evidenziato, dalla pandemia in poi, i suoi innumerevoli vantaggi. Negli ultimi decenni, le pratiche della psicoterapia hanno subito l'inevitabile influsso della cultura tecnologica. L'efficacia dei trattamenti on-line è dimostrata da talune condizioni.

Fare ricorso con *fiducia* alla psicoterapia online, nelle forme più diverse, può riuscire ad evitare l'interruzione prematura di alcuni percorsi di cura non solo per l'impossibilità fisica del paziente ad accedere all'ospedale ma anche per altre situazioni più complesse: personali, familiari, istituzionali, ed in quelle di emergenza sanitaria che impongono vincoli di quarantena.

La Pandemia del Virus COVID SARS-2 è stato l'evento catalizzatore nella crescita degli interventi a distanza in particolare per i trattamenti psicologici/psicoterapici.

Proviamo, a tale proposito, a delineare un quadro dell'attuale situazione.

Il virtuale tecnologico ha dato vita a nuove forme di comunicazione, ad una pluralità di nuovi linguaggi, apparentemente aggreganti, non sempre appaganti, la cui generatività rispetto al legame è, allo stato, oggetto di discussione e di studio.

Con l'avvento delle nuove tecnologie digitali (**Internet Communication Technologies-ICTs**) si parla di un tragitto che dall'*Homo Sapiens* ha portato all'*Homo Digitus* (Vallario, 2020). La generazione cresciuta con la rivoluzione digitale è detta dei *“nativi digitali”*, in contrasto con i soggetti più anziani che si sono cimentati con le nuove tecnologie e definiti *“immigrati digitali”*.

Dando uno sguardo all'Europa, la penetrazione delle tecnologie digitali è la più alta nel mondo dopo l'Australia. Le ICTs sono talmente presenti nella vita quotidiana della popolazione europea da indurre a interrogarsi sulla necessità di strategie di *disintossicazione digitale* (digital detox).

L'importanza delle tecnologie digitali.

Non c'è dubbio che le risorse della multimedialità hanno consentito di innovare le procedure di diagnosi e trattamento in Psico-Oncologia in termini di tempestività, pertinenza e disponibilità verso una consistente platea di pazienti e caregivers.

Anche se gli strumenti tecnologici possono esporre a intoppi di tipo tecnologico o relazionale, la *telepsicoterapia* apre l'accessibilità delle cure psicoterapiche a più ampie fette di popolazione. Naturalmente la scelta dell'utilizzo di Internet per la psicoterapia è funzione del tipo di orientamento del terapeuta.

Da un punto di vista storico va menzionato che, in Italia, già nel 2001 un gruppo di ricercatori dell'Università Cattolica del Sacro Cuore scriveva il progetto *“VITA, Velletri Intensive Telepsychotherapy activity”* per definire i criteri -tecnici e psicopatologici- di praticabilità di interventi psicoterapeutici a distanza ed individuare le modalità tecniche e di setting clinico ottimali per l'effettuazione di tali interventi (Caroppo et al, 2001).

La Psicoterapia Multimediale, in particolare, ha sicuramente facilitato il passaggio alla psicoterapia online grazie al potere positivo di immagini e suoni, in particolare nel lutto oncologico recuperando foto o i filmati dell'oggetto d'amore perduto, ricostruendone con questi il percorso di vita, associandolo con una musica come colonna sonora... (Nesci, 2014).

È opinione di molti studiosi che la *“talking cure”* debba essere integrata con linguaggi che parlano e ascoltano in un canale comunicativo più antico rispetto alla tecnologizzazione della parola attraverso la scrittura.

Nella pratica della salute mentale un gruppo di studiosi delle università di Linköping e Stoccolma ha dimostrato che, per il trattamento di casi di depressione, il supporto *on line* di gruppi di auto-mutuo-aiuto ha lo stesso effetto di gruppi *faccia a faccia* (Andersson et al, 2005). Stessi risultati sono stati raggiunti studiando l'efficacia di gruppi di auto-aiuto on line per il trattamento di stati di ansia e stress (Van Straten, Cuijpers & Smits N,2008).

L'uso di pratiche digitali da parte degli operatori della salute mentale.

L'utilizzo delle ICTs nel campo della salute mentale (e-mental health) è ormai una prassi diffusa, malgrado si sia registrato un ritardo rispetto ad altre discipline socio-sanitarie.

Già negli anni '90 fu creata la International Society for Mental Health Online (ISMHO) allo scopo di promuovere l'uso e lo sviluppo delle nuove tecnologie fra gli operatori della salute mentale (Chester & Glass, 2006).

La formazione nell'uso delle ICTs a scopo di counseling risulta una priorità per la quasi totalità dei partecipanti (90%) ai vari sondaggi che la ritiene presupposto indispensabile alla diffusione corretta della telepsicologia.

L'uso delle ICTs è più frequente nel contesto formativo e di supervisione rispetto a quello clinico.

Il Setting on line

- Il setting online non è una semplice trasposizione di quello in presenza;
- La terapia on line non è una terapia di serie B;
- Il setting è meno definito; c'è una maggiore (anche se involontaria) invasione dello spazio di privacy del paziente;
- La terapia online è più stancante di quella in presenza: caratteristica che tutti i terapeuti, che si interfacciano al virtuale, sperimentano;

Efficacia dei trattamenti on line

Fare ricorso con *"fiducia"* alla psicoterapia online, nelle forme più diverse, può riuscire ad evitare l'interruzione prematura di alcuni percorsi di cura non solo per l'impossibilità fisica del paziente ad accedere all'ospedale ma anche in altre situazioni più complesse, come detto in precedenza, di tipo personale o familiare e/o in quelle di emergenza sanitaria che producono seri impedimenti di contatto sociale.

Quali vantaggi:

Offrire supporto a individui, coppie e famiglie (Borcsa e Pomini, 2020) un tempo irraggiungibili o raggiungibili a costo di impiegare molta energia e risorse a:

- Individui, coppie e famiglie che risiedono in zone geograficamente remote;
- Individui, coppie e famiglie e coppie con membri che vivono in altre città o nazioni (transnational families);
- Famiglie e coppie di rifugiati e migranti, ma anche famiglie con anziani e, naturalmente, famiglie con pazienti affetti da patologie somatiche e oncologiche e in condizioni di maggiore fragilità.

Competenze richieste per i contesti di malattia

- Necessità di formazione degli psicologi/psicoterapeuti all'utilizzo di modalità remote;
- Progettare interventi a distanza basati sulle evidenze specificatamente dedicati a pazienti affetti da cronicità e in condizione di maggior fragilità;
- Necessità di avere studi di validazione sugli strumenti di assessment somministrati in modalità remota, nonché di sviluppo di norme specifiche per strumenti *"remote tools"*;
- Necessità di studi di esito e di processo per la psicoterapia on line;

La delicata questione dell' "Alleanza Terapeutica"

La relazione terapeutica è il primo vero strumento di cura dei pazienti.

È possibile costruire una alleanza adeguata on line, senza vedere, sentire, incontrare il paziente?

I pazienti del gruppo on line hanno anzi sottolineato quanto la terapia on line fosse disinibente, comoda, flessibile, economica.

Alcuni ricercatori (Cook & Doyle, 2002) hanno comparato due gruppi di pazienti uno in un processo di terapia tradizionale e l'altro on line) somministrando la WAI (Working Alliance Inventory),

composta da tre sottoscale: legame, compiti, obiettivi) per valutare se vi fossero differenze fra i due trattamenti.

I risultati hanno dimostrato una non significativa differenza nella misurazione dell'alleanza terapeutica fra i due trattamenti.

Le competenze dello psico-oncologo di marca sistemica: qualche coordinata di ordine clinico

Vale la pena di introdurre, a questo punto, dei chiarimenti più specificamente clinici sul concetto di *relazionalità del corporeo*.

Abbiamo scritto in contributi precedenti quanto la *minaccia* esperita all'interno del proprio corpo rende oltremodo rassicuranti le relazioni interpersonali significative e gli affetti familiari.

Tale minaccia costringe il soggetto a riconoscere che il suo corpo "è un'altra persona".

È come se si prefigurasse, attraverso il tramite inevitabile ed indispensabile che è l'esistenza corporea, una dimensione di ALTERITÀ.

La sofferenza esilia l'uomo dalla sua dimora, quella interiore come quella degli affetti significativi...

Il corpo è reso *captivus* (catturato =) dal cancro, la mente è spaesata da questo fatto perturbante: non abita più nel corpo/casa familiare; la casa come luogo fisico reale diventa allora rassicurante...

Il ritorno della relazionalità del corporeo: la Psico-Oncologia online

È evidente che con l'imperante cultura del virtuale la dimensione narrativa dell'esperienza di vita sembra essersi radicalmente trasformata.

L'interazione on-line affranca da una serie di vincoli connessi con la realtà dell'incontro.

E, dunque, nell'online si verifica una sorta di sottrazione del corporeo.

L'incontro da *remoto* riduce lo stimolo percettivo dell'interazione privando la relazione di tutte quelle componenti sensoriali (tratti somatici, posture, espressioni mimiche, ecc.) ed ambientali che ne caratterizzano la dimensione significativa.

L'assenza dell'oggetto dal campo percettivo può, d'altro canto, evocare una poliedricità di rappresentazioni non sempre rispettose, per così dire, delle caratteristiche dell'altro.

La relazione virtuale corre il rischio che, mancando di corporeità, si muova su un terreno sdruciolevole per quel che riguarda la complessità di aspetti relazionali comunicativi, conoscitivi, rappresentativi ed esplorativi.

Nell'opinione dei terapeuti è innegabile che *il corpo* è il grande assente della relazione terapeutica, rendendo complicata un'elaborazione emotiva che passa, prima che per la consapevolezza, nell'immediatezza della corporeità.

All'interno della ridefinizione della sottoscritta, terapeuta e supervisore di provenienza sistemico-relazionale, emerge una lettura differente e cioè che, nei casi oncologici, il corpo riscatta la sua presenza nel dialogo *terapeutico on line focalizzato sul dolore psichico connesso alla sofferenza somatica ma anche su tutti quei segnali che riguardano l'interessamento dei distretti corporei e che, in genere, appartengono alle verbalizzazioni del soggetto ammalato*.

La prassi operativa di uno psico-oncologo richiede, inoltre, a mio avviso una peculiare competenza, la cosiddetta *sensibilità al contesto*.

Tale capacità implica che un terapeuta adotti un approccio multi-processuale.

Questo tipo di intervento mette a fuoco l'interdipendenza dei processi individuali, interpersonali, e sociali nella definizione del benessere e del malessere dei singoli.

All'interno di questa cornice è possibile:

- Modulare l'intervento al contesto d'incontro = on line e/o off line

Il setting Psico-oncologico on line

Allo psico-oncologo è demandata la **gestione** delle relazioni interpersonali che si organizzano nel campo clinico.

Nella versione del setting on line lo schermo, si caratterizza come un dispositivo relazionale che organizza virtualmente l'incontro.

È, perciò indispensabile, che un terapeuta, per poter utilizzare al meglio la modalità da remoto, abbia un'adeguata padronanza del setting tradizionale.

Si tratta di proporre un **programma supportivo** che, nel setting tradizionale si qualifica come intervento di **supporto psicoterapico**, caratterizzato da un programma **modulare** in relazione alle

variegate condizioni cliniche del paziente neoplastico, alle mutevoli esigenze di sostegno nelle fasi di malattia ed alla sequenzialità dei trattamenti.

Le possibili declinazioni operative

- La videochiamata (Single Session);
- Protocollo breve di counseling on line;
- Individuale;
- Di Coppia;
- Consultazione familiare:1-2 sedute;

La Video chiamata

La necessità della videochiamata può insorgere all'interno di un percorso di cura tradizionale per un'emergenza clinica sopraggiunta che impedisce al paziente l'accesso ai luoghi della terapia.

Più spesso si caratterizza come il primo step consulenziale di un protocollo di intervento psicoterapeutico da svolgersi on line per la presenza di impedimenti di natura clinica o per motivi di tipo geografico.

Protocollo breve modulare on line

La pratica del counselling supportivo è quella più utilizzata nella misura in cui si concretizza in un:

- PROTOCOLLO BREVE;
- E assume costantemente le caratteristiche del **PROCESSO**;

Si può articolare in tre moduli:

- Individuale;
- Counselling di coppia con l'inclusione del partner/caregiver;
- Sedute familiari;

Vale la pena di sottolineare l'importanza del counselling individuale, di coppia e della famiglia, quali varianti intercambiabili di un setting focalizzato sulla possibilità di attivare dei circuiti comunicativi che rendano più fruibili il passaggio di informazioni e la trasmissibilità delle emozioni.

L'obiettivo è anche quello di affrontare la quotidianità ricorrendo a più opportune e flessibili opzioni risolutive. Naturalmente tali requisiti sono rispettati anche nell'istituzione del setting on line.

Le premesse equivalgono a quelle della psicoterapia relazionale fasica di cui abbiamo ampiamente scritto (Gritti et al., 2011), intervento di supporto psicoterapico, configurato, prima dell'Era COVID, all'interno di un setting off line, come un programma modulare in relazione alle diversificate esigenze di sostegno nelle varie fasi di malattie ed alla multi livellarità dei trattamenti.

Anche il protocollo supportivo on line è focalizzato sulla facilitazione dei processi comunicativi, sulla espressione delle risposte emozionali ed affettive al cancro e sulla riorganizzazione delle relazioni familiari in funzione dei bisogni del malato oncologico e dei suoi familiari.

In analogia a quanto osservato nelle famiglie, anche le coppie, in cui prevalgono aspetti del legame affettivo fortemente coesivi e cooperativi, manifestano migliori risorse nei processi adattivi alla malattia e, dunque, la scelta del counselling di coppia si fonda sull'idea che la natura e la qualità affettiva del legame coniugale rappresenti un fattore psicosociale potenzialmente idoneo ad influenzare positivamente il decorso e la qualità di vita del paziente neoplastico.

Il setting si articola, dunque, nella possibilità di orientare il flusso affettivo tra paziente e partner, sostenere la condivisione empatica di sentimenti positivi senza spegnere l'emergere di dolorosi traslochi depressivi.

Non vengono elusi temi impegnativi inerenti l'esperienza di malattia. Anche on line il counselling supportivo potenzia le risorse e prova a riorganizzare la speranza.

Riepilogo: vincoli e Privacy

Il cambiamento di Setting è stato e continua a essere oggetto di discussione da parte del CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi).

Fino a prima dell'Era COVID, le tecnologie digitali avevano ancora un ruolo complementare nell'offerta di supporto psicologico.

La riluttanza degli operatori nell'adottare pratiche online riguardano l'efficacia degli interventi a seconda delle diverse patologie, la necessità di formazione e certificazione, l'acquisizione delle conoscenze tecnologiche necessarie, i costi, le caratteristiche e le difficoltà della relazione e dell'alleanza terapeutica nel setting online, questioni di riservatezza e privacy, e la regolamentazione per la non violazione della privacy.

Bibliografia:

- Andersson G. et al. (2005) "Internet- based self-help for depression: randomised controlled trial", *British Journal of Psychiatry*, 187.pp. 457-461
- Borcsa M., Pomini V. (2020) "La diffusione delle pratiche digitali nella psicoterapia sistemica: lo stato dell'arte in Europa e oltre, pp. 37-60 in vol. *La clinica e il web* di Manfrida G., Albertini V., Eisenberg E. Franco Angeli- 2020 Milano
- Chester &Glass C.A. (2006), "Online counselling a descriptive analysis of therapy services on the internet", *British Journal of Guidance & Counselling* 34,2, pp145-160.
- Cook J. &Doyle (2002) "Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy:preliminary results", *Cyber Psychology and Behaviour*,5, 2, pp.95-105
- Di Caprio E.L. (2020), *L'appartenenza virtuale ai legami-* Luigi Guerriero Ed.Napoli
- Gritti P., Di Caprio E.L., Resicato G., *L'approccio alla famiglia in Psico-Oncologia*, in riv. NOO5, Maggio-Agosto 2011: (pp115-135). Il Pensiero Scientifico Editore.
- Vallario L. (2020), *Lo schermo che cura-* Luigi Guerriero Ed. Napoli
- Van Straten, Cuijpers & Smits N, (2008) "Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress; randomized controlled trial". *Journal of Medical Internet Research*, 25,10:p 1.

Sitografia:

- Caroppo et al. (2001). *Progetto V.I.T.A.: Studio pilota per interventi psichiatrici e psicoterapeutici in telemedicina. PSYCHOMEDIA Telematic Review*, www.psychomedia.it/pm/pt/olpsy/caroppo.htm
- Nesci, D.A. *Psicoterapia Multimediale: video-intervento da Pasadena Doppio Sogno*, dicembre 2014, Dicembre 2014 Nesci

LA CULTURA DEL BENESSERE IN PSICO-ONCOLOGIA IN UN’OTTICA PNEI (PSICO- NEURO- ENDOCRINO-IMMUNOLOGIA)

Luciana Murru

Psicologa Psicoterapeuta, Consigliere SIPO Sezione Lombardia

Il cambio di paradigma

Affrontare il tema del benessere in oncologia attraverso la lente della Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI) ancora oggi può essere definito uno sguardo rivoluzionario.

Perché si può utilizzare un’espressione così forte?

È una esagerazione?

Siamo davanti ad una arbitraria forzatura?

All’uso di una parola in qualche modo eccessiva?

Nella lingua italiana con la parola rivoluzione si intende parlare di un fenomeno, di tipo sociale, relazionale, politico, meteorologico, civile ecc., caratterizzato da una trasformazione radicale.

Un sistema dove si osserva il rovesciamento di un ordine, l’apparire di un nuovo codice che cambia, muta, rinnova la realtà pre-esistente.

La rivoluzione indica un sovvertimento, un cambio di paradigma.

Personalmente credo che la parola rivoluzione possa essere pienamente utilizzata perchè nella scienza della salute la PNEI rappresenta qualche cosa di innovativo, moderno e chiarificatore sul funzionamento del fenomeno umano che può essere capito sempre di più in tutta la sua complessità. Qual è l’informazione più importante che ci arriva dalla PNEI e per quale ragione ancora oggi possiamo affermare che è così innovativa e rivoluzionaria?

L’informazione più importante che ci arriva da questa disciplina è che l’essere umano funziona come un network, cioè un circuito dove i sistemi fisici e psichici sono in continua interazione tra di loro e che nel loro insieme interagiscono con il mondo esterno in un rapporto bidirezionale.

Basti pensare per esempio agli effetti della povertà economica e culturale sullo sviluppo del cervello, degli stili di vita sul metabolismo e dello stress sul sistema immunitario.

Francesco Bottaccioli, considerato il maggior rappresentante in Italia, di questa disciplina lo afferma in modo molto chiaro quando scrive *“con la PNEI si ha il superamento della separazione tra cultura e natura; tra scienze dello spirito e scienze della natura tramite la dimostrazione, basata su solide verifiche sperimentali e osservazionali, che la dimensione culturale comunica con la dimensione biologica e che entrambe si influenzano vicendevolmente”* (1).

In poche parole è come se la vita fosse inserita continuamente all’interno di processi comunicativi che si chiamano *“parole”* se consideriamo l’interazione degli esseri umani con i loro simili e neurotrasmettitori, citochine (con tutte le varie popolazioni: interleuchine, chemochine, emopoietine, interferoni, fattori di crescita ecc.) e ormoni se consideriamo il linguaggio degli organi tra di loro.

Siamo immersi in continui processi comunicativi che avvengono a un livello macro e micro della realtà che ci caratterizza.

Processi cioè che interessano la singola cellula e l’intero sistema.

Con la PNEI siamo davanti ad un modello di ricerca e di interpretazione della salute e della malattia dove i sistemi psichici e biologici si condizionano reciprocamente e in modo continuo.

Tutto questo ci permette non solo di andare oltre tra contrapposizione tra *res cogitans* e *res extensa* di cartesiana memoria, ma anche tra la disciplina medica e quella psicologica, considerate da sempre come due ambiti della scienza separati e indipendenti tra di loro.

“Siamo tutti consapevoli del pregiudizio costruito nell’idea occidentale secondo cui la mente è totalmente nella testa, una funzione del cervello – afferma Candace Pert, considerata da molti come la ragazza d’oro delle neuroscienze. In realtà, scrive in uno dei suoi libri di maggior successo, Molecole di emozioni: “La mente si manifesta in varie parti del corpo e i neuropeptidi con i loro recettori sono i substrati delle emozioni che sono in comunicazione continua con il sistema immunitario il meccanismo attraverso il quale si crea salute e malattia” (2).

A questa visione sul funzionamento dell’essere umano è da aggiungere l’altra nozione che ci arriva dall’epigenetica secondo cui tutti gli eventi consci ed inconsci si traducono in segnatura epigenetica che modula l’espressione dei geni condizionando la normale attività dell’essere umano.

L’informazione che ci arriva dalla PNEI e dall’epigenetica ci descrive quindi un essere umano caratterizzato da un continuo flusso di informazioni interno ed esterno.

Un corpo vivo, attraversato da pensieri ed emozioni Un corpo che pensa, si emoziona, soffre, spera e gioisce.

Un corpo influenzato dalla qualità delle relazioni che accadono in un qualunque contesto: familiare, sociale e sanitario.

Possiamo affermare che questo concetto sia presente nelle pratiche sanitarie?

Sicuramente in molti contesti lo è e le relazioni tra malati e operatori sanitari sono buone e contenitive.

Gli ospedali sono pieni di medici e infermiere in grado stare dentro vere relazioni di aiuto.

In molti contesti però questo non accade e la visione del corpo umano è ancora quello di un corpo materia, scomponibile in parti, organi e funzioni.

Un corpo macchina spersonalizzato e senza anima.

Un corpo numero.

Sicuramente la formazione universitaria dei medici è ancora abbastanza improntata a questo modello ma c'è anche di più.

C'è una questione simbolica a cui tutti facciamo riferimento.

Messaggi che agiscono in modo più o meno inconscio sulla mente non solo di chi esercita una qualche professione di aiuto ma sui cittadini in generale.

Mi riferisco al logo utilizzato dal ministero per la formazione continua nelle pratiche sanitarie.

Sappiamo che l'immagine utilizzata come logo corrisponde ad una sezione di un quadro di Rembrandt intitolato *“la lezione di anatomia del Dott. Tulp”*.

La scena rappresenta una indagine necroscopica condotta dal medico in questione, su un giustiziato e da una serie di altri medici che guardano ciò che si sta compiendo.

La potenza di questa immagine è sicuramente quella associata alla nozione di *sguardo*, perché è come se ci venisse ricordato che l'atto del guardare è fondamentale in un processo terapeutico.

Guardare significa vedere, discernere, capire, intuire.

Significa mettere l'altra persona nella condizione di *“sentirsi sentito”*.

Se tutto questo è vero, perché lo sguardo presente nel logo ECM è uno sguardo su un corpo morto?

Il gruppo dei medici di Amsterdam che Rembrandt riprende, sono intenti a scrutare, osservare un corpo che è nella rigidità cadaverica.

Un uomo i cui processi vitali sono terminati e dove è possibile osservarlo solo come una macchina inerte.

Un essere umano non più in relazione ma presente solo come ossa, muscoli e varie cellule che hanno interrotto i loro processi vitali.

Infatti il Dott. Tulp, dopo aver tolto la pelle dal braccio clampa e stira un tendine, descrivendone il movimento conseguente, ma tutto questo sarebbe ovviamente impensabile da fare su un essere vivente.

Perché tutto questo?

Ancora oggi è come se il simbolico, il paradigma, per certi aspetti *“la legge”* ci riporta all'interazione di cura dove uno agisce e l'altro è passivo, uno *offre* la sua specialità e l'altro è inerte e non reattivo.

Sappiamo molto bene che tutto questo non corrisponde al vero perché ogni relazione è fatta di uno scambio che può attivare processi di cura oppure di in-curia, può essere terapeutica oppure tossica, può indurre meccanismi legati al fenomeno del placebo oppure del nocebo.

In poche parole in ogni relazione (e ancor più in quella tra un curato e un curante) i due interagenti riempiono di senso ciò che sta accadendo e rendono unico, complesso, irripetibile e, per certi aspetti misterioso, quanto sta accadendo.

In questo senso credo che la parola rivoluzione associata alla PNEI sia la più congruente.

La malattia oncologica e lo stress

Senza dubbio possiamo affermare che la malattia oncologica è associata a notevoli livelli di stress.

È stressante la diagnosi, sono stressanti le terapie, sono stressanti i controlli e in generale la vita che diventa così legata all'istituzione sanitaria, certe volte, con tutte le sue disfunzioni.

In qualche modo nessun essere umano passa indenne da questa esperienza che sollecita una delle emozioni più primitive e potenti: la paura.

Questa emozione è già presente come circuito neurale già al momento della nascita ed è priva di oggetto (3).

Solo in un secondo momento si connette al mondo reale attraverso l'apprendimento condizionando il modo stesso di vivere il mondo.

In tutti gli animali, sia quelli della scala biologica inferiore che superiore, la paura genera uno stato negativo da cui si vuole scappare.

Cosa significa lo stress da un punto di vista neuro-biologico?

Che cosa accade in un organismo quando è sottoposto ad eventi sollecitanti negativi cioè a quelli che in letteratura vengono indicati con la parola *distress*? (gli eventi sollecitanti positivi vengono indicati con la parola *eustress*)

Quali organi entrano in funzione?

Quali sostanze vengono prodotte?

Già le ricerche di Hans Selye, nei primi anni del secolo scorso, dimostrarono la correlazione tra aree centrali del cervello e quelle periferiche attraverso il sistema Ipotalamo-Ipofisi-Surrene.

La condizione di *distress*, scrisse il grande medico austriaco candidato al Nobel, porta alla secrezione di corticosteroidi che hanno un impatto sul resto dell'organismo provocando per esempio ulcere peptiche, ingrossamento delle ghiandole surrenali e atrofia dei tessuti del sistema immunitario (4).

Negli anni 70 del secolo scorso, Ugo Basedovsky, fisiologo tedesco dell'Università di Marburg in Germania, dimostrò che la reazione di stress, con l'aumento della produzione di cortisolo da parte delle ghiandole surrenali, causava una soppressione della risposta immunitaria (5).

Qualche anno dopo il lavoro di U. Basedovsky, un altro fisiologo, Edween Blalock, dell'Università di microbiologia dell'Università del Texas, dimostrò che i linfociti, cellule del sangue che rappresentano insieme ai monociti e ai macrofagi, il nucleo centrale delle risposte immunitarie acquisite, hanno sulla loro membrana recettori per gli ormoni e per i neurotrasmettitori prodotti dal cervello e nello stesso tempo sono in grado di rispondere a queste sostanze attraverso la produzione di proprie molecole.

In poche parole, i linfociti hanno come delle “*antenne*” che captano i messaggi del cervello e contemporaneamente sono in grado di produrre *parole* sotto forma di sostanze chimiche chiamate *citochine*, che a loro volta impattano l'organismo in vario modo.

Queste sostanze sono diverse e possono avere una funzione infiammatoria o anti-infiammatoria. Numerosi studi hanno accertato che queste molecole prodotte e rilasciate dalle cellule immunitarie in corso di infiammazione e stress cronico, viaggiando attraverso il sangue o grandi nervi cranici come il nervo Vago, giungono fin dentro il cervello influenzando gli stati psichici come l'ansia, la depressione ed anche le attività biologiche come febbre, fame o senso di sazietà (6).

Altre indagini molto interessanti sono state condotte da Robert Sapolsky, neurobiologo docente all'Università di Stanford in California, che ha dimostrato come l'alterazione dell'asse dello stress e la sovrapproduzione di cortisolo può causare atrofia in un'area del cervello fondamentale per la memoria: l'ippocampo (7).

In generale possiamo affermare che la disregolazione del sistema dello stress sollecitato da trauma e da eventi stressanti altera il funzionamento del sistema immunitario.

In particolare però è necessario sottolineare che questo è evidente soprattutto quando lo stress è cronico e che interessa soprattutto la risposta immunitaria dei Linfociti T (chiamati così perché maturano nel Timo) che hanno un ruolo centrale nella immunità cellulo-mediata.

Lo stress prima e dopo la diagnosi

Lo stress è sempre qualche cosa di oggettivo: la diagnosi di una malattia, un lutto, un licenziamento, un grave incidente stradale, un terremoto, una inondazione e così via sono senza dubbio eventi osservabili, quantificabili e oggettivamente importanti.

Tuttavia il senso della minaccia è sempre soggettivo. Qualunque evento deve essere iscritto all'interno del modo in cui il soggetto percepisce sé stesso in relazione al mondo.

Tutto questo significa che lo stress per gli esseri umani è sempre una rappresentazione dello stesso. Cioè la diagnosi di una malattia oncologica è sicuramente stressante ma, per capire appieno il suo impatto, dobbiamo sempre inscrivere alla storia biografica del soggetto. In poche parole esiste una minaccia fisica e una minaccia concettuale e non necessariamente le due cose si sovrappongono.

Quindi possiamo concludere che per gli umani il problema non è la minaccia in sé ma l'attribuzione di significato operata su quell'evento stesso.

Tutto questo per introdurre le domande: *che rapporto c'è tra lo stress e la comparsa di un tumore? Che rapporto c'è la diagnosi di una malattia, lo stress conseguente e la sua progressione?*

Il legame tra lo stress e la comparsa del cancro offre evidenze abbastanza forti nelle sperimentazioni sugli animali dove si osserva una crescita più invasiva delle cellule tumorali nei topi sottoposti a vari tipi di stress (8), tuttavia lo stesso non può essere affermato per gli esseri umani.

Questo è abbastanza intuitivo se pensiamo, quanto scritto precedentemente e cioè che per gli esseri umani il problema non è l'evento in sé ma la rappresentazione dello stesso.

Le ricerche sugli animali mostrano un coinvolgimento del sistema immunitario nelle varie fasi della malattia: inizio, crescita e metastatizzazione soprattutto attraverso il coinvolgimento del circuito immunitario chiamato Th1 che è orientato prevalentemente in senso citotossico.

Quel sistema cioè in grado di arrecare un danno alla cellula (9).

Se il legame tra stress e comparsa della malattia offre evidenze deboli (anche se la depressione, il senso di isolamento e le esperienze avverse durante l'infanzia sono correlate alla comparsa di malattie di vario tipo e meritano sicuramente ulteriori approfondimenti), quello successivo alla diagnosi, alle terapie e alla progressione della malattia fornisce evidenze più interessanti da analizzare.

Innanzitutto è da riconoscere che la diagnosi oncologica nella maggior parte dei casi coincide con una esperienza molto stressante che da un punto di vista biologico corrisponde ad un aumento della produzione delle catecolamine (adrenalina e noradrenalina) e del cortisolo ponendo una questione interessante sulla gestione della sofferenza psichica.

Già Carl Simonton, negli ultimi decenni del secolo scorso, aveva sottolineato che i pazienti che seguivano i protocolli di riduzione dello stress manifestavano un tempo di vita superiore alla sopravvivenza attesa.

Da più parti le sue osservazioni erano state criticate e fortemente messe in dubbio, in primo luogo per l'assenza di sperimentazione clinica su quanto affermato. In anni più recenti il rapporto tra stress, tecniche di rilassamento e progressione della malattia, è stato affrontato in primo luogo da David Spiegel, psichiatra della Stanford University, che ha dimostrato come il gruppo di donne con tumore metastatico trattate con queste tecniche manifestava un tempo di sopravvivenza doppio rispetto a quelle non trattate (10).

Lo studio di Barbara L. Andersen, dell'Università Columbus dell'Ohio, condotto su 227 pazienti con tumore mammario evidenzia che la recidiva di malattia era presente nel 29% delle pazienti che partecipavano al protocollo sperimentale e nel 33% in quelle di controllo (11).

Questo studio, piuttosto accurato, merita di essere spiegato ulteriormente.

Le pazienti, subito dopo l'intervento chirurgico, erano state suddivise in due gruppi.

Il gruppo sperimentale seguiva un programma che si sviluppava in una seduta settimanale nei primi 4 mesi e successivamente in un incontro mensile per i successivi 8, mentre quello di controllo eseguiva soltanto le terapie standard.

Complessivamente al gruppo sperimentale veniva offerto un programma di 26 sedute per un totale di 39 ore di lavoro psicologico.

Sostanzialmente l'intervento clinico durava 1 anno e venivano insegnate tecniche di rilassamento, proposto un cambio di stile di vita con aumento dell'attività fisica, un'alimentazione più salutare, l'abolizione delle sigarette e dell'assunzione di alcool, supporto psicologico e individuazione di strategie familiari e comportamentali più funzionali.

Tutti i 227 pazienti sono stati monitorati per un tempo di 160 mesi, cioè quasi 14 anni.

Si tratta quindi di uno studio longitudinale dove i controlli avvengono continuamente in un tempo piuttosto lungo.

In particolare al termine dell'anno di intervento psicologico tutti venivano sottoposti ad esami ematici, mammografia e visite mediche ogni 6 mesi per i primi 5 anni di follow up e ogni anno successivamente.

Al controllo mediano effettuato dopo 11 anni le donne che avevano avuto una recidiva erano 33 nel gruppo sperimentale mentre erano 62 in quello di controllo.

Le donne decedute erano 24 nel gruppo sperimentale e 30 in quello di controllo.

In conclusione, le ricercatrici sottolineavano che il gruppo che aveva seguito il protocollo di miglioramento della qualità di vita e di riduzione dello stress aveva avuto una minore frequenza di recidiva e una sopravvivenza maggiore rispetto al gruppo di controllo.

Il modo in cui la gestione dello stress cambia l'assetto immunitario è stato l'oggetto di uno studio condotto da Linda Witek-Janusek e i suoi collaboratori, presso l'Università Loyola di Chicago.

L'intervento in questione aveva riguardato 75 donne con un tumore al seno suddivise in due gruppi: uno seguiva un programma di mindfulness così come descritto da J. Kabat Zinn mentre l'altro fungeva da controllo.

Il gruppo di intervento si strutturava nell'arco di 8 incontri con l'uso di tecniche meditative, compiti da eseguire a casa, audiocassette, una giornata intensiva di gruppo e la lettura del libro di J. Kabat Zinn *Full catastrophe living* (tradotto in italiano con il titolo *Vivere momento per momento*).

Entrambi i gruppi erano stati sottoposti ad una valutazione dei parametri immunitari dieci giorni dopo l'intervento chirurgico. In entrambi i gruppi si era riscontrata una riduzione dell'attività delle cellule *Natural Killer*, nella produzione di interferone gamma, un aumento delle interleuchine 4, 6, e 10 (conosciute notoriamente come infiammatorie) e del cortisolo plasmatico.

Per intenderci entrambi i gruppi manifestavano livelli di stress molto elevati evidenziati anche dai marcatori biologici.

Le rilevazioni fatte a 4 mesi dall'inizio del protocollo, alla fine del corso e dopo un ulteriore mese, hanno evidenziato che le donne che avevano seguito il protocollo di intervento psicologico avevano ristabilito i livelli di *Natural Killer*, di citochine e ridotto i livelli di cortisolo; al contrario di quelle del gruppo di controllo che continuavano a mostrare continue riduzioni dei *Natural Killer*, dell'interferone gamma e un aumento delle interleuchine 4, 6 e 10.

Inoltre i due gruppi differivano anche per una migliore qualità di vita e una maggiore efficacia di coping a favore entrambi del gruppo sperimentale (12).

Infine una Cochrane review, pubblicata nel 2013, analizzando 60 studi randomizzati per valutare gli effetti psicologici sulle morbilità psicologiche, sulla qualità di vita e sulla sopravvivenza tra le donne con carcinoma non metastatico ha concluso che i vari interventi psicologici inducevano effetti favorevoli sull'ansia, la depressione e in generale sui disturbi dell'umore.

Tuttavia mancano, hanno scritto i ricercatori, prove certe di un miglioramento della sopravvivenza (13).

I dati di letteratura sembrano suggerire che se la sofferenza psicologica, successiva ad una diagnosi oncologica, non viene sufficientemente trattata è possibile andare incontro a problemi di peggioramento non solo psicologici ma anche prognostici.

Quest'ultimo è un tema estremamente interessante perché pone il problema dell'influenza della disregolazione immunitaria sulla progressione della malattia.

L'ipotesi è che l'incremento dei neurotrasmettitori dello stress (le catecolamine da una parte e il cortisolo dall'altra) possa da una parte causare un aumento della segnalazione di proliferazione cellulare (attraverso un aumento dei fattori di crescita e di alcuni enzimi) e dall'altra un aumento dei circuiti Th2 e Th17.

Queste ultime risposte anticorpali presenti in caso di batteri, funghi, allergie e reazioni a parassiti vari.

Risposta che non è adatta a distruggere le cellule alterate in senso oncologico.

In questo modo fondamentalmente si creerebbe uno sbilanciamento della risposta immunitaria provocando uno stato infiammatorio che favorisce lo sviluppo delle metastasi (14).

Dalla storia naturale del tumore sappiamo che una percentuale significativa di pazienti trattate sviluppa recidive in fase iniziale, a medio termine e a distanza.

La manifestazione tardiva della malattia metastatica è definita "dormienza".

Questa fase caratterizzata da cellule dormienti ma che possono risvegliarsi è regolata da interazioni molto complesse tra le cellule disseminate e il microambiente in cui risiedono.

Il micro ambiente, cioè quello spazio che circonda le cellule, è a sua volta influenzato dall'ospite e in particolare dallo stato infiammatorio dei tessuti, dalla reattività immunitaria che a loro volta sono condizionati dallo stile di vita, dall'alimentazione, dall'attività fisica e così via (15).

In conclusione si torna pertanto al concetto iniziale di network: la vita è un continuo fluire tra diverse variabili in continua interazione tra di loro.

Quali possibili interventi clinici?

Sicuramente i malati oncologici hanno necessità di un contesto psicologico all'interno del quale affrontare tutti i temi che la malattia sollecita.

L'obiettivo di tutti gli interventi sia quelli più specialistici in senso psicoterapeutico ma anche quelli orientati più in generali al benessere hanno come obiettivo comune riportare il paziente all'interno del costrutto di finestra di tolleranza descritto da Daniel Siegel (16).

Lo psichiatra americano utilizza questo costrutto per fotografare quello spazio immaginario all'interno del quale il tono di attivazione neurofisiologico oscilla nel tempo.

Fondamentalmente la nostra vita è collocata all'interno di livelli di attivazione che subiscono fluttuazioni legate all'ambiente, all'individuo e all'interazione tra gli stessi.

Le sollecitazioni possono portare un individuo ad uscire dai limiti della finestra e condurre la mente ad una condizione difficile da gestire.

In poche parole in che modo si può aiutare un malato oncologico ad affrontare la diagnosi, le terapie ed i controlli?

Sicuramente è necessario un lavoro psicologico/psicoterapeutico specifico ma sono necessari anche tanti altri interventi che pur non configurandosi strettamente in questo modo si rivelano altrettanto efficaci.

Per concludere questa relazione intendo presentare una importante iniziativa proposta e gestita dalla LILT (Lega Italiana per La Lotta Contro i Tumori) di Milano sotto la direzione di Martina Busi e del coordinamento di Nadia Fontana.

L'iniziativa in questione si chiama *Spazio Parentesi* e si propone come un centro di prevenzione terziaria per la promozione del benessere rivolto a pazienti oncologici, ex pazienti e ai loro caregiver (17).

Le iniziative proposte possono essere suddivise in: attività rigenerative, formative, webinar scientifici, corso per care givers e supporto psicologico.

Attività rigenerative

Le varie attività proposte partono dal presupposto che il tempo di vita può essere ripensato e assumere una connotazione diversa rispetto a quelle associate alla malattia. I pazienti (e anche i loro familiari) possono partecipare alle seguenti attività che inducono senza dubbio effetti benefici sia da un punto di vista fisico che psichico.

Le seguenti attività proposte, sono condotte da professionisti qualificati, e possono essere seguite, dai malati e dai loro familiari, sia in presenza che da remoto.

- **Pittura** condotto da Valentina Garbagnati
- **Tai Chi Chuan e Qi Gong** condotto da Andrea Ilari
- **Pratiche Meditative** condotto da Luciana Murru
- **I Viaggi di Spazio Parentesi** condotto da Luciana Murru
- **Yoga** condotto da Eleonora Ravazzani
- **Movimento Posturale** condotto da Eleonora Ravazzani
- **Il Circolo dei Lettori** condotto da Giordana Sborea
- **Rilassamento consapevole** condotto da Monica Rosina
- **Tangle Art (arte grafica meditativa)** condotto da Susanna Anna Redaelli
- **Coccole estetiche** condotto da Simonetta Marchetti
- **Webinars "Parliamo d'Arte"** condotto da Carlo Catiri

Attività Formative

Gruppo psicoeducazionale chiamato "*Mi prendo cura di me*" che consiste in 12 ore di intervento suddivise tra: educazione al movimento (8 ore), educazione alla nutrizione (4 ore) e al benessere psicologico (4 ore).

Il programma prende spunto dal modello adottato da UPMC (University of Pittsburgh Medical Center), il centro medico dell'Università di Pittsburgh, ed è condotto da Francesca Damen (psicologa), Massimo Angelone (personal trainer) e Vittoria Frua (docente di Yoga).

Il gruppo chiamato *Imparare la resilienza*, suddiviso in un corso base di 8 incontri, a cadenza quindicinale della durata di 2 ore ciascuno ed un altro di approfondimento della durata di 3 ore a cadenza mensile per 9 mesi.

Entrambe le iniziative teorico/esperienziali intendono esplorare i meccanismi psicologici che sottostanno alla capacità di far fronte mentalmente ed emotivamente alla condizione di crisi suscitata dalla malattia ed è condotto da Luciana Murru.

Questa importante iniziativa che si pone come una realtà quasi unica nel panorama italiano è reso possibile dall'attenzione della LILT verso la promozione della salute e del suo mantenimento nei malati oncologici che attraversano un momento così complicato della loro vita.

È un servizio quanto mai importante nel panorama italiano così carente di servizi psiconcologici, ed è possibile grazie al coinvolgimento di un gran numero di persone con varie specialità.

Webinar scientifici.

Sono momenti organizzati insieme a professionisti ed esperti del settore, su temi relativi alla prevenzione oncologica, in particolare relativi alla prevenzione terziaria e all'alimentazione.

Su quest'ultimo tema, l'accento viene posto sugli alimenti che possono essere di aiuto nel ridurre l'impatto delle terapie e nel superare diverse fasi e disturbi (nausea, dimagrimento/aumento ponderale eccessivo).

Altri interventi riguardano i fattori di rischio, con particolare attenzione al Codice Europeo contro il cancro, gli stili di vita e la diagnosi precoce.

Corso per caregiver

Il primo corso LILT rivolto a caregiver informali di pazienti oncologici, per supportarli nell'affrontare con maggior competenza tutte le fasi della malattia e gli aspetti critici della cura, con particolare attenzione agli aspetti emotivi, relazionali, ma anche pratici e organizzativi.

I temi trattati vanno dai diritti dei pazienti e dei caregiver, ai loro bisogni psicologici, all'assistenza domiciliare e alla rete territoriale dei servizi, alle cure palliative, ma anche alla nutrizione, alla riabilitazione e alla spiritualità.

Supporto psicologico

Lo sportello psicologico ha l'obiettivo di supportare i pazienti oncologici nella fase di follow up per promuovere il benessere mentale del paziente.

L'intervento ha infatti un focus preciso che riguarda l'acquisizione di consapevolezza e di attivazione di risorse personali nella fase successiva alla terapia attiva, che per alcuni pazienti può essere molto critica.

Bibliografia:

- (1) Francesco Bottaccioli, Anna Giulia Bottaccioli, *Epigenetica e PsicoNeuroEndocrinolImmunologia*. Ed Edra.
- (2) Candace Pert, *Molecole di emozioni*. Ed Tea.
- (3) Jaak Panksepp, *Archeologia della mente: origini evolutive delle emozioni umane*. Cortina ed.
- (4) Hans Selye, *The stress of life*. McGraw-Hill ed.
- (5) Ugo Basedowsky, *immunoregulatory feedback between interleikin-1 and glucocorticoid hormones*. *Science* 233, 652-654.
- (6) Edwin Blalock, *Neuroimmunoendocrinology*. Ed Karger.
- (7) Robert Sapolsky, *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*, 1992.
- (8) P. H. Thaker, *chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma*. *Nature Medicine*, 12:939-944.
- (9) P. H. Thaker, S. Lutgendorf. *The neuroendocrine impact of chronic stress on cancer.* *Cell Cycle*.6,4.430-433. (2007).
- (10) Spiegel D., Butler L. D., Giese-Davis J., et al. *Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: A randomized prospective trial*. *Cancer*. 2007;110: 1130–1138.
- (11) Barbara L. Andersen et al, *Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial* *Cancer*. 2008 December 15; 113(12): 3450–3458.
- (12) L. Witek Janusek: *Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: A randomized trial with active control*. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2019, 358-373
- (13) G. A. Jassim, *Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 8: (5).
- (14) Francesco Bottaccioli, Anna Giulia Bottaccioli, *Epigenetica e PsicoNeuroEndocrinolImmunologia*. Ed Edra. Pag 147.
- (15) L. Ruggeri et al, *Host-Related Factors in the Interplay among Inflammation, Immunity and Dormancy in Breast Cancer Recurrence and Prognosis: An Overview for Clinicians*. *Int J Mol Sci*. 2023 Mar; 24(5)
- (16) Daniel Siegel, *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Cortina.
- (17) <https://www.legatumori.mi.it/fai-prevenzione/spazio-parentesi/>

PSICO-ONCOLOGIA DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

Paolo Gritti

Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli” - Past President SIPO - Comitato Scientifico ROPI

La Psico-Oncologia nasce nel secondo dopoguerra con l'intento di comprendere i riflessi psicologici delle malattie oncologiche per il paziente nonché per elaborare programmi di sostegno psicologico in ciascuna delle fasi di malattia.

Solo successivamente studi e ricerche in ambito Psico-oncologico si interrogano sulle conseguenze della malattia per i caregivers e, nello specifico, dei congiunti del paziente.

Tale orientamento compare nella letteratura scientifica sul tema non prima di quattro decenni orsono. A mia conoscenza, il primo contributo organico di Psico-Oncologia che esplora i riflessi interpersonali delle malattie oncologiche si deve a Camille Wortman e Christine Dunkel-Schetter.

Fra il 1979 ed il 1982 le autrici pubblicano due articoli sulle dinamiche interpersonali che caratterizzano le malattie neoplastiche a partire da una cornice sociologica (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979; Dunkel-Schetter & Wortman, 1982).

Nello specifico, le autrici descrivono gli effetti del cancro sulle relazioni interpersonali del paziente e l'impatto finale di queste relazioni sull'adattamento emotivo del paziente alla malattia.

Esse si soffermano sul tema delle paure e delle incertezze che si sviluppano nel tentativo congiunto della famiglia di affrontare la diagnosi; il loro bisogno di chiarimenti e di sostegno; le difficoltà che impediscono di ricevere convalida e sostegno dagli altri.

Sono anche descritte le reazioni degli altri nei confronti del paziente come esito di un conflitto tra i loro sentimenti nei confronti della malattia, che sono prevalentemente negativi, e le loro convinzioni sui comportamenti appropriati da tenere quando interagiscono con lui.

Questo conflitto si tradurrebbe in risposte comportamentali che involontariamente danneggiano il paziente, tra cui l'evitamento fisico, la rinuncia ad un dialogo aperto sulla malattia e le discrepanze tra i comportamenti della famiglia.

Sulla scorta di queste preliminari considerazioni, un numero crescente di contributi teorico-clinici si annoverano negli anni successivi.

Un successivo, influente, contributo di Northouse (1985) esamina la letteratura sull'impatto del cancro sulla famiglia.

Egli identifica i problemi specifici che i familiari devono affrontare durante la malattia del paziente. Durante le prime fasi del cancro, i familiari possono sentirsi estranei alle cure, avere difficoltà a relazionarsi con il personale sanitario e soffrono un significativo disagio emotivo.

Durante il periodo di adattamento, i familiari lottano con i cambiamenti dello stile di vita, provano a contemperare le esigenze del paziente con le loro attività quotidiane e con l'incertezza per il futuro.

Durante il periodo terminale, i familiari sopportano tensioni di ruolo, problemi di comunicazione sulla morte e sentimenti di perdita.

Infine, Northouse segnala che le ricerche precedenti su questo tema hanno sofferto di difetti metodologici, come l'ascolto di un unico interlocutore per l'intera famiglia.

A mio giudizio il contributo più ampio e documentato sul tema si deve a Lea Baider (2000).

In esso è descritto, in modo esaustivo, lo stato delle conoscenze sulle tematiche familiari in oncologia accreditandone la pregnanza ai fini terapeutici.

Solo successivamente compaiono contributi organici che provano ad esplorare la interdipendenza relazionale fra paziente e familiari. Rolland (2005), presenta un modello psicologico integrato denominato "*Family Systems Illness (FSI)*" per affrontare le sfide e lo stress del cancro all'interno delle famiglie.

Il modello offre una mappa psicologica per comprendere il percorso della malattia nel contesto della famiglia, considerando l'evoluzione della condizione di salute nel tempo, il ciclo di vita della famiglia e i sistemi di credenze.

Il modello FSI, basato su esperienze cliniche con oltre 800 famiglie, sottolinea le opportunità di resilienza e crescita nella esperienza del caregiving in oncologia, accanto ai rischi e le vulnerabilità connessi con il prendersi cura del paziente. Il modello classifica le malattie croniche in base alle loro esigenze psicologiche e sociali, prendendo in considerazione l'insorgenza, il decorso, l'invalidità e il livello di incertezza.

Distingue tre fasi principali della malattia: crisi, cronica e terminale, ognuna con compiti di sviluppo specifici per la famiglia.

Durante la fase di crisi, le famiglie devono affrontare la malattia in termini pratici ed emotivi, e riadattarsi a questa nuova esperienza.

Nella fase cronica, la famiglia deve gestire il lungo periodo di convivenza con la malattia e mantenere un senso di normalità.

Nella fase terminale, la famiglia deve affrontare la morte imminente e il processo di lutto.

Il modello FSI enfatizza l'importanza delle credenze familiari e dei sistemi di coping multigenerazionali, che possono influenzare il comportamento e l'adattamento alla malattia.

La conformità a norme culturali, le credenze sulla salute e la malattia, e le attribuzioni di causa sono aspetti cruciali per comprendere come le famiglie affrontano il cancro.

Esso sottolinea l'importanza di considerare l'interazione tra lo sviluppo della malattia, lo sviluppo individuale e lo sviluppo familiare, nonché l'influenza delle dinamiche familiari e del supporto sociale sul comportamento di adesione e sul decorso della malattia. Il modello fornisce una struttura per valutare e intervenire con le famiglie in modo da supportarle nel loro percorso con il cancro, promuovendo la resilienza e la capacità di affrontare le sfide che si presentano lungo il cammino.

Uno sguardo di insieme di queste ricerche consente, oggi, di registrare un significativo cambio di paradigma che, partendo dalla ipotesi della assenza di qualsivoglia interazione significativa fra paziente e caregivers, ne riconosce poi la frequenza ed il valore esplicativo per giungere, infine, a considerare le dinamiche psicologiche del paziente e dei familiari come fenomeno unitario (Carolan, Smith & Forbat, 2015).

Una prima conseguenza del viraggio interpersonale della Psico-Oncologia consiste nella elaborazione di specifici costrutti descrittivi della interdipendenza psicologica fra paziente e caregivers familiari. Il più rilevante fra essi è denominato come “*Spillover effect*”, “*Crossover effect*” o “*Ripple effect*”.

Con tali espressioni si descrivono le reazioni di distress che, sperimentate dal paziente, influenzano il gradiente di distress dei caregivers, soprattutto da quelli che condividono con lui l'ambiente domestico.

Il “*Caregiving Effect*” consiste nel carico emotivo e strumentale che grava su una persona che offre assistenza al paziente, effetto indiretto della malattia del paziente.

Il “*Family Effect*”, al contrario, descrive i problemi di salute psicologica o somatica che una persona può manifestare a causa del fatto che un familiare è malato, a prescindere dal suo status di caregiver, effetto diretto della salute del paziente sulla salute dei familiari.

Infine, per “*Liminality Effect*” si intende l'ambiguità o disorientamento identitario che si manifesta nella persona o in un gruppo di persone nel corso di una transizione esistenziale come, ad esempio, nella condizione di malattia grave, cronica o a prognosi infausta.

In secondo luogo, tali studi hanno evidenziato la interdipendenza fra salute somatica e psicologica del paziente e dei caregivers (Streck et al., 2020).

Tale reciprocità di effetti somato-psichici sul sistema relazionale costituito da paziente e familiari è stata efficacemente descritta con la espressione “*we disease*” (Kayser, Watson & Andrade, 2007).

Stenberg et al. (2010) riassumono le conoscenze sugli effetti della malattia sui caregivers.

Essi sperimentano problemi sociali, emotivi e di salute; si sentono non apprezzati e lottano con il sistema sanitario; hanno bisogno di informazioni sulla malattia, sui trattamenti e sui servizi di supporto; segnalano ansia, depressione e stanchezza come problemi emotivi frequenti; affrontano le sfide legate alle responsabilità di assistenza e al mantenimento del proprio benessere.

Fletcher et al. (2012), propongono un modello concettuale dell'esperienza di cura familiare del cancro, basato su ricerche condotte dal 2000 al 2010.

Il modello ha tre dimensioni principali: il processo di stress, i fattori contestuali e la traiettoria del cancro. Il processo di stress include stressors primari e secondari, valutazione cognitiva e risposte cognitive e comportamentali.

I fattori contestuali comprendono le caratteristiche personali e sociali, la personalità, il sostegno sociale e la qualità della relazione.

La traiettoria del cancro si riferisce al corso della malattia e del trattamento nel tempo, che può procedere verso la remissione o verso le cure palliative e il lutto. Il modello considera la congruenza e l'influenza reciproca come concetti chiave.

Questo approccio riconosce che l'esperienza del cancro è condivisa da pazienti e caregivers con un impatto reciproco sul benessere di tutti.

In una revisione narrativa di studi qualitativi sulle conseguenze dell'assistenza familiare nei caregivers di pazienti oncologici, Rezaei et al. (2024) analizzano 23 articoli identificando sia gli esiti positivi (autogestione e bilanciamento, promozione dell'intimità familiare, scoperta di significato e scopo, crescita spirituale) che negativi (esaurimento fisico legato all'assistenza, interruzione dei piani di vita personale, conseguenze psico-emotive, fardello socio-economico) del caregiving.

Rezaei sottolinea come i caregivers familiari svolgano un ruolo cruciale nel supporto ai pazienti con cancro, ma spesso affrontino sfide significative che possono compromettere la loro salute e benessere.

Gli effetti positivi dell'assistenza includono la capacità dei caregivers di gestire lo stress attraverso atteggiamenti positivi, mantenere la speranza e imparare a modulare lo stress e la frustrazione.

La promozione dell'intimità familiare è un altro esito positivo; i caregivers riferiscono di aver stretto legami più forti con i membri della famiglia.

La scoperta di significato e scopo nell'assistenza è un'altra conseguenza positiva; i caregivers trovano soddisfazione nel prendersi cura dei propri cari e nel valorizzare i momenti passati insieme. Infine, la crescita spirituale è evidenziata come un risultato positivo, con i caregivers che rafforzano la loro relazione con il divino attraverso la fede e la preghiera.

D'altra parte, gli esiti negativi includono l'esaurimento fisico causato dall'assistenza, problemi di salute come il dolore e i disturbi del sonno nonché l'interruzione dei piani di vita personale a causa della priorità data alle esigenze del paziente.

Le conseguenze psico-emotive sono un'altra sfida significativa, con i caregivers che sperimentano una gamma di emozioni negative e preoccupazioni per il futuro. Infine, il fardello socio-economico è un'altra conseguenza negativa, con i caregivers che spesso affrontano problemi finanziari e di lavoro a causa della loro responsabilità di assistenza.

Sul fronte sociale, i caregivers possono isolarsi dalla loro rete di supporto per evitare di affrontare il tema della malattia o perché semplicemente non hanno più il tempo di mantenere relazioni sociali a causa delle loro responsabilità di cura.

Questo può portare a una riduzione del sostegno sociale e a una maggiore solitudine. In alcune culture, c'è anche la sfida aggiuntiva della stigmatizzazione del cancro, che può rendere difficile per i caregivers chiedere o accettare aiuto, preferendo invece affidarsi a sé stessi.

I familiari che si prendono cura di un paziente oncologico utilizzano variegate strategie di coping e risorse spirituali per affrontare il percorso di cura. Esse includono:

1. Autogestione e bilanciamento: i caregivers cercano di gestire i problemi e raggiungere un equilibrio nella loro precaria condizione esistenziale, applicando tecniche di autogestione e incrementando strategie di resilienza.
2. Promozione dell'intimità familiare: l'esperienza dell'assistenza può portare a una maggiore unità e solidarietà tra i membri della famiglia, con maggiori risorse di condivisione delle responsabilità di assistenza.
3. Scoperta di significato e scopo: i caregivers possono trovare soddisfazione nel prendersi cura dei propri cari e valorizzare il momento presente, guadagnando un senso di rilevanza e scopo nella loro vita.

Carolan, C. M., Smith, A., & Forbat, L. (2015) esaminano i fenomeni di distress familiare in ambito palliativistico.

Gli autori sostengono che i pazienti adulti in cure palliative e i loro familiari sperimentano un disagio psicologico e una morbilità psicopatologica significativi.

Il disagio del paziente si riverbera sul sistema familiare, nella premessa che un funzionamento relazionale più scadente all'interno delle famiglie è associato a un maggiore disagio psicologico.

La concettualizzazione del disagio come costruito sistemico è sostenuta da studi che hanno rivelato che il disagio di un membro della famiglia è correlato a quello degli altri e che il disagio, all'interno del sistema familiare, è influenzato dal funzionamento relazionale complessivo, dal coping negativo condiviso, dall'adattamento diadico, dal supporto operativo, dalla resilienza familiare e dagli stili comunicativi.

I programmi di intervento Psico-oncologico sulle relazioni familiari del paziente.

Ad oggi è possibile annoverare una ampia gamma di interventi di supporto psicologico congiuntamente rivolti al paziente e ai suoi familiari.

Tali interventi sono guidati da modelli teorico-clinici diversificati che fanno riferimento a costrutti psicodinamici, cognitivo-comportamentali e sistemico-relazionali (Gritti, 2012; Robinson et al., 2020).

A tale riguardo, Samuelsson et al., (2021) distinguono tre assi di interventi supportivi: una dimensione psico-educazionale orientata al sostegno dei bisogni relazionali e informativi insoddisfatti; una dimensione di empowering delle strategie di coping e delle competenze pratiche dei familiari del paziente; una dimensione più specificamente psicologica con il tramite di interventi di counselling o psicoterapia.

Di recente, Becquè et al., (2023) hanno valutato la efficacia degli interventi rivolti ai caregivers.

Di 32 studi empirici esaminati, 15 erano rivolti solo al caregiver elettivo, mentre 11 erano rivolti alla diade paziente-caregiver, 2 includevano tutti i suoi familiari e 4 erano rivolti a gruppi di pazienti e caregivers. 28 studi hanno evidenziato efficacia di risultato nella dimensione emotivo-affettiva (n.24), nelle performances quotidiane (n. 13) e nelle relazioni sociali (n.6).

Gli interventi individuali erano più efficaci nella dimensione emotivo-affettiva, gli interventi con la diade paziente-caregiver e con la famiglia erano più efficaci nella dimensione emotivo-affettiva e nelle relazioni sociali mentre gli interventi gruppali erano più efficaci per incrementare la qualità delle performances quotidiane.

I programmi di supporto psicologico ai familiari del paziente sono strutturati o nella versione del singolo incontro esplorativo, nella versione delle “*family conferences*” o dei “*family meetings*” (Gritti, 2015), oppure come interventi prolungati nel tempo sotto forma di counselling o psicoterapia.

Per quanto concerne, nello specifico, gli interventi terapeutici rivolti al gruppo familiare, secondo una prospettiva sistemico-relazionale, segnalo due accreditate proposte di letteratura.

La Terapia Medico-Familiare (MedFT), nasce dalla convergenza tra la Terapia Familiare e la Medicina di Famiglia.

La Terapia Medico-Familiare ha iniziato a svilupparsi negli anni '80 in risposta a diverse forze opposte: la frammentazione del sistema sanitario, la disconnessione tra gli operatori della salute mentale e quelli della medicina, la separazione del trattamento della mente da quello del corpo.

Essa si è trasformata da mero orientamento clinico negli anni '80, a contributo specifico alla letteratura di ricerca e a fondamento dei programmi di formazione (McDaniel et al 1992).

La terapia del lutto focalizzata sulla famiglia (FFGT) (Kissane, 2002), è un intervento limitato nel tempo che si è dimostrato efficace nell'aiutare le famiglie disfunzionali attraverso la promozione del funzionamento familiare, della comunicazione, della coesione e della gestione dei conflitti nella fase terminale della malattia.

La FFGT è efficace nel sostenere le famiglie che affrontano il cancro avanzato e il lutto. Aiuta a migliorare la comunicazione, a lenire la depressione e a promuovere la coesione all'interno della famiglia.

La terapia prevede specifiche fasi di coinvolgimento, valutazione e intervento.

La efficacia della FFGT è validata da numerosi studi empirici nel ridurre i sintomi depressivi e migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia.

Infine, per quanto concerne gli interventi focalizzati sulla diade paziente-caregiver, una revisione sistematica di Kleine et al. (2019) valuta l'impatto di tali interventi sul benessere psicologico e sulla qualità della vita dei partner e dei pazienti.

Sono stati selezionati gli studi focalizzati sull'aumento del benessere dei partner e sulla riduzione del loro disagio emotivo.

Essi erano rivolti al sostegno sociale, alla risoluzione dei problemi a breve termine, alla qualità della relazione di coppia, alle aspettative di ruolo, alla resilienza emotiva nonché alle strategie di coping. I risultati evidenziavano effetti positivi degli interventi sul sostegno sociale, sul disagio emotivo, sulla comunicazione, sulla crescita post-traumatica, sull'autoefficacia e sul coping.

Bibliografia:

- Baider L, Cooper CL, De-Nour K (eds) (2000): *Cancer and the Family* (ed 2). J. Wiley & Sons, Ltd.
- Becqué, Y. N., van der Wel, M., Aktan-Arslan, M., Driel, A. G. V., Rietjens, J. A., van der Heide, A., & Witkamp, E. (2023). *Supportive interventions for family caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review. Psycho-Oncology, 32(5), 663-681.*
- Carolan, C. M., Smith, A., & Forbat, L. (2015). *Conceptualising psychological distress in families in palliative care: Findings from a systematic review. Palliative medicine, 29(7), 605-632.*
- Dunkel-Schetter, C. A., & Wortman, C. B. (1982). *The interpersonal dynamics of cancer: Problems in social relationships and their impact on the patient. In H. S. Friedman & M. R. DiMatteo (eds.), Interpersonal issues in health care (pp. 69–100). New York: Academic Press.*
- Fletcher, B. S., Miaskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). *The cancer family caregiving experience: an updated and expanded conceptual model. European Journal of Oncology Nursing, 16(4), 387-398.*
- Gritti, P. (2012). *A relational approach to the family in psycho-oncology. Neuropathological Diseases, 1(1), 57-69*
- Gritti, P. (2015). *The family meetings in oncology: some practical guidelines. Frontiers in psychology, 5, 124209.*
- Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). *Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. Families, Systems, & Health, 25(4), 404.*
- Kissane, D., Bloch, S. (2002) *Family focused grief therapy: A model of family-centered care during palliative care and bereavement. Buckingham: Open University Press*
- Kleine, A. K., Hallensleben, N., Mehnert, A., Hönig, K., & Ernst, J. (2019). *Psychological interventions targeting partners of cancer patients: a systematic review. Critical reviews in oncology/hematology, 140, 52-66.*
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (Eds.). (1992). *Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems. New York: BasicBooks.*
- Northouse, L. (1985). *The impact of cancer on the family: An overview. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 14(3), 215-242.*
- Rezaei, M., Keyvanloo Shahrestanaki, S., Mohammadzadeh, R., Aghili, M. S., Rajabi, M., Abbasi, M. & Aghaei, S. (2024). *Caregiving consequences in cancer family caregivers: a narrative review of qualitative studies. Frontiers in Public Health, 12, 1334842.*
- Robinson, W. D., Jones, A. C., Felix, D. S., & McPhee, D. P. (2020). *Systemic family therapy in medical settings. The handbook of systemic family therapy, 1, 659-681.*
- Rolland, J. S. (2005). *Cancer and the family: An integrative model. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 104(S11), 2584-2595.*
- Samuelsson, M., Wennick, A., Jakobsson, J., & Bengtsson, M. (2021). *Models of support to family members during the trajectory of cancer: a scoping review. Journal of clinical nursing, 30(21-22), 3072-3098.*
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). *Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. Psycho-oncology, 19(10), 1013-1025.*
- Streck, B. P., Wardell, D. W., LoBiondo-Wood, G., & Beauchamp, J. E. (2020). *Interdependence of physical and psychological morbidity among patients with cancer and family caregivers: review of the literature. Psycho-oncology, 29(6), 974-989.*
- Wortman, C. B., & Dunkel-Schetter, C. (1979). *Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. Journal of social issues, 35(1), 120-155.*

LA PSICO-ONCOLOGIA NELLA PROSPETTIVA DELLA PSICOLOGIA CLINICA POSITIVA

Chiara Ruini

Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Università di Bologna

La Psicologia Positiva: nascita e sviluppo

La Psicologia Positiva è un approccio che nasce e si sviluppa dalle prospettive innovative di Martin Seligman e Csikszentmihalyi (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) in contrapposizione alla visione di una psicologia il cui unico interesse era lo studio del disagio e delle problematiche degli esseri umani e delle comunità.

Questo nuovo approccio propone di spostare l'interesse degli studi in ambito psicosociale e medico verso il benessere e le risorse personali posseduti dagli individui per perseguire la propria felicità, sottolineando la necessità di una disciplina che ne permetta lo sviluppo e il potenziamento a livello individuale, comunitario e politico-istituzionale.

Si viene ad affermare così una visione più ottimistica del campo di studio della psicologia, non più disciplina del negativo, bensì della *"forza e delle virtù"* dell'essere umano.

Questo cambio di prospettiva viene avvalorato dalla proposta di una nuova definizione di salute mentale, non più concepita come mera assenza di malessere, bensì identificata lungo un continuum che Keyes (Keyes, 2002) definisce *"Mental health continuum"* ai cui estremi vi sono le condizioni di psicopatologia da una parte, e la condizione di *"flourishing"* definita come benessere ottimale in cui convergono emozioni e affetti positivi, piacere e soddisfazione per la vita associati alla presenza di un senso di realizzazione e crescita personale, autostima, benessere interpersonale e senso di appartenenza al proprio ambiente di vita.

Senza trascurare necessariamente la sofferenza umana e i disturbi mentali, la psicologia positiva fornisce dunque una specifica caratterizzazione per la psicopatologia, in cui anche il funzionamento umano positivo, il benessere, le emozioni positive, hanno un loro ruolo ben specifico [Ruini, 2021].

In un successivo sviluppo del modello di salute mentale positive (Westerhof & Keyes, 2010) si arriva a postulare l'esistenza di due dimensioni di salute mentale, tra di esse perpendicolari: nell'asse orizzontale possiamo quantificare il continuum di benessere psicologico, mentre in quello verticale la presenza/assenza di psicopatologia. In questa ottica, è possibile esperire dimensioni di benessere e soddisfazione di vita, nonostante la presenza di malattia (fisica o mentale) e o disagio psicologico. Questa condizione viene frequentemente descritta da pazienti con malattie croniche che compromettono notevolmente la qualità di vita e il benessere soggettivo, come le malattie oncologiche.

La Psicologia Positiva ha infatti ampiamente indagato il rapporto tra salute fisica e mentale, abbracciando il modello biopsicosociale, in contrapposizione al modello biomedico, in cui la patologia non viene più interpretata come mera deviazione da una norma biologica prestabilita bensì come una risultante di contributi sociali, biologici e psicologici.

Si afferma in tal modo la posizione centrale dell'individuo, non più considerato come oggetto passivo della malattia e della cura, bensì come soggetto attivo che può intervenire congiuntamente agli operatori sanitari nella co-costruzione di percorsi di salute (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Altra innovazione conseguente alla decisione di aderire al modello biopsicosociale è il significato nuovo dato alla condizione di malattia, investita di un ruolo più positivo e considerata come un'opportunità di crescita psicologica (Ruini, 2021).

Il concetto di crescita post traumatica

Tradizionalmente la psicologia clinica e la psicoterapia si sono focalizzate sulla valutazione dei sintomi e dei problemi derivati dall'esposizione a eventi di vita negativi, come le malattie croniche e *"life threatening"*.

Gli esiti psicopatologici derivati dall'esposizione a tali eventi includono i disturbi dell'adattamento con sintomatologia ansiosa o depressiva, i disturbi dell'umore e i disturbi ansiosi, fino ad arrivare al disturbo acuto da stress e al disturbo post traumatico da stress (PTSD).

All'interno della prospettiva della psicologia positiva, alcuni clinici hanno suggerito che, per quanto clinicamente complessi possono essere i disturbi legati a eventi traumatici, l'esito psicopatologico possa rappresentare solo una possibile risposta ad essi, e forse nemmeno così frequente.

Altri possibili esiti possono includere: la resilienza, il cambiamento personale positivo, un rinnovato scopo di vita fino ad arrivare alla crescita post-traumatica.

Il termine *crescita post traumatica* è stato coniato dagli psicologi statunitensi Tedeschi e Calhoun per descrivere quell'insieme di cambiamenti psicologici positivi esperiti dalle persone come risultato del loro fronteggiamento di esperienze di vita stressanti o difficili.

Questa definizione proviene da una serie di studi qualitativi su pazienti oncologici o persone che hanno subito lutti, perdite o eventi drammatici che hanno riportato di essere cambiati profondamente in seguito a tali esperienze (Tedeschi & Calhoun, 1998).

I cambiamenti sono spesso riportati in tre aree specifiche:

- 1) il senso di identità personale, dove i pazienti riportano una maggiore consapevolezza della propria vulnerabilità ma anche una maggiore consapevolezza delle proprie capacità di adattamento e di sopravvivenza;
- 2) le relazioni interpersonali, che vengono percepite con un maggiore senso di vicinanza ed empatia nei confronti di amici, familiari e persone significative;
- 3) gli aspetti filosofici-esistenziali in cui i sopravvissuti riportano un maggior apprezzamento della vita e un ritrovato senso di spiritualità. Il contatto con la mortalità - propria o altrui - per quanto sia traumatico e sconcertante, può in seguito attivare proprio un processo di maggiore consapevolezza di sé stessi, delle proprie risorse e una maggiore valorizzazione e apprezzamento della vita stessa (Joseph & Linley, 2006).

La prospettiva della psicologia positiva pertanto suggerisce che gli eventi traumatici possano promuovere paradossalmente un senso di maggiore benessere esistenziale, tale per cui il trauma diventa un punto di svolta critico da cui le persone possono maturare e dare senso e significato alla vita.

Vari studi hanno poi documentato come la crescita postraumatica sia strettamente associata a emozioni positive, quali un senso di gratitudine, di gioia e di apprezzamento per i piccoli piaceri della vita quotidiana.

Tuttavia, è stato documentato che la crescita post traumatica in pazienti con malattie croniche e spesso con esiti infausti assume una connotazione diversa rispetto a quella collegata a traumi di natura non medica.

Molti clinici hanno infatti riportato tramite interviste qualitative con pazienti con malattie oncologiche, cardiovascolari, neurodegenerative, che la crescita post traumatica è strettamente connessa ai cambiamenti vissuti nel proprio corpo in seguito all'esordio della malattia, alla sua progressione, ai trattamenti chirurgici eventualmente subiti e al timore di eventuali recidive. I pazienti hanno riportato una maggiore consapevolezza del proprio sé corporeo e una maggiore connessione tra il proprio corpo e i propri stati emotivi.

La psicologa anglosassone Kate Hefferon ha formulato il *concetto di crescita corporeale* per descrivere questo nuovo senso di connessione corpo mente.

In esso vengono identificati anche sentimenti di vulnerabilità e di disagio, che però porterebbero i pazienti ad avere una maggiore cura di sé stessi, del proprio corpo e una maggiore attenzione per la propria salute fisica, e questo di conseguenza può avere facilitato l'aderenza al trattamento e una migliore prognosi di malattia (Hefferon et al., 2010).

Alcuni autori infatti hanno sostenuto che la crescita post-traumatica potesse influenzare anche l'esito di malattia e la mortalità, proprio stimolando uno stile di vita più sano, una migliore aderenza ai trattamenti e quello spirito combattivo che permette ai pazienti di mantenere scopi e obiettivi di vita durante il decorso di malattia.

I dati medici e oncologici ad oggi disponibili non confermano del tutto l'effetto protettivo della crescita post-traumatica, tuttavia è indubbio che essa sia in grado di modulare la sintomatologia depressiva, ansiosa e il disagio psicologico dei pazienti (Casellas-Grau et al., 2017).

Questo effetto protettivo sembra essere particolarmente rilevante nelle fasi iniziali della malattia (post diagnosi).

Altri studi su pazienti con tumore al seno hanno documentato livelli più elevati di PTG soprattutto nelle dimensioni di apprezzamento della vita e benessere spirituale rispetto a pazienti con altri tipi di eventi stressanti.

Le dimensioni di PTG si sono rivelate strettamente collegate con la gratitudine, la speranza, l'ottimismo (Ruini et al., 2013), il tempo trascorso dalla diagnosi, la presenza di supporto sociale, la qualità delle relazioni con il partner e la paura delle ricadute nella malattia oncologica.

Ancora con risultati contraddittori sono le variabili mediche collegate al tipo di tumore, alla sua stadiazione, al tipo di trattamento ricevuto: che ancora oggi sono scarsamente indagate in relazione alla PTG (Casellas-Grau et al., 2017).

Nonostante le robuste evidenze rispetto ai benefici della crescita post traumatica per la salute fisica e mentale, vari autori hanno dibattuto a lungo sull'ipotesi di promuovere questa dimensione attraverso specifici interventi terapeutici.

Ad esempio lo psicoterapeuta britannico Stephen Joseph, partendo da una prospettiva di psicologia umanistica, suggerisce che l'essere umano ha capacità intrinseche di auto realizzazione e che gli eventi traumatici possano essere considerati come parte integrante dell'esperienza di vita e che pertanto possono essere naturalmente assimilati nel percorso di maturazione e crescita (Joseph, 2015).

Il terapeuta in questo approccio umanistico viene considerato come un facilitatore di un processo di crescita personale innato.

La relazione terapeutica basata sull'ascolto, sull'empatia e sull'accettazione incondizionata del paziente viene considerata come condizione sufficiente per promuovere la naturale crescita personale.

D'altro canto Tedeschi e Kilmer hanno proposto un protocollo specifico per la promozione della crescita postraumatica, suggerendo una sua integrazione all'interno di altre psicoterapie tradizionali (Tedeschi & Kilmer, 2005).

L'obiettivo specifico sarebbe quello di superare gli approcci clinici tradizionali focalizzati sulla risoluzione sintomatologica per proporre invece un approccio basato sulla resilienza e sulla positività. Anche per questi clinici risulta essenziale l'ascolto empatico del paziente per facilitare l'elaborazione narrativa del trauma, che poi permetterebbe il suo riprocessamento cognitivo.

Crescita post-traumatica vicaria

Infine, recenti ricerche nell'ambito medico (e perlopiù oncologico) hanno indagato l'emergere della crescita post-traumatica in operatori sanitari che assistono quotidianamente pazienti con malattie croniche, spesso mortali.

In queste contesti è stata coniata l'espressione crescita post-traumatica vicaria, che si caratterizza per gli stessi processi di cambiamento esistenziale (maggiore spiritualità), interpersonale (maggiore empatia) e individuale (maggiore forza personale) esperiti dagli operatori sanitari come conseguenza diretta del lavoro clinico con i pazienti (Kalaitzaki et al., 2022).

Alcuni studi sembrano suggerire che la crescita post-traumatica vicaria possa avere un ruolo protettivo nei confronti del fenomeno del burnout, così frequente oggi nei contesti sanitari.

Le evidenze scientifiche sono tutt'oggi ancora non conclusive, soprattutto perché mancano studi longitudinali che possano confermare questo effetto protettivo ma gli studi osservazionali e le esperienze sul campo sembrano sottolineare sempre più l'importanza della relazione medico paziente, e di come questa possa e debba includere necessariamente dinamiche relazionali e comunicative di reciproco arricchimento umano.

In conclusione, PTG, significato della vita e benessere esistenziale sono temi centrali che la psicologia positiva condivide con la Psico-Oncologia.

Nei contesti di cura queste dimensioni trovano applicazioni nella pratica clinica: la loro valutazione e promozione può essere implementata al fine di supportare pazienti, caregiver e operatori sanitari nel complesso decorso della malattia oncologica.

Bibliografia:

- Calhoun L. G. & Tedeschi R. G. (1998). *Posttraumatic growth: Future directions. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 1, 215-238.
- Casellas-Grau A., Ochoa C. & Ruini C. (2017). *Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review. Psycho-Oncology*, 26(12), 2007–2018. <https://doi.org/10.1002/pon.4426>
- Hefferon K., Grealy M. & Mutrie N. (2010). *Transforming from cocoon to butterfly: The potential role of the body in the process of posttraumatic growth. Journal of humanistic psychology*, 50(2), 224–247.
- Joseph S. (2015). *Positive Therapy: Building Bridges Between Positive Psychology and Person-centred Psychotherapy*. Taylor & Francis.
- Joseph S. & Linley P. A. (2006). *Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006>
- Kalaitzaki A., Tamiolaki A., & Tsouvelas G. (2022). *From secondary traumatic stress to vicarious posttraumatic growth amid COVID-19 lockdown in Greece: The role of health care workers' coping strategies. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(2), 273–280. <https://doi.org/10.1037/tra0001078>
- Keyes C. L. M. (2002). *The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of health and social behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Ruini C., Vescovelli F. & Albieri E. (2013). *Post-traumatic growth in breast cancer survivors: New insights into its relationships with well-being and distress. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 383–391. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9340-1>
- Seligman M. E. P. & Csikszentmihalyi M. (2000). *Positive psychology—An introduction. American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Tedeschi R. G. & Calhoun L. G. (1998). *Posttraumatic Growth: Conceptual Issues*. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (A c. Di), *Positive Changes in the Aftermath of Crisis* (pagg. 1–22). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Tedeschi R. G. & Kilmer R. P. (2005). *Assessing Strengths, Resilience, and Growth to Guide Clinical Interventions. Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 230–237. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.230>
- Westerhof G. J. & Keyes C. L. M. (2010). *Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI TRA PSICO-ONCOLOGIA E PSICHIATRIA

Benedetta Gaudio

Servizio di Psico-Oncologia Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea - Roma

La malattia oncologica è un'esperienza complessa, una ferita del corpo e della mente, che, in molti casi, provoca angoscia, disorientamento e incertezza.

Il tumore entra violentemente nella vita del soggetto, generando una *“frattura biografica”* (Bury, 1982) che rivoluziona il tranquillo scorrere del tempo della vita non soltanto della persona che ne è colpita, ma anche dei suoi familiari (Grassi, 2023).

La diagnosi dà luogo ad una transizione dall'immagine di sé come persona sana all'immagine di sé come persona malata, *“tradita”* dal proprio corpo (Costantini, 2014).

Le risposte più comuni a tale esperienza sono rappresentate da emozioni di Ansia, Depressione e Rabbia, che sono assolutamente normali entro certi livelli; tuttavia, quando l'intensità di tali emozioni risulta eccessiva, devono essere prese in considerazione e contenute per evitare di ledere ulteriormente il funzionamento psicologico, sociale e relazionale del soggetto.

È proprio per questo che la collaborazione tra i professionisti della salute mentale rappresenta un elemento importante nel processo di *“presa in carico”*, ovvero del prendersi cura in modo continuativo e nel tempo di una persona, dando la sensazione di essere accompagnato in un momento di grande difficoltà da un team multidisciplinare.

L'ambulatorio di Psico-Oncologia dell'A.O.U. Sant'Andrea di Roma offre interventi di sostegno psicologico specifici per pazienti con patologie tumorali e per i loro familiari, e collabora da anni con l'ambulatorio di Salute Mentale Personalizzata della U.O.C. di Psichiatria della stessa azienda ospedaliera.

La stretta collaborazione tra i due ambulatori permette di accogliere il malessere psicologico del paziente in una presa in carico *“globale”*, intervenendo su sindromi che possono beneficiare di un intervento psicofarmacologico.

Durante il colloquio, infatti, possono emergere condizioni meritevoli di attenzione, quali possibili disturbi psicopatologici reattivi come Ansia, Depressione e insonnia. In tali circostanze viene introdotta al paziente la possibilità di effettuare una visita psichiatrica; viene altresì discussa la necessità di un intervento farmacologico e proposta una riflessione sull'argomento.

Come viene vissuta la possibilità di aver bisogno di una visita psichiatrica?

È importante, innanzitutto, considerare che le reazioni dipendono da vari fattori, tra cui l'esperienza personale, le convinzioni culturali, le aspettative e la relazione con i medici e lo psico-oncologo.

Alcuni pazienti accolgono positivamente l'opportunità di fare una visita psichiatrica considerandola come un'opportunità per ricevere un supporto aggiuntivo, comprendendo l'importanza della propria salute mentale durante il percorso di cura oncologica per raggiungere una condizione di benessere complessivo.

Nasce la speranza che la visita psichiatrica offra loro strumenti e strategie rapide e concrete per affrontare lo stress, migliorare la qualità della vita e gestire le sfide emotive che possono sorgere durante il percorso oncologico (Holland, J. C., & Breitbart, W. S., 2010).

Altri, invece, possono sentirsi riluttanti o ansiosi riguardo tale possibilità, e potrebbero percepire la richiesta di una valutazione psichiatrica come un suggerimento che la loro salute mentale sia compromessa o come un riconoscimento della gravità della loro situazione (Mehnert, A., & Koch, U., 2008).

La dualità rappresentata dalla condizione fisica e da quella mentale può aumentare lo stigma e portare ad una minore comprensione e accettazione delle difficoltà emotive e psicologiche che il paziente può affrontare (Nekhlyudov, L., & Mollica, M. A., 2017).

Il paziente stesso potrebbe internalizzare lo stigma associato alle malattie mentali e provare vergogna o senso di colpa per le proprie difficoltà emotive, percependo come più difficile cercare aiuto e accettare il supporto psicofarmacologico (Fingeret, M. C., et al., 2016).

Altri ancora temono che lo psichiatra prescriva ulteriori farmaci che andrebbero ad aggiungersi all'eventuale terapia in atto, con la convinzione che l'aggiunta di un nuovo medicinale possa aumentare il rischio di effetti avversi.

Infine, in alcuni potrebbe suscitare sentimenti di ansia e preoccupazione rispetto a cosa potrebbe emergere durante la visita, temendo di essere giudicati o di sentirsi vulnerabili nel parlare dei loro sentimenti e delle loro preoccupazioni (Andersen, B. L., & De Rubeis, R. J., 2019).

È per tali ragioni che è molto importante discuterne apertamente con il paziente, accogliendo le sue perplessità riguardo la visita con il medico psichiatra e rispettando le sue scelte.

Metodologia

L'aspetto fondamentale del percorso diagnostico-terapeutico integrato è la cura dell'invio.

L'invio consiste nella compilazione di una scheda, progettata dall'ambulatorio di Psico-Oncologia, che funge da raccordo tra quest'ultimo e l'ambulatorio di Salute Mentale Personalizzata, e raccoglie in maniera congeniale le informazioni necessarie e utili al fine di fornire una conoscenza adeguata della condizione psicologica del paziente.

La scheda è composta da una parte che viene compilata dallo psico-oncologo e una seconda parte a cura del medico psichiatra. **(Allegare prototipo di una scheda compilata).**

Lo psico-oncologo nella sua parte indica, oltre che le informazioni sociodemografiche principali e quelle inerenti alla patologia oncologica, la motivazione dell'invio.

All'interno di questo spazio è possibile descrivere il quadro psicopatologico che secondo l'opinione dello psico-oncologo è meritevole di una valutazione psichiatrica.

Una volta inviata la scheda, viene fissato un appuntamento con i medici psichiatri in tempi piuttosto brevi.

È, poi, premura dell'ambulatorio di psico-oncologia occuparsi di comunicare la conferma della visita, sollevando il paziente dall'incarico di doversene occupare, contribuendo alla sensazione di essere accompagnato in un momento di difficoltà.

Lo psichiatra, una volta effettuata la visita, completa la seconda parte della scheda indicando l'inquadramento diagnostico e il trattamento farmacologico prescritto.

Da ottobre 2021 a ottobre 2022 è stata, inoltre, predisposta una figura che si impegna a coordinare la comunicazione tra i due ambulatori, svolgendo alcune mansioni specifiche.

Il compito principale è quello di accompagnare il paziente alla visita psichiatrica favorendo un processo di normalizzazione dell'evento e confortando il paziente, dando una sensazione di familiare in un'esperienza, talvolta, nuova.

Per un anno, infatti, ho rappresentato la congiunzione tra i due ambulatori, diventando la "*Dott.ssa Benedetta*", una figura professionale ma familiare che ha contribuito a garantire sostegno al paziente.

I pazienti avevano la possibilità di contattarmi per chiedere delucidazioni o informazioni circa la visita psichiatrica o condividere eventuali dubbi sulla terapia farmacologica.

Inoltre, una volta effettuata la visita, ricevevo una breve restituzione dell'incontro completa di orientamento diagnostico e, qualora prevista, prescrizione farmacologica dallo specialista psichiatra che aveva condotto il colloquio.

Il campione:

Di seguito verranno mostrati i dati relativi alle consulenze effettuate dal 2019 al 2022, motivo per cui i risultati risentono dell'emergenza pandemica del 2020.

L'ambulatorio di Psico-Oncologia ha avuto in carico dal 2019 al 2022 **502** pazienti.

Di questi, **135** pazienti, ovvero il 26,8% del totale, sono stati inviati all'ambulatorio di Salute Mentale Personalizzata. Il 71% erano donne e il 29% uomini.

L'età media è di 57 anni, che secondo "*I numeri del cancro 2022*" rientra nella fascia d'età in cui l'incidenza dei tumori aumenta sensibilmente, ovvero tra i 50 e i 69. Inoltre, il 5,18% dei pazienti inviati è rappresentato dai caregiver, di cui 6 sono donne e 1 è un uomo.

Di seguito vengono mostrate le percentuali relative alle patologie oncologiche dei pazienti inviati.

	Femmine (F%)	Maschi (F%)	TOT	F % sul tot
K mammella	50 (100%)		50	37.03%
K polmone	16 (47%)	18 (53%)	34	25 %
Caregiver	6 (85,7%)	1 (14,28%)	7	5,18%
K colon	5 (71%)	2 (29%)	7	5.1%
Leucemia	3 (90%)	1 (10)	4	2.96%
Linfoma	3 (100%)	/	3	2.22%
K esofago	/	2 (100 %)	2	1.4%
K prostata	/	2 (100%)	2	1.4%
K stomaco	2 (100%)	/	2	1.4%
K pancreas	1 (50%)	1 (50%)	2	1.4%
K vescica	1 (50%)	1 (50%)	2	1.4%
K rene	/	1 (100%)	1	0.7%
K timo	1 (100%)	/	1	0.7%
Mieloma	/	1 (100%)	1	0.7%
K intestino crasso	/	1 (100%)	1	0.7%
sarcoma sinoviale pleura	/	1 (100%)	1	0.7%
K tuba	1 (100%)	/	1	0.7%
K testicolo	/	1 (100%)	1	0.7%
K utero	1 (100%)	/	1	0.7%

Considerando i dati pubblicati dal rapporto “I numeri del cancro 2022”, possiamo osservare come le percentuali del nostro campione coincidono con l’incidenza registrata sulla popolazione oncologica generale.

Analizzando le 135 schede inviate, è stato possibile individuare le motivazioni dell’invio e raggrupparle nelle seguenti categorie.

	Valutazione psichiatrica	Rivalutazione farmacologica	Insonnia	Sintomi ansioso-depressivi	Recidiva	Comportamenti auto/etero-lesivi
M	11	4	6	17	/	2
F	22	20	14	34	2	3
TOT	33	24	20	51	2	5

Il 24,44% necessitava di una valutazione psichiatrica generale volta alla formulazione di una diagnosi, ossia l’identificazione del disturbo di cui soffriva il paziente.

Il 17,77% dichiarava precedenti psicopatologie e presentava una terapia farmacologica impostata dal medico di base o privatamente, che non veniva, però, monitorata.

Il 14,81% presentava un Disturbo del Sonno.

Il 37,77% presentava una sintomatologia ascrivibile ad una sindrome ansioso-depressiva.

L’1,48% viveva una recidiva della patologia oncologica.

Il 3,7% dichiarava comportamenti auto ed etero lesivi.

Risultati:

I risultati delle schede raccolte ci mostrano come su un totale di 135 pazienti, 102 (75,5%) hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica.

Nella tabella che segue vengono raccolti gli inquadramenti diagnostici e la frequenza delle diverse diagnosi.

Inquadramento diagnostico	F	M	TOT
Disturbo Depressivo	52	26	78
Disturbo del sonno	4	6	10
Disturbo d'ansia	6	1	7
Disturbo dell'adattamento	3	1	4
Disturbo da attacchi di panico	1	1	2
Disturbo bipolare	1	/	1
			102

È evidente la grande percentuale di Disturbi depressivi, diagnosi che rappresenta il 57,77% dei pazienti che hanno effettuato la consulenza psichiatrica.

È bene evidenziare, inoltre, come all'interno di questo gruppo di persone il 66% sono donne.

Diversi studi confermano, infatti, che il disturbo psichiatrico più comune tra le donne affette da patologia oncologica è il disturbo depressivo (Massie MJ, 2004).

Sono altrettanto frequenti i disturbi relativi alla sfera del sonno, rappresentati dal 7,4% dei pazienti. In questo caso, gli uomini rappresentano la percentuale maggiore.

Il 5% soffre di un disturbo d'ansia, di cui le donne sembrano essere le maggiori rappresentanti.

Sembrano essere meno frequenti, invece, i disturbi dell'Adattamento (3%) e il disturbo di attacchi di panico (1,4%). È necessario considerare che i sintomi del disturbo dell'Adattamento si manifestano entro i 3 mesi dall'esposizione all'evento stressante e non persistono per più di 6 mesi dall'evento o dal superamento delle sue conseguenze (APA, 2013).

Prendendo, infatti, in riferimento la data della diagnosi oncologica e quella della diagnosi psichiatrica, possiamo osservare come trascorrono in media 1 anno e 7 mesi.

Tale dato risulta essere in linea con la letteratura che ci informa su come siano particolarmente significativi i 12 mesi successivi alla diagnosi e il rischio di andare incontro a disturbi psichiatrici, che diventa più alto del 30% rispetto a quello rilevato nella popolazione generale (Petrova et al., 2021). Inoltre, annoveriamo anche il caso di una signora affetta da disturbo bipolare (0,7%).

Parte del campione restante, invece, non ha ricevuto una diagnosi psichiatrica non presentando acuzie psicopatologiche in atto (10,37%).

Altri non hanno effettuato la visita psichiatrica: nell'1,48% dei casi perché il paziente era deceduto o perché la visita era stata annullata a causa dell'emergenza COVID-19. Infine, il 12% circa non si è presentato all'appuntamento.

	F	M	TOT
Non vengono riscontrate acuzie psicopatologiche in atto	10	4	14
Decesso	2	/	2
Annullata a causa emergenza COVID	2	/	2
Non di presente all'appuntamento	12	4	16

Per i pazienti ambulatoriali è prevista la somministrazione del Termometro del Distress (DT) all'inizio e alla fine del percorso di supporto psicologico.

Il cut-off ideale per individuare la presenza di distress psicologico nei pazienti oncologici è rappresentato da un punteggio pari o superiore a 5, mentre un punteggio superiore a 7 suggerisce un livello di distress patologico (Gil et al., 2005).

La media dei punteggi relativi alla fase iniziale del percorso, dunque prima della consulenza psichiatrica, dei pazienti inviati è di 7,54, punteggio tendenzialmente più alto dell'intervallo ricavato

dalla deviazione standard (4.13 ± 2.92 SD; Grassi, 2013), che ricade, infatti, nel 2,5% dell'intervallo di coda di una distribuzione normale al 95%.

Questo dato ci indica che il gruppo di pazienti inviati all'ambulatorio di psichiatria presenta un disagio emozionale che non rientra nel livello della popolazione generale oncologica, bensì di 2,92 deviazioni standard sopra la media.

La seconda somministrazione relativa alla fase finale del percorso psicoterapeutico e successiva alla consulenza psichiatrica registra una diminuzione del livello di disagio emotivo. Infatti, la media del DT alla fine del percorso è di 5,6, punteggio che rientra nella media della popolazione generale (4.13 ± 2.92 ; Grassi, 2013) e che si discosta notevolmente dal punteggio della prima somministrazione (7,54).

Discussioni

Possiamo notare come il 75,5% del campione ha ricevuto una diagnosi psichiatrica e una terapia farmacologica.

Dunque, nella maggioranza dei casi l'invio predisposto dall'ambulatorio di Psico-Oncologia si è rilevato utile e necessario al fine del benessere del paziente.

La possibilità di effettuare una visita psichiatrica si configura, dunque, all'interno di un modello di cura che considera la persona nella sua interezza, prendendo in considerazione non solo i sintomi fisici, ma anche gli aspetti emotivi, psicologici, sociali e spirituali.

Si osserva, inoltre, come tutti i disturbi diagnosticati rientrano in disturbi dell'affettività. La patologia oncologica aggredisce, dunque, lo spettro dei sentimenti e delle emozioni positive e negative che insorgono in risposta all'ambiente, alle relazioni e all'intimità.

Nel caso della depressione e del disturbo d'ansia, le donne con patologia oncologica sembrano essere più inclini allo sviluppo di tali malattie psichiatriche rispetto agli uomini.

Questo può essere ricondotto all'influenza di alcuni fattori come fluttuazioni ormonali, ruoli di genere, aspettative sociali e una maggiore espressione delle emozioni (Massie MJ, 2004).

Per quanto riguarda i disturbi del sonno, gli uomini risultano essere più inclini a sviluppare insonnia. Alcuni studi, infatti, suggeriscono che gli uomini presentano un rischio leggermente più alto di sviluppare disturbi del sonno, come l'insonnia, durante il trattamento della patologia oncologica (Tzeng JI, 2012).

L'aspetto che appare più significativo è rappresentato dalla riduzione del disagio emozionale dei pazienti inviati.

La cura dell'invio e la collaborazione dei due ambulatori hanno svolto un ruolo fondamentale nel migliorare il benessere psicologico del paziente affetto da patologia oncologica.

L'ambulatorio di Psico-Oncologia fornisce un supporto specifico per affrontare le sfide emotive e psicologiche legate alla diagnosi e al trattamento del cancro.

La collaborazione con il servizio di Salute Mentale Personalizzata ha arricchito l'approccio terapeutico, consentendo di fornire un supporto adeguato al paziente.

Il coordinamento tra gli specialisti ha permesso di garantire un trattamento continuativo e una maggiore coerenza nella terapia contribuendo alla riduzione della quantità di disagio emozionale.

Conclusioni

La collaborazione tra i due ambulatori ha rappresentato un fattore importante nel processo di "presa in carico", accogliendo i bisogni dei singoli pazienti in un'ottica di cura personalizzata.

Grazie alla presa in carico, il paziente è accompagnato nella gestione di un momento di grande difficoltà.

In primo luogo, avendo un canale diretto con l'ambulatorio di Psichiatria, abbiamo potuto occuparci di richiedere la visita per il paziente e comunicare noi stessi con i medici psichiatri, sollevando il paziente da stress e preoccupazioni legati agli adempimenti burocratici.

Inoltre, i risultati, in particolare quelli relativi al DT, ci esortano a riflettere sull'efficacia di un lavoro multidisciplinare e la necessità di un approccio olistico orientato alla cura del paziente.

Infine, il ruolo che ho ricoperto da ottobre 2021 a ottobre 2022 ha avuto senz'altro un impatto importante.

Accompagnare il paziente alla visita psichiatrica ha, infatti, favorito un processo di normalizzazione dell'evento e confortato il paziente.

Il paziente attraverso la cura dell'invio e l'accompagnamento sente di esistere nella mente dei curanti che offrono una base sicura.

Talvolta il modo migliore per comunicare con qualcuno è semplicemente ascoltare i suoi bisogni; questo è anche la miglior dimostrazione che si è lì per il paziente e per sostenerlo durante tutto il percorso.

Bibliografia:

- Andersen, B. L., & DeRubeis, R. J. (2019). *Treatment of depression in patients with cancer*. JAMA, 321(6), 563-564.
- Bury, M. (1982). *Chronic Illness a Biographical Disruption*. *Sociology of Health&Illness*, 4(2): 167-182
- Costantini A., Levenson J.A., Bersani F.S: "La crisi della scoperta. Reazioni psicologiche e psicopatologiche alla scoperta della malattia" in "Psico-Oncologia" (a cura di Biondi M., Costantini A., Wise T.N.) Raffaello Cortina Editore, 2014
- Fingeret, M. C., Vidrine, D. J., Fletcher, F. E., & Jackson, G. E. (2016). *Exploring stigma among cancer survivors: comparisons of general population, breast cancer, and melanoma perceptions of stigma*. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(1-2), 1-16.
- Grassi L., Costantini A., Biondi M., (2023). *Manuale pratico di Psico-Oncologia. Sfide ed evoluzione delle cure*. *Il Pensiero Scientifico*; 2° edizione (10 gennaio 2023). ISBN-10 : 8849007280
- Holland, J. C., & Breitbart, W. S. (2010). *Psychosocial aspects of palliative care*. In *Holland-Frei Cancer Medicine*. Wiley.
- Massie MJ (2004). *Prevalence of depression in patients with cancer*. *J National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). *Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors*. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 383-391.
- Nekhlyudov, L., & Mollica, M. A. (2017). *Cancer survivorship care plans and the role of primary care*. *Annals of Internal Medicine*, 167(3), 203-204.
- Gil, F., Grassi, L., Travado, L., Tomamichel, M., Gonzalez, J. R., & Sepos Group. (2005). *Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients*. *Supportive care in cancer*, 13(8), 600-606.
- Grassi, L., Johansen, C., Annunziata, M. A., Capovilla, E., Costantini, A., Gritti, P., Torta, R., Bellani, M., & Italian Society of Psycho-Oncology Distress Thermometer Study Group (2013). *Screening for distress in cancer patients: a multicenter, nationwide study in Italy*. *Cancer*, 119(9), 1714–1721. <https://doi.org/10.1002/cncr.27902>
- Petrova, D., Redondo-Sánchez, D., Rodríguez-Barranco, M., Romero Ruiz, A., Catena, A., Garcia-Retamero, R., & Sánchez, M. (2021). *Physical comorbidities as a marker for high risk of psychological distress in cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 30(7), 1160–1166. <https://doi.org/10.1002/pon.5632>
- Tzeng JI, Fu YW, Lin CC (2012). *Validity and reliability of the Taiwanese version of the Pittsburgh sleep quality index in cancer patients*. *Int J Nurs Stud*. 49:102–8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.004

INTERVENTI PER LA FACILITAZIONE DELLA COMUNICAZIONE NEI NUCLEI FAMILIARI DEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Gabriella De Benedetta

Psicologo Psicoterapeuta Dirigente con incarico professionale alta specializzazione in Psico-Oncologia UOSC Ematologia Oncologica Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale Napoli

Introduzione

Quando in famiglia viene diagnosticata una neoplasia, indipendentemente dal componente della stessa che si è ammalato, è la famiglia tutta ad assorbirne l'impatto ed a cercare di farvi fronte.

La comunicazione di una diagnosi di cancro, dunque, ha conseguenze emotive non solo su chi la riceve, ma anche sui suoi familiari.

Il dispiacere e la preoccupazione riguardano tutti i componenti della famiglia la cui caratteristica è anche quella di partecipare emotivamente alle vicende di ognuno, nel bene e nel male.

Partecipare emotivamente però non significa anche sapere cosa fare, per cui può succedere che si creino tensioni, incomprensioni e nervosismi in un clima in cui nessuno sa come comportarsi e si ha timore di parlare e confrontarsi.

Non è facile trovare e mantenere un equilibrio nella relazione quando c'è una diagnosi di cancro. Proprio per questo la comunicazione all'interno della famiglia assume, in queste situazioni, un'importanza enorme che può determinare il modo in cui la malattia verrà vissuta dal paziente e dai suoi familiari.

Di fronte alla diagnosi di cancro ci si sente spaesati, si subisce uno shock che porta a un profondo senso d'impotenza e di fragilità, ci si sente destabilizzati.

Le reazioni a questo evento possono essere diverse, e possono manifestarsi con l'attivazione di emozioni forti, come la paura e l'angoscia, oppure con una sorta di congelamento delle stesse.

Il trauma psicologico che si genera, dunque, può essere definito come una *"ferita dell'anima"*, qualcosa che irrompe nella quotidianità e cambia drasticamente il modo di vedere e di vivere il mondo.

Il paziente spesso prova paura per ciò che gli sta succedendo e per ciò che potrà accadere, ma anche un senso di fallimento rispetto alle responsabilità familiari con il senso di colpa che ne consegue.

Inoltre, può provare timore ed imbarazzo rispetto alle nuove emozioni che sta sperimentando.

Tutto ciò rende molto difficile la comunicazione con le persone care.

In letteratura è ampiamente riconosciuto che il sistema familiare opera dei cambiamenti, sia sul piano emotivo che su quello pratico, per potersi adattare all'evento traumatico e che questi cambiamenti sono determinati dalla struttura e dall'organizzazione familiare precedente la diagnosi.

Tra i fattori che incidono sul grado di adattamento all'evento traumatico la comunicazione ha un ruolo preminente. È un elemento predittivo dell'adattamento ma anche un fattore che influisce sulla qualità di vita, sul distress e sul vissuto emotivo di ogni componente della famiglia.

Intervenire sulla modalità di comunicazione significa, quindi, favorire un cambiamento positivo in tutto il sistema familiare, e questo, a sua volta, avrà un'influenza positiva anche sulle relazioni con i sanitari ed agevolerà il percorso di cura.

I livelli d'intervento dello psico-oncologo

In questo lavoro verrà mostrata l'applicazione nella clinica psico-oncologica, in particolare sulla facilitazione della comunicazione nei sistemi familiari dei pazienti oncologici, di un nuovo modello psicoterapeutico sviluppato dal Dr. Ruggiero.

Il modello della Scuola di Napoli (IMePS) di Giuseppe Ruggiero, pur rimanendo coerente con la tradizione di studi della Terapia Familiare, si è progressivamente sviluppato attraverso l'integrazione tra teoria sistemico-relazionale, neuroscienze affettive e teorie dell'intersoggettività.

In particolare, l'IMePS (Istituto di Medicina e Psicologia Sistemica), propone una visione estetica della relazione terapeutica, che privilegia lo scambio emotivo, l'uso consapevole dei linguaggi impliciti e la creatività personale per favorire i processi di sintonizzazione e rispecchiamento che sono alla base dell'alleanza terapeutica.

Tale modello clinico si estende al di là del campo della psicoterapia proponendo un approccio sistemico, relazionale ed estetico al vasto ambito della Medicina, nei differenti contesti dove sia richiesta la costruzione di una relazione di cura.

La malattia oncologica è un luogo in cui prendersi cura delle relazioni significa prendersi cura delle persone. Il supporto psicologico mirato alla costruzione ed al mantenimento di relazioni significative in cui poter condividere pensieri ed emozioni è un aspetto cruciale che condiziona tutto l'iter terapeutico dei pazienti, delle loro famiglie e degli operatori che se ne prendono cura.

Per facilitare la comunicazione nei sistemi familiari dei pazienti oncologici, in particolare sui temi dolorosi, dobbiamo immergerci nella multi complessità e lavorare *contemporaneamente* sui diversi sistemi che interagiscono tra loro nella relazione di cura (equipe curante e famiglia), e su più livelli dello stesso sistema (equipe: medici, infermieri, psico-oncologi; famiglia: paziente e familiari).

Dunque, l'intervento clinico sarà mirato all'equipe curante, al paziente ed ai familiari ma non si tratta di interventi distinti tra loro o che si esplicano in un ordine temporale, si tratta di livelli differenti di un unico intervento nel quale cade l'aspetto sequenziale ed emerge quello della contemporaneità.

Avremo quindi livelli differenti che si intersecano e si completano tra loro.

Per necessità saranno esposti in sequenza perché le capacità umane non consentono di verbalizzare contemporaneamente più concetti, ma questo limite di esposizione non appartiene al sistema nervoso centrale, infatti, il concetto di "*mente ecologica*" di Bateson ci ricorda che possiamo pensare contemporaneamente a più aspetti della stessa problematica costruendoci una mappa mentale complessa che ci consenta di considerare e intervenire su più aspetti insieme, facendo sì che ogni intervento tenga conto di tutti i sistemi coinvolti.

Con l'equipe medica, tra i molti interventi utili, quello più proficuo per facilitare la comunicazione all'interno della famiglia è sicuramente l'implementazione di percorsi standardizzati sulla comunicazione con il paziente.

In altre parole si addestrano i medici in modo tale che essi acquisiscano una modalità d'intervento che non necessiti più della presenza dello psico-oncologo in ogni momento della comunicazione con il paziente.

È una competenza per i medici molto diversa da quella che si apprende nei corsi di formazione sulla comunicazione e rappresenta un'alternativa nuova per il lavoro dello psico-oncologo all'interno dell'equipe curante.

È chiaro che i medici saranno disposti al cambiamento nella misura in cui questo agevoli e alleggerisca il loro carico di lavoro piuttosto che complicarlo e appesantirlo.

Un esempio esplicativo può essere la comunicazione all'inizio del percorso diagnostico.

Se il medico comunica al paziente che dovrà essere sottoposto ad alcuni accertamenti diagnostici e che al termine dei quali sarà fatto un colloquio in cui sarà spiegata la malattia, la terapia da intraprendere e tutto ciò che è inerente il percorso di cura, agevolerà molto il paziente e tutto il suo sistema relazionale.

È opportuno anche precisare che non saranno anticipati i risultati dei vari esami in quanto ognuno di loro può dare informazioni diverse se letto in relazione agli altri esami eseguiti, ed anticipare la possibilità di fare partecipare al colloquio uno o più familiari in modo che tutti abbiano le stesse informazioni per facilitare la gestione a casa.

Questa comunicazione ha molteplici effetti positivi:

- contiene l'ansia del paziente e dei suoi familiari;
- favorisce la comunicazione intra familiare sancendo l'assenza di segreti sugli aspetti medici ed il coinvolgimento di tutti;
- alleggerisce l'equipe medica che non riceverà continue richieste d'informazione in un momento in cui non può fornire risposte certe.

In questo caso lo psico-oncologo interviene sul contesto di cura, l'ambiente esterno alla famiglia, al fine di intervenire sul mondo emotivo e relazionale del paziente e dei familiari.

Ciò che accade è che tutti gli attori coinvolti ne traggono beneficio, il paziente, i familiari e l'equipe curante.

Un altro livello dell'intervento riguarda specificamente il paziente e la relazione con lo psico-oncologo il cui operato non può prescindere da un lavoro sul vissuto interno per fare emergere quali emozioni

bloccano la possibilità di comunicare su ciò che sta accadendo, contenendo le emozioni e favorendo un riequilibrio emotivo.

La difficoltà a comunicare con i propri familiari è legata anche all'immagine interna che il paziente ha dei componenti della famiglia. Su questi aspetti si possono utilizzare strumenti quali "domande relazionali", "narrazione e ridefinizione", "collage" e "collage fotografico".

È opportuno esplorare le esperienze familiari, sia in quella attuale che in quella d'origine, che sostengono l'idea del paziente di non poter avere una comunicazione aperta e sincera con i suoi familiari.

Uno strumento molto utile è il Genogramma trigerazionale con un'attenzione particolare al mandato familiare ed ai così detti segreti familiari.

Il lavoro con il paziente va affiancato da quello con la famiglia prevedendo anche incontri congiunti dove esplorare le modalità comunicative attuali e del passato, ma anche i confini familiari e le risorse interne ed esterne.

Negli incontri con la famiglia si prediligono le tecniche espressive in cui la comunicazione valica il limite del linguaggio verbale e che prevedano l'uso congiunto dello spazio di terapia, come ad esempio la Scultura del tempo familiare o il Family life space.

Se nella famiglia ci sono bambini, anche piccoli, è necessario che siano informati della malattia del genitore, ma è estremamente complicato parlare di cose che spaventano, angosciano e fanno sentire vulnerabili, soprattutto se bisogna farlo con i propri figli, di fronte ai quali tutti i genitori vorrebbero mantenere un'immagine di forza e sicurezza.

Inoltre, non è facile trovare le parole giuste per descrivere in modo veritiero ma non angosciante una realtà che coinvolge profondamente.

Da queste considerazioni, riflessioni ed approfondimenti è nata l'idea di creare degli strumenti per sostenere ed aiutare i genitori che devono parlare ai propri figli di argomenti complessi quali cancro e chemioterapia.

Nel 2015 inizia il progetto "La malattia spiegata a mio figlio" con una favola illustrata ed un cartoon che affrontano l'argomento della diagnosi e del trattamento chemioterapico con particolare attenzione agli effetti collaterali dello stesso.

Negli anni il progetto si è arricchito includendo anche un fumetto dedicato al tumore al seno, con i relativi trattamenti, ed uno dedicato alle terapie con anticorpi bispecifici sempre più utilizzati nella cura dei tumori ematologici.

È stato scelto di utilizzare come strumento la favola illustrata in quanto le immagini, combinandosi in maniera sinergica con le parole, ne potenziano l'efficacia. Le illustrazioni che accompagnano il testo lo completano dando tono e colore emotivo allo stesso e se da una parte consentono di arrivare in maniera diretta ai bambini più piccoli che non possono ancora leggere il libro, dall'altra consentono una comunicazione meno filtrata e quindi più diretta anche con i più grandi.

L'utilizzo delle immagini potenzia, inoltre, l'effetto di integrazione contemporaneamente attivato dal processo narrativo che, come ci spiega D. Siegel (2013), coinvolge sia l'emisfero sinistro che quello destro del cervello: "I processi narrativi sono il risultato della fusione e dell'integrazione tra l'esigenza di trovare spiegazioni, tipica della modalità dell'emisfero sinistro del cervello di elaborare le informazioni, e l'immagazzinamento di informazioni autobiografiche, sociali ed emozionali, operato dall'emisfero destro".

Per proteggere i bambini bisogna coinvolgerli, aiutandoli a dare un significato a quello che sta succedendo, dandogli la possibilità di parlare del loro stato d'animo e di esprimere apertamente i loro dubbi. In questo modo il bambino percepisce di fare parte della famiglia, potrà sentire accolti i suoi bisogni e sentirsi rassicurato dagli adulti di riferimento.

Allo stesso tempo anche i genitori saranno alleviati dal peso del segreto e potranno beneficiare delle enormi risorse che i bambini mettono in gioco quando affrontano una situazione di cambiamento.

Al di là di tecniche e strumenti la narrazione del dolore ha le sue trame nascoste, il proprio mito che ne disvela il significato più profondo, è quindi necessario approcciare alla sofferenza con una postura emotiva e cognitiva tesa all'integrazione per rimettere insieme ciò che la malattia e il dolore hanno frammentato.

Ma affinché uno psico-oncologo possa lavorare su tutto questo è necessario che abbia la possibilità di rinnovare le proprie energie interne per poter stare in una relazione terapeutica, che privilegi lo scambio emotivo, l'uso consapevole dei linguaggi impliciti ed i processi di sintonizzazione e di rispecchiamento.

In molti corsi di formazione si pone l'attenzione sulla necessità di avere una buona competenza sulla propria vita emotiva per poter accogliere la sofferenza del paziente, saper stare con lui nelle emozioni dolorose senza cercare subito una soluzione che allevi questo dolore.

Questo è giusto, fondamentale, ma è solo un aspetto della formazione, lo psico-oncologo deve saper stare anche nella gioia e nel piacere per avere una competenza completa sulla propria vita emotiva che gli consenta di tenere un assetto in equilibrio nella relazione terapeutica.

Bisogna, dunque, essere consapevoli di quali situazioni e quali emozioni generano sofferenza e quali invece generano emozioni piacevoli, di benessere.

Il più grande insegnamento che ho avuto nella formazione con G. Ruggiero è quello di coltivare la bellezza e l'arte dentro di me.

Qui stiamo facendo un cambio radicale di paradigma in cui per tenere al centro paziente e famiglia bisogna mettere sé stessi al centro, il proprio benessere.

È importante che un professionista per aggiornarsi partecipi ai convegni, ai corsi di formazione e che legga gli ultimi articoli pubblicati, ma allo stesso tempo è fondamentale che vada a teatro, ai concerti, legga romanzi, curi le piante o quant'altro gli piaccia fare.

Queste cose sono importanti tanto quanto la formazione tecnica perché facendo questo si resta vivi, ci si rigenera e solo così si può portare nella relazione con il paziente qualcosa che è fondamentale nella gestione del dolore e dell'adattamento alla malattia, ossia la vitalità. In tal modo si sposta il baricentro del dolore del paziente su una visione complessa della vita che include anche il piacere ed il benessere.

Il coltivare la propria ricchezza interna è fonte di benessere ed equilibrio per lo psico-oncologo e di conseguenza consente anche l'emergere di qualità nascoste o sconosciute che, nella relazione con il paziente, consentono di rispecchiare la sua parte sofferente ma consentono anche di portare nella relazione la parte sana, quella vitale.

Conclusioni

In quest'ottica lo psico-oncologo non può limitarsi alla conoscenza dei modelli e delle tecniche ma deve sviluppare una competenza più ampia che coinvolga il suo modo di vedere il mondo e sentire la vita.

Dunque, insieme ad un pensiero scientifico fatto di logica e dati analizzati che, per sviluppare le sue conoscenze, prima scompone e poi riunifica, bisogna costruire un pensiero mitologico che sintetizza, coglie i nessi tra le cose, si sviluppa per immagini, racconti, simboli.

Solo allora si può stare nella sofferenza con il paziente, immergersi nel non senso per poter trovare il suo senso, lasciare emergere l'impotenza e la paura per scorgere sul fondo il coraggio necessario a vivere e farlo emergere fino a diventare volontà attiva.

I passi di questo percorso possono condurre per strade a volte impervie, a volte buie ma solo così possiamo scoprire i tesori nascosti che portati alla luce mostrano tutto il loro splendore.

Utilizzando le parole di Giuseppe Ruggiero *“bisogna usare la parola come una medicina per penetrare negli interstizi delle cellule, nel microcosmo della coscienza: di cosa altro ha bisogno l'anima per guarire se non di una parola emozionata che sappia scucire e ricucire gli orli che non combaciano più?”*

Bibliografia:

- Bateson G. *“Verso un’ecologia della mente”*, Adelphi, 1977.
- De Benedetta G., Ruggiero G., *“L’ansia nella famiglia del paziente oncologico”*, in *“L’ansia nascosta”* a cura di De Falco F, Ruggiero G, De Benedetta G, Percorsi editoriali di Carocci Editore, Roma, 2010.
- De Benedetta G., Ruggiero G., Pinto A., *“Genitori e figli: il “parenting” nei pazienti oncologici. Un aspetto ancora poco considerato nella gestione delle malattie neoplastiche”*, in *Recenti Progressi in Medicina*. 99:19 – 26, 2008.
- Hoppe R., Winter M.A., Graap K., Albrecht TA. *“Impact of a Hematologic Malignancy Diagnosis and Treatment on Patients and Their Family Caregivers”*, *Oncol Nurs Forum*. 2022;49(5):445-453. doi:10.1188/22.ONF.445-453
- Reblin M., Ketcher D., Vadaparampil S. *“Care for the Cancer Caregiver: a Qualitative Study of Facilitators and Barriers to Caregiver Integration and Support”*, 2022 Dec;37(6):1634-1640. doi: 10.1007/s13187-021-02001-6. Epub 2021 Mar 30.
- Ruggiero G. *“Prove d’orchestra. La natura musicale della psicoterapia”* Alpes Italia srl, 2023.
- Siegel D.J. *“La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale”*, Raffaello Cortina, Milano, 2013.
- Website: <https://lamalattiaspiegataamiofiglio.com/>

IL BENESSERE PSICOLOGICO DEI MEMBRI DEL TEAM ONCOLOGICO

Angela Piattelli

Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta. Incarico professionale quinquennale di alta specializzazione in Psico-Oncologia, Dipartimento Oncoematologico, Azienda Ospedaliera Cosenza, Presidente Nazionale SIPO

Introduzione

Nei luoghi di lavoro le sfide da fronteggiare sono molteplici e la cura del benessere psicologico e relazionale dei lavoratori è fondamentale per garantire prestazioni di qualità.

Potenzialmente lo stress può colpire qualunque lavoratore, a prescindere dalla dimensione dell'azienda in cui opera, dal campo di attività, dal tipo di contratto o di rapporto di lavoro.

Lo stress da lavoro è considerato, a livello internazionale, un problema che investe sia i datori di lavoro che i lavoratori.

L'Accordo Quadro Europeo (2004) sullo stress lavoro-correlato, recepito successivamente dall'Accordo Interconfederale del 2008, ha chiarito che lo stress lavorativo è una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui che ne vengono colpiti non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro.

Proprio in questo stesso periodo storico, lo Psicologo Martin Seligman (2000) fondava la Psicologia Positiva, attuando un vero e proprio cambio di paradigma che privilegia la mobilitazione di abilità e risorse nelle persone affette da distress psicologico anziché la riduzione o compensazione dello stesso e delle limitazioni dell'individuo.

La Psicologia Positiva si occupa difatti dello studio del benessere e pone questo tema al centro della qualità di vita della persona.

È possibile dedurre che le teorie sullo stress lavorativo di quell'epoca risentano positivamente di questa nuova corrente di pensiero.

La prevenzione o la riduzione dei problemi da stress lavoro-correlato comporta l'adozione di varie misure.

Queste possono essere collettive, individuali o di entrambi i tipi e possono essere introdotte sottoforma di specifiche misure mirate a fattori di stress individuali o quali parti di una politica integrata sullo stress che includa misure sia preventive che di risposta.

Quando si parla di stress lavoro-correlato ci si riferisce ad un contenitore concettuale che contiene in sé le diverse patologie da stress (*sindrome corridoio, sindrome di burnout, etc.*).

Lo stress è causato da un cattivo adattamento tra la persona del lavoratore ed il contesto lavorativo, da conflitti tra i ruoli assunti sul posto di lavoro e al di fuori di esso e dalla mancanza di un ragionevole grado di controllo sul lavoro e sulla vita privata.

Lo stress da lavoro, come esplicitato nell'Accordo Quadro Europeo sopra citato, può dunque essere causato da molteplici fattori.

Esso contribuisce a creare gravi problemi ambientali, economici e sanitari; colpisce almeno 40 milioni di lavoratori negli Stati membri dell'Unione Europea e costa almeno 20 miliardi di euro l'anno; contribuisce a una serie di sofferenze, malattie e morte e può provocare notevoli compromissioni in termini di produttività e competitività.

È molto probabile che gran parte di tutto ciò si possa prevenire.

Evoluzione teorica dello stress lavorativo

Nel ventennio che va dal 1980 al 1990 il fenomeno del burnout veniva ricondotto ad una sindrome che colpisce la persona del lavoratore (Maslach C.) sia in relazione alle professioni di aiuto, sia in relazione agli altri contesti organizzativi, come causa della difficile relazione tra il lavoratore, i superiori ed i colleghi.

Tra la fine degli anni '90 e l'inizio del nuovo millennio il burnout attraversa una nuova interpretazione teorica.

Esso viene inteso come il risultato della interazione tra fattori organizzativi (analisi del contesto) e variabili di personalità, mettendo in risalto le conseguenze e gli effetti di questo fenomeno sia per la salute psico-fisica dei lavoratori che per la stessa organizzazione (Maslach C.; Leiter M.P.).

A partire dal 2004 una nuova corrente di pensiero si fa strada in Europa: per gestire tale fenomeno si devono attuare una serie di azioni preventive e, tra queste, la prevenzione del rischio psicosociale, allo scopo di ostacolare la pervasività, negli ambienti di lavoro, dello stress lavorativo. Diventa dunque prioritario prendersi cura del benessere della persona del lavoratore.

Considerare il problema dello stress lavorativo in via preventiva, vuol dire prevedere una maggiore efficienza ed un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme.

Il panorama italiano

In Italia, lo stress lavoro-correlato è regolamentato dal testo di legge n. 81 del 2008, dove nell'art. 28 viene esplicitato che la valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza dei prestatori di lavoro, attività non delegabile dal datore di lavoro, debba avere come oggetto, tutti i rischi, anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Quadro Europeo del 2004.

Nel Testo Unico italiano viene sottolineata la necessità di migliorare la consapevolezza e la comprensione dello stress da lavoro da parte dei datori di lavoro, dei lavoratori e dei loro rappresentanti, attirando la loro attenzione sui segnali che possono indicare l'insorgenza di problemi di stress da lavoro. L'obiettivo è di offrire ai datori di lavoro ed ai lavoratori un modello che consenta di individuare e di prevenire o gestire i problemi legati a tale fenomeno.

Descrizione dello stress da lavoro

Lo stress è uno stato che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali; le persone colpite non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti. L'individuo è capace di reagire alle pressioni a cui è sottoposto nel breve termine, e queste possono essere considerate positive, ma di fronte ad una esposizione prolungata a forti pressioni egli avverte grosse difficoltà di reazione.

Lo stress non è dunque una malattia di per sé ma una esposizione, prolungata nel tempo, può ridurre l'efficienza sul lavoro e causare problemi di salute.

Lo stress indotto da fattori esterni all'ambiente di lavoro può condurre a cambiamenti nel comportamento e ridurre l'efficienza del lavoratore.

Tutte le manifestazioni di stress sul lavoro non vanno considerate causate dal lavoro stesso. Lo stress da lavoro può essere causato da vari fattori quali il contenuto e l'organizzazione del lavoro, l'ambiente di lavoro ed una comunicazione disfunzionale.

Tuttavia, un elevato assenteismo, conflitti interpersonali, lamentele od infortuni frequenti da parte dei lavoratori, sono alcuni degli "eventi sentinella" che possono rivelare la presenza di stress da lavoro.

L'individuazione di un problema di stress da lavoro può avvenire attraverso un'analisi di fattori quali l'organizzazione e i processi di lavoro (pianificazione dell'orario di lavoro, grado di autonomia, grado di coincidenza tra esigenze imposte dal lavoro e capacità/conoscenze dei lavoratori, carico di lavoro, ecc.), le condizioni e l'ambiente di lavoro, la comunicazione e i fattori soggettivi.

Una volta individuato, il problema dello stress da lavoro deve essere ben inquadrato e subito dopo occorre agire tempestivamente per prevenirlo, ridurlo oppure, laddove è possibile, eliminarlo.

Lo stress lavoro-correlato in ambito oncologico

La letteratura scientifica, dedicata allo stress lavorativo, evidenzia come il settore sanitario sia caratterizzato dalla presenza di fattori di rischio psicosociale, connessi soprattutto al confronto continuo con situazioni di estrema sofferenza, con la morte e il morire. In particolare, nei membri di un team oncologico od oncoematologico, il rischio psicosociale risulta amplificato ed emerge sovente sottoforma di esaurimento/coinvolgimento emotivo con impatto significativo sul benessere psicologico.

Studi e metanalisi evidenziano come alcuni fattori individuali (età, sesso, stato civile) esponano maggiormente l'operatore oncologico al rischio di contrarre lo stress lavoro-correlato.

Nel contesto dell'oncologia, dove le sfide emotive sono intense e frequenti, il benessere psicologico dei membri del team è fondamentale per garantire una cura di qualità.

Questi professionisti lavorano quotidianamente con pazienti che affrontano diagnosi spesso devastanti e trattamenti impegnativi, rendendo cruciale l'attenzione alla loro salute mentale. Lavorare con pazienti affetti da cancro richiede un elevato livello di empatia e di compassione.

Tuttavia, l'esposizione costante a situazioni di sofferenza può portare a quel fenomeno, noto anche come *affaticamento da compassione*, che alla lunga, può causare esaurimento emotivo e stress.

L'età degli operatori può influenzare il rischio di burnout nel contesto oncologico.

Alcuni studi hanno suggerito che gli operatori più giovani possono essere maggiormente suscettibili allo stress lavorativo, in parte a causa di una maggiore esposizione alle sfide e alle responsabilità del lavoro, quando non hanno ancora sviluppato pienamente le *strategie di coping* necessarie.

Inoltre, i professionisti più giovani potrebbero anche essere più inclini a sperimentare insoddisfazione lavorativa e frustrazione percepita, rispetto ai loro colleghi più anziani.

Una interessante revisione sistematica della letteratura esplora la prevalenza del burnout e dei fattori associati negli oncologi.

Gli autori hanno valutato 26 studi che hanno utilizzato la scala, Maslach Burnout Inventory (MBI) per misurare il burnout.

I tassi di prevalenza aggregati sono stati calcolati tramite meta-analisi (MetaXL) utilizzando modelli a effetti casuali. Circa 5.768 oncologi hanno risposto al questionario.

Un numero significativo di essi sperimenta il burnout, come evidenziato dai tassi di prevalenza aggregati per le sottoscale della MBI di: esaurimento emotivo al 32%; depersonalizzazione al 24%; bassa realizzazione personale al 37%.

È stato riscontrato dunque che tale disagio colpisce una percentuale significativa di oncologi.

Il burnout è stato associato all'essere single, alla giovane età, al ridotto benessere psicologico, alle difficoltà al di fuori del lavoro, alle richieste ed allo stress sul posto di lavoro.

Esso presenta notevoli implicazioni per i medici oncologici, per la sicurezza dei pazienti e può avere conseguenze negative sulla qualità dell'assistenza ai pazienti, sulla soddisfazione professionale e sulla vita personale.

Un altro recente studio ha indagato la prevalenza del burnout e i fattori lavorativi che possono influenzare lo stile di vita tra gli oncologi.

Anche qui la Maslach Burnout Inventory (MBI) è stata somministrata insieme ad una serie di domande aggiuntive che esploravano i fattori di lavoro e lo stile di vita.

Sono state condotte analisi statistiche per identificare i fattori associati al burnout.

Hanno risposto ai questionari un numero di 737 soggetti (provenienti da 41 paesi europei), di cui 595 (81%) erano giovani oncologi. Il 71% dei giovani intervistati ha mostrato segni di burnout soprattutto nelle sotto scale che riguardano l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione.

I tassi di stress erano significativamente diversi in tutta Europa ed il tasso più elevato è risultato nell'Europa centrale.

Una survey del 2022, condotta da Medscape, ha evidenziato, invece, come lo stress lavorativo, in ambito oncologico, possa essere causato dagli eccessivi compiti burocratici, dalle troppe ore di lavoro e dall'aumento della computerizzazione.

Diversi autori sottolineano ancora la necessità di monitorare alcuni fattori che sono peculiari dell'ambito oncologico.

Il personale curante sperimenta notevoli difficoltà di adattamento al lavoro quotidiano con i malati di cancro, difficoltà che aumentano con il tasso di gravità della malattia e l'incertezza della diagnosi.

Una condizione comune riguarda l'impossibilità di ritirarsi dalla reazione col paziente e col familiare.

Una volta instaurata l'alleanza terapeutica, soprattutto quando il decorso della malattia diventa infausto, il rischio è che si possono riattivare esperienze negative e dolorose che riguardano la sfera personale del curante.

Un percorso formativo che consenta di acquisire conoscenze e competenze per una cura globale del paziente, diventa così ineludibile per comprendere e gestire l'impatto psicologico, sul personale sanitario, delle emozioni e del disagio vissuto dal paziente e dal familiare/caregiver.

Altre dimensioni correlate allo stress lavorativo in tale ambito riguardano le condizioni di *stress traumatico secondario*, *stanchezza da compassione* e *stanchezza da empatia* fino al *distress morale*.

I sistemi sanitari, avvalendosi di personale esperto, devono essere in grado di rilevare i segnali di sofferenza dei curanti, a partire proprio da queste suddette manifestazioni, per un efficace lavoro di prevenzione sistematica dello stress lavorativo.

La prevalenza di alcune forme di disagio mentale sperimentate dai curanti dell'area oncologica (come i disturbi dell'umore di tipo depressivo, i disturbi dell'adattamento e di ideazione suicidaria) è stata affrontata dall'American Society of Clinical Oncology (ASCO).

Le indicazioni di ASCO fanno riferimento sia alla necessità di attenzionare e prevenire le varie forme di burnout sia all'opportunità, più in generale, di porre una specifica attenzione alla salute mentale ed al benessere dei sanitari.

Lo stress lavorativo al tempo del COVID

Diversi studi hanno evidenziato come il COVID-19 abbia intensificato lo stress lavorativo, specie quello degli operatori sanitari.

L'Inter-Agency Standing Committee (IASC), ha fornito durante la pandemia, e continua a fornire, indicazioni specifiche sui comportamenti che il personale sanitario deve adottare per prevenire/ridurre lo stress derivante dal lavoro in tale ambito.

Diversi dati sono stati riportati, a seguito della pandemia da SARS-COV-2, in particolare nelle situazioni di emergenza legata alla malattia secondaria (COVID), sia nel personale medico che in quello infermieristico.

Vari fattori si sono intersecati tra loro a questo livello: sovraccarico lavorativo, implicazioni emotive nel seguire le persone a rischio per la vita, angoscia di morte, timore per il contagio per sé e per i propri cari, stigmatizzazione, da parte degli altri, sulla possibilità di essere portatori del virus.

Sembra che, dalla pandemia in poi, una maggiore attenzione si sia venuta a creare, da parte dei datori di lavoro, specie di alcuni paesi europei più illuminati, nell'indirizzare i lavoratori, verso i servizi di consulenza psicologica.

Il lavoro in team come risorsa

L'International Psycho-Oncology Society (IPOS), raccomanda l'impiego del modello multidisciplinare per il migliore trattamento dei pazienti con cancro.

Affinché le cure siano ottimali, i clinici devono essere in relazione tra loro, in un team interdisciplinare. Il trattamento del cancro richiede, dunque, il coinvolgimento di un team multidisciplinare di professionisti sanitari. Una comunicazione efficace ed una collaborazione fattiva sono essenziali nel team dei curanti.

Tali presupposti, tuttavia, possono essere compromessi da conflitti interprofessionali o difficoltà nel gestire le emozioni durante le interazioni con i colleghi.

Per affrontare tali sfide e promuovere il benessere psicologico dei membri del team oncologico è necessario adottare una serie di strategie mirate.

La letteratura scientifica fornisce una serie di buone prassi e strumenti ad hoc per fronteggiare efficacemente lo stress lavorativo dei membri del team oncologico.

È di fondamentale rilevanza educare i curanti a superare le divergenze e ad aver cura del proprio benessere fisico e psicologico, allo scopo di prevenire l'esaurimento professionale.

Le organizzazioni sanitarie dovrebbero promuovere costantemente il lavoro in team ed una adeguata cultura del benessere.

Riflessioni conclusive

Le azioni di prevenzione e di gestione dello stress lavorativo, in ambito sanitario ed oncologico, devono seguire le regole generali imposte dall'Accordo Quadro Europeo e dall'Accordo Interconfederale, regole che ogni paese europeo ha recepito e reso esecutive in ogni ambiente di lavoro. La responsabilità di stabilire le misure adeguate da adottare spetta al datore di lavoro.

Tali misure devono essere attuate con la partecipazione e la collaborazione dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti.

L'oncologia è spesso caratterizzata da un alto grado di incertezza, sia per quanto riguarda le diagnosi, sia per quanto riguarda l'efficacia dei trattamenti.

Tale condizione può generare ansia e stress nei curanti, specialmente quando essi devono prendere decisioni importanti che riguardano la vita dei pazienti.

Per prevenire, eliminare o ridurre lo stress lavorativo si può ricorrere a varie misure. Si possono introdurre misure specifiche per ciascun fattore di stress individuato oppure le misure possono rientrare nel quadro di una politica anti-stress integrata nell'organizzazione lavorativa.

Un'equilibrata gestione tra lavoro e vita personale diventa cruciale per prevenire tale fenomeno.

Gli operatori che hanno difficoltà a stabilire confini sani tra lavoro e vita personale possono trovarsi ad affrontare un maggiore rischio di esaurimento emotivo.

È importante da parte di chi organizza, riconoscere il valore del lavoro svolto dai membri del team oncologico ed esprimere gratitudine per il loro impegno e la loro dedizione.

Le istituzioni sanitarie dovrebbero facilitare l'accesso a servizi di supporto psicologico, espressamente dedicati ai curanti. Questi possono includere consulenza individuale, gruppi di sostegno e programmi di gestione dello stress.

È buona prassi educare i professionisti sanitari all'importanza dell'autocura e fornire loro strumenti pratici per gestire lo stress.

Un'adeguata e continua formazione alle tecniche di ascolto attivo, resilienza ed empatia, può rappresentare una efficace azione preventiva per ridurre lo stress e costruire il coinvolgimento. Investire nel benessere psicologico dei membri del team oncologico rappresenta una strategia di sicura efficacia per garantire qualità e sostenibilità delle cure oncologiche.

In definitiva, il metodo di lavoro in team, l'adozione di soluzioni moderne per la gestione dello stress, l'acquisizione di strategie di resilienza, la possibilità di avvalersi di una consulenza psicologica, l'abitudine a coltivare la forma psico-fisica, l'opportunità di usufruire di interventi mirati allo scopo di maturare consapevolezza, la ricerca di connessione con i colleghi e la possibilità di considerare una serie di fattori contestuali e individuali per comprendere appieno il fenomeno dello stress lavorativo, rappresentano, insieme, la svolta significativa per migliorare il benessere psicologico dei curanti e sviluppare strategie di prevenzione e gestione efficaci in tale ambito.

Bibliografia e Sitografia

- <https://www.repertoriosalute.it/wp-content/uploads/2015/06/ACCORDO-EUROPEO-STRESS-INTERCONFEDERALE-8.10.2004.pdf>
- Martin E. P. Seligman e Mihaly Csikszentmihalyi, *Positive Psychology: An Introduction*, in *American Psychologist*, vol. 55, n. 1, 2000, pp. 5-14.
- T. Cox and E. Rial-Gonzalez, 'Work-related stress: the European picture', *European Agency for Safety and Health at Work Magazine*, No 5, 2002, pp. 4-6.
- https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9f53b8c2-75a1-404a-851f-65d4b826d528.0005.02/DOC_2&format=PDF#:~:text=Work%2Drelated%20stress%20is%20conditioned,human%20suffering%2C%20disease%20and%20death
- Buunk B. P., Schaufeli W. B., "Burnout: a perspective from social comparison theory" In: *"Giornale Italiano di Psicologia"*, mar. 2005, vol. XXXII, n. 1, pp. 33.
- Grassi L, McFarlan D, Riba MB. *The problem of burnout, depression, and suicide in physicians: a general overview*. In: Grassi L, McFarland D, Riba MB, eds. *Burnout, depression, and suicide in physicians. Insights from oncology and other medical professions*. New York: Springer, 2022.
- Grassi L., Costantini A., Biondi M., "Manuale pratico di Psico-Oncologia"; Il Pensiero Scientifico Editore. Seconda edizione, gennaio 2023.
- Matthew Yates, Victoria Samuel, *Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis*. *European Journal of Cancer Care* may 2019 <https://doi.org/10.1111/ecc.13094>
- S. Banerjee, R. Califano, J. Corral, E. de Azambuja, L. De Mattos-Arruda, D. Olmos. "Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey" *Original Article, Supportive care; Annals of Oncology; Volume 28, Issue 7, July 2017, Pages 1590-1596*
- <https://www.medscape.com/slideshow/2022-lifestyle-oncologist-6014776#1>
- Hlubocky FJ, *Attending to oncology team well-being*. *JCO Oncology Practice* 2022; 18(8):541-542.
- Hlubocky FJ et al. *Impact of the COVID-19 pandemic on oncologist burnout, emotional well-being, and moral distress: Considerations for the cancer organization's response for readiness, mitigation, and resilience*. *JCO Oncol Pract* 2021;17:365-374.
- https://www.siponazionale.it/pdf_2015/Linee_Guida_SIPO_2015.pdf

INTERVENTI ORIENTATI AL BENESSERE PSICOLOGICO E ALLA PROMOZIONE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Rosangela Caruso

Direttore Programma di Psico-Oncologia, UOC Psichiatria Ospedaliera a direzione universitaria, AUSL di Ferrara

Maria Giulia Nanni

Direttore UOS SPDC/Psichiatria Ospedaliera AUSL di Ferrara

La sofferenza psichica nei pazienti oncologici si presenta con una considerevole eterogeneità clinica, e con elevata prevalenza, riportata in letteratura all'interno di un range del 30-60%

Le manifestazioni cliniche principali comprendono depressione, ansia, disturbi da somatizzazione e post-traumatici.

Le differenze nella presentazione clinica possono dipendere da fattori correlati alla severità della malattia così come a fattori personali e sociali e alla fase del ciclo della vita in cui irrompe la patologia oncologica.

La sofferenza dei pazienti affetti da cancro è inoltre spesso aggravata da distress di tipo spirituale, a causa della frattura esistenziale che la diagnosi potenzialmente porta con sé, modificando il senso del futuro, la visione della vita, del mondo e di sé stessi e l'attribuzione di significato di fronte alla minaccia per la propria integrità fisica o sopravvivenza.

Elevati livelli di distress spirituale ed esistenziale sono correlati a esperienze di mancanza di speranza e suicidio, come dimostrato dalla letteratura che evidenzia come pazienti con maggiore sofferenza spirituale presentano più alto rischio di suicidio e di sentimenti di disperazione indipendentemente dallo stadio di malattia.

Per far fronte alla complessa necessità di cura dei pazienti oncologici, il Programma di Psico-Oncologia dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara, ha messo in atto diversi percorsi terapeutici, volti a incontrare i bisogni dei pazienti in un'ottica di personalizzazione della cura.

Uno screening iniziale, atto a valutare la presenza di distress clinico ed esistenziale permette di offrire ai pazienti interventi di psicoterapia centrata sul significato individuali, di coppia e gruppal.

I caregiver informali hanno l'opportunità di essere seguiti con colloqui individuali e all'interno di gruppi di psicoeducazione volti al miglioramento della comunicazione e della relazione con i propri cari.

Lo Studio DISP (Dignità e Spiritualità nei pazienti con malattia oncologica), basato sull'intervento di Dignity Therapy di Harvey Chochinov e coordinato dal centro di Ferrara, ha evidenziato una correlazione tra senso di dignità con le dimensioni di pace interiore e senso di significato/scopo.

Ha inoltre messo in luce una correlazione diretta tra senso di dignità e sintomi fisici del cancro.

L'intervento di gruppo HUE (Humanistic-Existential Group Therapy), per pazienti in stadio non avanzato di malattia, messo a punto nel centro di Ferrara, ha indicato un miglioramento della percezione della propria dignità e della crescita post-traumatica nelle pazienti che vi hanno partecipato.

La psicoterapia individuale CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully) per pazienti con malattia metastatica evidenzia un miglioramento dei sintomi depressivi e dell'angoscia di morte, oltre che un aumento della crescita post-traumatica.

Infine, l'intervento psicoeducazionale di gruppo per caregiver ha evidenziato un miglioramento della comprensione delle dinamiche emotive legate alla malattia e un elevato grado di soddisfazione nei partecipanti.

In conclusione, una consapevolezza di bisogni esistenziali dei pazienti e l'offerta di interventi diversificati e personalizzati, permette una presa in cura effettivamente centrata sulla persona, volta a migliorarne la sofferenza in senso multidimensionale.

NUOVE TECNOLOGIE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E GESTIONE DELLE EMOZIONI NEI PAZIENTE

Dorella Scarponi

Dirigente Medico Unità operativa Pediatria Pession. IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

La valenza dell'espressione emozionale è nota poiché le emozioni rappresentano, fin dai primi mesi di vita i principali regolatori del contatto e delle relazioni interpersonali.

Le espressioni emozionali, infatti, fanno parte delle relazioni d'attaccamento, ma nello stesso tempo contribuiscono a costruire le relazioni stesse.

Le emozioni sono pertanto una forma di linguaggio la cui attuazione è imprescindibile dalla conoscenza delle situazioni che le producono.

L'accento posto dagli autori sulla comprensione degli antecedenti situazionali sottolinea quanto le emozioni 'affiorano sempre all'interno di una relazione, ovvero di un'attribuzione di significati e di uno scambio comunicativo interattivo, sia esso intrapersonale o interpersonale in cui la valutazione delle caratteristiche del campo totale influenza l'esperienza emotiva stessa.

Valutare il risalto che assume l'emozione espressa dal volto tiene conto del significato che tale emozione ha all'interno di una specifica relazione.

Il risalto dell'espressione mimica del volto dell'adulto, indicativo di specifiche emozioni, potrebbe tuttavia venire accentuato, attenuato o distorto dalla sofferenza del piccolo paziente. Di conseguenza, esaminare le variazioni di tale risalto nella percezione del paziente oncologico può consentire di individuare precisi aspetti psichici su cui focalizzare un intervento psicologico per migliorare la qualità della vita.

Una modalità per valutare il risalto dell'espressione mimica del volto adulto è costituita dalla tecnica della "sequenza di immagini da completare".

Tale tecnica, proponendo una scelta tra i fattori mimici e quelli di contorno del volto nell'immagine, permette di obiettivare il risalto dell'emozione.

È noto che, oltre all'espressione mimica, anche i fattori di contorno del volto hanno un loro peso nella percezione infantile.

Infatti nel primo anno di vita la pettinatura o il copricapo della madre giocano un ruolo importante nel processo di identificazione e successivamente possono caratterizzare l'appartenenza di una persona a una data situazione.

La tecnica della sequenza di immagini da completare è già stata impiegata in varie ricerche che hanno esaminato il risalto dei fattori mimici del volto che esprimono le emozioni e dei fattori di contorno del volto che caratterizzano l'appartenenza dell'immagine della persona a un dato contesto. Tali ricerche hanno dimostrato, in una popolazione in buona salute, che, col progredire dell'età, i fattori di contorno perdano risalto in favore dei fattori mimici. Il risalto significativo dei fattori mimici rispetto ai fattori di contorno del volto compare nell'arco compreso tra 5 e 8 anni ed è funzione:

- 1) Del tipo di emozione rivelata dall'espressione del volto. Infatti il risalto dell'espressione mimica di uno stato emozionale indirizzato verso il bambino (es. rabbia) si impone ad un'età inferiore rispetto a quando lo stato emozionale concerne la persona stessa, (es. tristezza), non è cioè indirizzato al bambino.
- 2) Del ruolo della persona che esprime l'emozione. Il risalto dell'espressione triste di una figura femminile adulta, con ruolo d'insegnante diviene significativo ad un'età inferiore a quella in cui lo diviene quando la stessa figura ha il ruolo di madre.
- 3) Del tipo di rapporto interpersonale. Per esempio in situazioni in cui l'emozione arrabbiata o triste dell'adulto è dovuta ad un incidente in cui il bambino ha parte attiva oppure è solo spettatore, l'espressione dell'adulto assume maggior risalto quando il rapporto è del tipo bambino frustrante/adulto frustrato.

Una recente ricerca con un gruppo di bambini oncologici di 6-11 anni ha messo in evidenza che questi bambini scelgono l'immagine che dà risalto all'espressione mimica adeguata come già accadeva ai coetanei in buona salute delle precedenti indagini.

Il gruppo sperimentale è costituito da 50 pazienti oncologici di entrambi i sessi; tali pazienti sono stati suddivisi in due fasce d'età. 29 soggetti compresi tra 8 e 11 anni e 21 soggetti tra 12 e 17 anni. Il gruppo di controllo è formato da 153 soggetti di ambo i sessi, di cui 64 di 8-11 anni e 89 di 12-17 anni.

A ciascun soggetto sono state somministrate in modo randomizzato tre sequenze di immagini da completare che danno risalto rispettivamente a tre emozioni negative (rabbia tristezza paura).

Ogni sequenza consiste nella presentazione di tre immagini, raffiguranti brevi storie vicino alla realtà della vita infantile, che il soggetto deve completare con una quarta immagine scegliendo tra un'immagine con l'espressione mimica dell'emozione negativa, in buona continuità con lo svolgimento della storia ma i cui fattori di contorno del volto sono modificati, e un'altra immagine in cui tali fattori di contorno restano uguali ma che presenta un'espressione emotiva positiva (contentezza), inadeguata allo sviluppo degli avvenimenti.

Al termine di ciascuna sequenza è stato chiesto al soggetto il motivo di ogni specifica scelta fatta.

I soggetti 8-11 anni scelgono i fattori mimici con una frequenza significativamente superiore rispetto ai soggetti di 12-17 anni.

Nei soggetti oncologici non vi sono differenze significative nella scelta i fattori di contorno del volto e fattori mimici tra i due livelli d'età sia per la rabbia che per la paura, mentre per la tristezza i soggetti 12-17 anni scelgono i fattori di contorno del volto con frequenza significativamente superiore rispetto ai soggetti di 8-11 anni.

Nei soggetti di controllo invece non ci sono differenze significative tra i due livelli di età nelle scelte i fattori di contorno del volto e fattori mimici per la tristezza, mentre emergono frequenze significativamente superiori nelle scelte fattori di contorno del volto nei soggetti di 12-17 anni, rispetto a quelli di 8-11 anni, per quanto riguarda la rabbia e la paura.

Dai dati emerge che nei soggetti normali e patologici di 8-11 anni viene scelta, in maniera significativa, l'immagine che dà risalto all'espressione mimica delle tre emozioni negative causate dagli avvenimenti.

In questa fascia d'età per coloro che scelgono invece l'immagine contenta, l'inchiesta rivela che tale scelta è motivata dal fattore contorno e dal desiderio che la storia termini felicemente. In quest'ultimo caso converge pertanto sia il motivo affettivo sia l'esigenza di mantenere immutati i fattori di contorno del volto per comporre l'incongruenza proposta dalla situazione sperimentale.

Nei soggetti 12-17 anni aumenta, rispetto a quelli di 8-11 anni, la percentuale di coloro che scelgono il volto contento.

Nel gruppo dei pazienti oncologici tale scelta aumenta significativamente quando essa riguarda l'incongruenza relativa all'emozione tristezza, mentre nel gruppo di controllo ciò avviene per le emozioni della rabbia e della paura.

Gli adolescenti non oncologici compongono l'incongruenza scegliendo l'immagine contenta con gli stessi fattori di contorno del volto e in tal modo evitano che la madre si arrabbi.

Si può pensare che il superamento dell'incongruenza sia motivata dalla necessità di salvaguardare l'immagine ideale dell'adulto: un adulto a cui è consentito di rattristarsi ma che riesce a non arrabbiarsi e a non avere paura.

Gli adolescenti oncologici invece compongono l'incongruenza quando la madre si rattrista. In tal caso si può pensare che il centro dell'attenzione del soggetto sia rivolto al mantenimento della relazione con l'adulto, essenziale quale fonte di sostegno e di conforto in questa fase drammatica della loro vita.

Una madre che si rattrista a causa del bambino rischia infatti di ritirarsi in sé stessa lasciando il figlio solo con le sue angosce.

In conclusione tale studio sottolinea quanto il paziente oncologico si trovi nella necessità di tener conto delle emozioni espresse dal volto dell'adulto, poiché la qualità del sentimento che risalta offre informazioni sulla disponibilità interiore del genitore a stabilire una soddisfacente relazione e può dare fondamento al senso di sicurezza del figlio, proteggendolo dall'angoscia.

La scelta di NAO. Abbiamo proposto e condotto una ricerca, esposta all'approvazione del Comitato Etico della nostra Azienda, che ci ha aiutati a valutare l'applicabilità di un umanoide nello studio delle emozioni emergenti in pediatria: Psico-Robotica-2017-01, Policlinico S. Orsola

NAO per come è e per come viene accettato e vissuto consente al paziente di immaginare un legame alla pari con l'interlocutore che pone delle domande.

L'identificazione del paziente con NAO, come coetaneo, equivalente di sé, gli evita il confronto con un adulto significativo o un suo equivalente (genitore, operatore, insegnante) che richiede uno spostamento d'attenzione da sé all'altro in quanto *“portatore di cure”*.

Tener conto delle emozioni espresse dal volto dell'adulto, poiché la qualità del sentimento che risalta offre informazioni sulla disponibilità interiore del genitore a stabilire una soddisfacente relazione, può dare fondamento al senso di sicurezza del paziente, proteggendolo dall'angoscia.

Tale nuova relazione interlocutoria permette al soggetto di mantenere l'attenzione sui propri sentimenti, anche negativi, senza la necessità di dover tutelare, con la propria risposta, l'adulto.

I sentimenti della tristezza e della rabbia, così come della gioia, vengono definitivamente alla luce, riconosciuti apertamente come tali.

Rimane sullo sfondo il sentimento della paura, parzialmente riconosciuto, fatto proprio, come se pervasivamente diffuso e quindi non identificabile ed esprimibile.

Tale emozione, così evidente all'osservazione clinica del comportamento dei pazienti, indipendentemente dall'età, diventa l'inespresso prevalente di tutti i soggetti di età maschile, sia essi pazienti - oncologici e non oncologici - che fratelli.

I risultati ottenuti e il confronto tra esperti, individuano in NAO la modalità robotica capace di sostenere l'espressione delle emozioni provate (o rimosse) da pazienti pediatriche affetti da gravi patologie.

NAO, per le sue caratteristiche, stimola infatti nei pazienti della fascia di età 7-14 anni buone proiezioni relazionali, la collaborazione e la disponibilità a rispondere alle domande.

Inoltre esso riduce, per il fatto di essere un umanoide e quindi non appartenere né al nucleo familiare né allo staff, il timore di provocare, con le risposte date, sentimenti negativi nell'adulto di riferimento, quali la tristezza e la rabbia.

LA TANGO TERAPIA METODO TROSSERO: UN ENTUSIASMANTE VIAGGIO DALL'ARGENTINA ALLA PSICO-ONCOLOGIA

Anna Costantini

Servizio di Psicologia e Psico-Oncologia. Clinica Villa Margherita, Roma, Past President e Consigliere Nazionale SIPO

“Ci si abbraccia per ritrovarsi interi.” (Alda Merini)

La curiosità per la complessità della mente umana e l'idea di dare sollievo alla sofferenza psicologica e fisica sono state le motivazioni razionali alla scelta della professione di psicoterapeuta.

La ricerca dell'antidoto segreto, della pietra filosofale che potesse rendere la mente meno inerme di fronte alle grandi paure di un essere umano, il dolore, la perdita e la morte sono state le motivazioni profonde e personali che hanno sostenuto la scelta del lavoro in oncologia insieme ad una conseguente inquietudine esistenziale.

Per questo ho intrapreso un lungo percorso formativo e professionale che ha ininterrottamente accompagnato tutta la mia carriera e che mi ha portato a viaggiare per apprendere ed importare strumenti di valutazione e tecniche psicoterapeutiche in Italia non disponibili, che potessero essere efficaci ed applicabili in un contesto ospedaliero.

Tra queste ad esempio negli anni '90 alcune psicoterapie di gruppo brevi ed a tempo limitato (1), la Terapia di gruppo per pazienti oncologici (2) o negli anni 2000 il metodo Onco-Talk per l'insegnamento delle comunicazioni difficili in oncologia (3), la Meaning Center Psychotherapy (4) o il Demoralization Index per misurare la sindrome di Demoralizzazione (5).

A tale proposito quando nel 2010 andai all'MD Anderson Cancer Center di Houston, per una collaborazione sull'insegnamento delle abilità comunicative in oncologia, mi presentarono uno psicologo italiano, Lorenzo Cohen, che dirigeva il programma di Medicina integrata dove attività complementari quali ad esempio la musicoterapia, venivano offerte e studiate.

Già da anni era noto che diversi centri per la cura del cancro come lo Sloan Kettering Cancer Center di New York avevano programmi di Medicina integrata che si affiancavano alla cura medica tradizionale, utilizzando tecniche quali lo yoga tibetano, la mindfulness, e terapie creative quali arteterapia, musicoterapia o terapia attraverso i movimenti della danza in una visione riabilitativa a 360 gradi centrata sul recupero del benessere della persona.

Pensai che effettivamente in Psico-Oncologia avevamo dimenticato il corpo, proprio quel corpo così mortificato dalle terapie oncologiche mediche e chirurgiche.

Dovevo trovare qualcosa di più oltre alla cura con le parole.

Qualcosa che riaccendesse la vita da dentro il sistema propriocettivo, da dentro i muscoli stessi, da dentro la mente incarnata in linea con la recente tendenza alla riscoperta del corpo nelle scienze cognitive e in psicoterapia (*“La mente è immanente nei circuiti che sono contenuti nel sistema cervello, più corpo, più ambiente”* Bateson 1972)

Da cultrice e ballerina di tango argentino pensai subito alla opportunità di utilizzare il tango, quel tango che tante persone iniziavano a ballare in momenti critici della loro vita.

È esemplificativa l'espressione spenta di Richard Gere nel film *Shall we dance* (2004), nel ruolo di un avvocato di successo che insoddisfatto della sua vita, inizia un corso di ballo recuperando vitalità e motivazione.

Pensai ai/le nostri pazienti che attraversano un'esperienza di malattia che mortifica le loro emozioni vitali, e quasi sempre il loro corpo e la capacità di esprimersi e sentire attraverso questo.

Per loro il tango, come scrisse un poeta e romanziere argentino Ernesto Sabato, come *“espressione di un lirismo universale, nutrito di temi e sentimenti eterni come la passione, la sensualità, la nostalgia, la rabbia”* poteva essere un potente catalizzatore di emozioni.

Così contattai Federico Trossero, psichiatra e psicoanalista argentino di Rosario autore di un libro *Tango terapia*, ritenuto di interesse dal Senato della Repubblica Argentina (6).

Trossero sosteneva di aver scelto il tango, nella sua psicoterapia, per le sue caratteristiche di catalizzatore di emozioni attraverso il corpo (primo vettore della comunicazione umana), per essere l'unico ballo d'improvvisazione che, come tale, stimola la creatività e offre libertà di espressione e l'unico a utilizzare l'abbraccio chiuso.

“Il corpo, aggiungeva Trossero, fornisce un linguaggio che ha una ricca dimensione simbolica, invia messaggi attraverso il movimento/emozione che decodifichiamo dal piano cinesico ad un piano paralinguistico e prossemico. L’elaborazione delle dimensioni sensoriali, percettive, propriocettive e cognitive aiuta la capacità di comprensione della persona e supporta una maggiore integrazione individuale e sociale”.

Per la complessità del percorso terapeutico trovai il metodo Trossero ricco di elementi da utilizzare nella riabilitazione oncologica, grazie all’integrazione di riferimenti concettuali provenienti da diverse discipline quali la psicoterapia di gruppo, lo psicodramma, la sociologia, la psicoanalisi.

Altri modelli teorici a cui attinge fanno riferimento ai lavori di Spitz sulla deprivazione affettiva e del contatto fisico, a quelli di Bowlby che individuano nel contatto una fonte di riconoscimento reciproco. La tango terapia metodo Trossero può essere definita una psicoterapia di gruppo che integra elementi del tango (la sua danza, musica, poesia, la sua cultura, la sua filosofia, i suoi codici e simbolismi) per avvicinare alla conoscenza della psiche, consentendo elaborazioni diagnostiche, terapeutiche e di ricerca.

Nella sua applicazione alla pratica clinica e dal punto di vista della tecnica il metodo Trossero segue criteri operativi standardizzati e si articola in moduli diversi: alcuni dedicati al ballo del tango e altri strettamente psicoterapeutici.

Da gruppoanalista e cultrice del tango argentino trovai tutto ciò stimolante e convincente.

Lo invitai per la prima volta in Italia nel 2011 per una conferenza nell’Ospedale Universitario Sant’Andrea di Roma dove ho lavorato per 20 anni e per avviare una collaborazione per un progetto clinico sperimentale che includesse la tango terapia nella riabilitazione oncologica.

“Non ti prenderanno sul serio”, “Hai una reputazione da difendere, trova argomenti scientifici” mi sentii dire.

Da diverse parti ho sentito curiosità e sospetto nell’ipotesi dell’uso terapeutico del tango, forse perché ancora è visto con pregiudizio come frivolo, promiscuo e *“lascivo”*.

Eppure la danza e la musica erano già entrate molto tempo prima in ospedale e la loro efficacia dimostrata in alcuni outcomes di salute anche in revisioni Cochrane.

La danza terapia nasceva con Marian Chase che negli anni 30 si cominciò a chiedere che cosa cercavano i suoi allievi nel movimento quando continuavano a studiare anche di fronte al fallimento tecnico e alla impossibilità di esibirsi in pubblico.

Marian Chase si rese conto che le persone esprimevano dei bisogni attraverso i loro corpi e cercò di cambiare il senso del suo lavoro, empatizzando con i suoi allievi come persone e convincendosi che il movimento corporeo era correlato a problemi di ordine emozionale.

Iniziò quindi a lavorare con bambini e ragazzi/e inviati da psicologi e pediatri.

Nel 1940 entrò come danza-terapeuta nell’Ospedale psichiatrico federale S. Elisabeth di Washington DC, diretto dal dr Overholser promotore di nuove idee promettenti.

La prima Conferenza sulla Tango terapia in Italia risale dunque al luglio 2011 a Roma, nell’aula magna dell’Ospedale Sant’Andrea alla presenza dell’Ambasciatore argentino e del Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia dell’Università Sapienza.

La conferenza sulla Tango terapia divenne una consuetudine ripetuta annualmente presso l’Ospedale Sant’Andrea, preliminare ai Corsi annuali di Formazione in Tango terapia.

Dai temi trattati negli anni ne emerse come i benefici della danza e dell’esercizio fisico erano noti da tempo, ma solo recentemente i neuroscienziati avevano dimostrato come l’esercizio fisico aumentasse i livelli di un gruppo di proteine della famiglia delle neutrofine nel cervello il BDNF il fattore neurotrofico cervello-derivato, implicato nei meccanismi di plasticità sinaptica, della sopravvivenza e della differenziazione dei neuroni sia nel sistema nervoso centrale che in quello periferico e che inoltre, sostanze legate al piacere come serotonina e dopamina sono rilasciate. Queste influenzano l’umore, la vitalità l’attivazione e sentimenti di benessere.

Che la musica, poi, influenzasse la salute e lo stato d’animo era un concetto acquisito.

Con il termine *“Effetto Mozart”*, fin dagli anni ’90, veniva definito quel fenomeno per cui la musica può agire direttamente sull’organismo modificando il nostro stato emotivo, fisico e mentale.

La musica riporta immagini alla mente, stimola ricordi, modula misure mediate dal tronco cerebrale quali battito cardiaco, polso, pressione sanguigna, temperatura del corpo, conduttanza cutanea e tensione muscolare, può ridurre lo stress e modulare il livello di attivazione attraverso l’asse ipotalamo-ipofisi surrene.

Effetto quest'ultimo largamente mediato dal tempo (ad es. lento o rapido, i neuroni del tronco cerebrale si sincronizzano con il tempo della musica).

Certamente oltre allo stile musicale, le diverse dimensioni di personalità sono fattori che mediano le risposte fisiologiche di stress alla musica.

Un testimonial ne è Ezio Bosso (che operato nel 2011 per una neoplasia cerebrale perse la capacità di suonare e di parlare) e che nella sua bella intervista su Repubblica definisce la musica *“una magia, la nostra vera terapia”*.

Per quanto poi riguardava il tango studi condotti in Australia, Germania e USA avevano usato il tango come terapia complementare nella riabilitazione di malattie neurologiche come il Parkinson, o degenerative come maculopatia degenerativa, e nelle depressioni lieve e moderate.

La teoria dietro il tango per migliorare la salute per questi autori si basava sul fatto che la concentrazione e il movimento richiesto per ballare il tango ingaggiassero il cervello in modo positivo, insieme all'effetto positivo della socializzazione sull'umore. (7)

Il tango argentino è definito da Trossero *“un abbraccio che si balla”* proprio per essere come già detto l'unico ballo che usa l'abbraccio chiuso ed intimo.

È stato sottolineato, nelle diverse conferenze, l'effetto dell'abbraccio negli esseri umani e nei mammiferi sulla produzione di ossitocina, un neurotrasmettitore che agisce come un ormone, secreto dal cervello in diverse circostanze quali il post partum, l'allattamento, orgasmo, quando ci si tiene per mano, ci si abbraccia, quando ci si sente connessi e al sicuro.

La produzione di ossitocina è associata ad un decremento del cortisolo, l'ormone dello stress, con conseguenti sentimenti di rilassamento e contentezza emotiva e a comportamenti pro-sociali come la fiducia e lo stringere legami.

Nel corso di 12 anni dal 2011 al 2023 abbiamo successivamente organizzato 9 Conferenze, un progetto pilota per pazienti oncologici, 9 Corsi di formazione per Tango terapeuti e assistenti in tango terapia, 2 workshop esperienziali, 2 Corsi avanzati e 3 gruppi di tango terapia con donne operate di cancro mammario inseriti in un protocollo clinico sperimentale (8).

Di particolare interesse e complessità il corso avanzato effettuato nel 2023 su Tango e Archetipi aperto a chi ha completato il primo livello di formazione, basato sull'esistenza di un inconscio individuale e collettivo, e su archetipi arcaici e dove le figure, gli eventi e i temi archetipici, i miti sono usati per aiutare nella ricerca interiore di schemi e conflitti inconsci mentre il lavoro verbale di gruppo arricchisce e completa tale lavoro rivelando e contestualizzando contenuti psichici.

Di nuovo in questo modulo avanzato il corpo, il movimento, la comunicazione facilitata attraverso la danza del tango e la musica, permettono di avvicinarsi al riconoscimento consapevole di aspetti personali come nel modulo base ma un'attenzione particolare viene data al contenuto simbolico chiave di accesso alla psiche profonda, con la riflessione e attraverso la mediazione della parola. (Trossero comunicazione personale).

Nonostante le difficoltà, gli ostacoli e le possibili limitazioni di applicazione del metodo Trossero descritte nelle pubblicazioni a riguardo, possiamo concludere che la tango terapia è un intervento mente – corpo globale breve e a tempo limitato, un intervento attivo, non passivo come una pillola antidepressiva o ansiolitica (*“Pensieri terapeutici”* M. Biondi), un metodo che a differenza di una psicoterapia tradizionale è accessibile a molti, anche a chi ha difese verso interventi basati solo sulla parola (come ad esempio alexitimici), ha effetti positivi sulla qualità delle vite e favorisce la ripresa del contatto con il proprio corpo, il sentirsi accettati e toccati da altri dopo terapia oncologica.

Per quanto riguarda i dati di esito sono pubblicati altrove (8).

Qui vorrei concludere con le parole utilizzate per descrivere l'esperienza dalle pazienti dei nostri gruppi in oncologia: un'esperienza *“impegnativa, intensa, stimolante, profonda, appassionante, rimotivante”*, *“la cosa bella è aver organizzato questo gruppo in Ospedale per cambiare in positivo la percezione dell'Ospedale: non si viene qui solo per la chemio ma per una cosa piacevole”*

Bibliografia:

- (1) Costantini A (a cura di) *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*. McGraw Hill, 2000, due edizioni
- (2) Spiegel D., Classen C. *Terapia di Gruppo per pazienti oncologici – Manuale di intervento psicosociale basato sulle evidenze*. (Edizione italiana a cura di Luigi Grassi e Anna Costantini) McGraw.hill Editore, 2003
- (3) Costantini A., Baile W., Lenzi R., Costantini M., Ziparo V., Marchetti P, Grassi L. *Overcoming Cultural Barriers to Giving Bad News: Feasibility of Training to Promote Truth-Telling to Cancer Patients*. *Journal of Cancer Education*, 24,2009
- (4) Breitbart W, Poppito SR. *Manuale di Psicoterapia Individuale centrata sul significato*. (Edizione Italiana a cura di Anna Costantini e Luigi Grassi) Alpes Editore 2022
- (5) Costantini A., Picardi A., Brunetti S., Guido Trabucchi, et al. *Italian version of Demoralization Scale: a validation study*. *Rivista di Psichiatria*. 10/2013
- (6) Trossero F. *Tangoterapia. Fundamentos, metodología, teoría y práctica*
- (7) Grassi L., Costantini A., Biondi M. *Manuale di Psico-Oncologia. Sfide ed evoluzione delle cure*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2023
- (8) Costantini A, Mazzotti E, Brunetti S, Navarra C, Marchetti P, Trossero F. *Trossero Tango therapy and psychological distress reduction in female cancer patients: an Italian pilot study*. *Clinical and Medical Investigations* 2020;5:1-6 doi: 10.15761/CMI.1000206

MODELLI D'INTERVENTO INNOVATIVI IN CURE PALLIATIVE

Andrea Bovero

SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Nell'ambito della cura dei pazienti in fase terminale è essenziale affrontare non solo i sintomi fisici, ma anche i bisogni psicologici, esistenziali e spirituali, seguendo le orme di Dame Cicely Saunders. Elisabeth Kubler-Ross è stata uno dei primi psicoterapeuti che ha fornito raccomandazioni per lavorare con pazienti con prognosi infausta nel suo libro "On death and dying" (Kübler-Ross, 1969). Ispirato dalle intuizioni di Kübler-Ross, Irvin Yalom, si è dedicato a interventi sistematici per persone nella fase terminale della vita (Yalom, 1980). Yalom ha identificato quattro preoccupazioni fondamentali - morte, libertà, isolamento e mancanza di significato - gettando le basi per la Supportive Expressive Group Psychotherapy (SEGT) sviluppata da David Spiegel.

La SEGT, inizialmente focalizzata sulle donne con cancro al seno metastatico, mirava a fornire un ambiente di supporto per alleviare il trauma di una malattia terminale (Spiegel & Yalom, 1978).

Negli interventi psicologici in cure palliative ci sono alcuni temi ricorrenti ai quali è necessario prestare una maggiore attenzione, quali ad esempio il peso della malattia, il senso di dipendenza, la perdita di significato, la perdita di identità e infine la paura della morte e del morire.

Nonostante i tipi di interventi psicoterapeutici siano diversi, ci sono dei concetti comuni: la promozione dell'autoefficacia, l'attribuzione di senso e significato alla fase terminale della vita, il concetto di generatività che si riferisce alla possibilità di lasciare a chi resta una traccia di sé e la crescita e il cambiamento.

Questi interventi permettono ai pazienti di porre la loro attenzione su ciò che è di valore nel qui ed ora della propria vita (Saracino, 2019).

Con pazienti in cure palliative è necessario sviluppare una relazione terapeutica basata su fiducia, empatia e una presenza compassionevole.

Il terapeuta deve essere consapevole della brevità dell'intervento perché in questa fase la durata della vita può essere ridotta a causa del peggioramento delle condizioni cliniche.

Pertanto, l'intervento sarà flessibile e andranno definiti gli obiettivi al paziente, coinvolgendo anche i familiari nel trattamento se questo è in linea con i suoi bisogni e desideri.

Per favorire un reale benessere è necessaria una continuità nel trattamento e una costante collaborazione con tutta l'équipe di cura (Kredentser & Chochinov, 2020).

Nel corso degli anni '90 l'interesse per il fine vita e i dibattiti sul suicidio assistito hanno permesso di esplorare approcci terapeutici per affrontare la sofferenza psicologica portando allo sviluppo di terapie manualizzate come la Dignity Therapy, la Meaning-Centered Psychotherapy e la Managing Cancer and Living Meaningfully Therapy finalizzate ad alleviare la sofferenza, a preservare la dignità del paziente e a ricercare il significato alla fine della vita.

La letteratura scientifica ha evidenziato che la depressione, l'ansia e la sofferenza esistenziale sono molto diffuse tra gli individui con malattie in fase terminale, ma spesso sono sottostimate dagli operatori in cure palliative e non trattate con strumenti validati (Bovero, 2019).

La Dignity Therapy (DT) è una terapia sviluppata da H. M. Chochinov per persone con una aspettativa di vita breve che contiene interventi finalizzati a promuovere la dignità dei pazienti.

È costituita da una serie di domande aperte che vengono poste al paziente in forma di intervista semi-strutturata.

Tale intervista viene registrata, trascritta per preparare uno scritto denominato "Documento Generativo" che viene restituito al paziente che può dividerlo con altre persone (Chochinov, 2005).

La Meaning-Centered Therapy (MCT) si basa sulla logoterapia di Viktor Frankl ed è un intervento di breve durata che può essere individuale o di gruppo in cui vengono alternati momenti didattici e di discussione con una serie di esercizi esperienziali legati al fine vita.

Lo scopo della MCT è quello di raggiungere la promozione di un ambiente supportivo e favorire l'attribuzione di un significato a ciò che sta accadendo.

Gli obiettivi clinici legati ai bisogni del paziente sono: ridurre la disperazione, la demoralizzazione, la mancanza di speranza e il desiderio di morte anticipata, sostenendo o rafforzando il senso di significato alla fine della vita (Breitbart & Poppito, 2014).

La Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) è una psicoterapia individuale composta da 6 sedute in cui vengono considerati i pattern di attaccamento - intesi come le esperienze precoci con le figure di base che formano modelli di funzionamento interni e stili cognitivi, emozionali e comportamentali stabili e persistenti nelle relazioni significative della vita - che possono esser messi in discussione dall'esperienza di malattia.

I quattro temi principali della CALM sono: la gestione dei sintomi e la comunicazione con gli operatori sanitari; i cambiamenti nella relazione con sé stessi e con gli altri, la spiritualità e la ricerca del significato; l'esplorazione della visione del paziente verso il futuro e sulla morte.

La CALM ha lo scopo di ridurre e prevenire il distress psicologico, facilitando la crescita individuale nella fase finale della vita portando con sé possibilità significative di sviluppo personale (Rodin, 2018).

La comprensione del panorama psicologico dei pazienti in cure palliative fornisce un importante contesto per l'applicazione di interventi psicoterapeutici, i quali rappresentano uno spazio di ascolto compassionevole e non giudicante per la discussione aperta delle paure e delle preoccupazioni legate alla morte e al morire.

Tali interventi attenuano la sofferenza e aiutano i pazienti a mantenere senso, significato, dignità e pace, che influenzano notevolmente il modo in cui le persone vedono sé stesse, gli altri, la loro malattia e il loro futuro.

Bibliografia:

- Bovero A. (2019). *Exploring demoralization in end-of-life cancer patients: Prevalence, latent dimensions, and associations with other psychosocial variables. Palliative & supportive care*, 596–603.
- Breitbart W. S. & Poppito S. R. (2014). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual. Oxford University Press*.
- Chochinov H. M. (2005). *Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 5520–5525.
- Kübler-Ross E. (1969). *On death and dying. Collier Books/Macmillan Publishing Co.*
- Kredentser M. S. & Chochinov H. M. (2020). *Psychotherapeutic Considerations for Patients with Terminal Illness. American journal of psychotherapy*, 137–143.
- Rodin G. (2018). *Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2422–2432.
- Saracino R. M. (2019). *Psychotherapy at the End of Life. The American journal of bioethics: AJOB*, 19–28.
- Spiegel D. & Yalom I. D. (1978). *A support group for dying patients. International journal of group psychotherapy*, 233–245.
- Yalom I. D. (1980). *Existential psychotherapy. Basic Books*.

Sessione Scuola

Premessa

Stefano Gastaldi

Psicologo e Psicoterapeuta, è presidente del Comitato scientifico di Attivecomeprima Onlus e membro del Comitato Etico dell'Istituto Europeo di Oncologia e dell'Istituto Cardiologico Monzino di Milano.

Durante l'adolescenza lo star bene è collegato al continuo adattamento ai cambiamenti e alle esperienze evolutive, che ridefiniscono progressivamente l'identità personale, e alla scoperta di nuovi stati della vita e della propria persona.

I pensieri e le emozioni che accompagnano questi processi sono molto variabili, ma lo star bene ora non è per forza collegato alla stabilità, quanto a una sorta di sentimento di sé che accompagna ogni cambiamento e che accoglie l'instabilità come un fatto normale, in vista delle trasformazioni necessarie a crescere.

Il corpo apre più evolute dimensioni affettive, sociali, desideranti ed è la sede della nuova identità che accompagna all'indipendenza, all'amore, a nuove forme di relazione.

Anche lo sviluppo mentale è rapido e turbolento.

La speranza e lo sguardo sul futuro sono altri ingredienti del benessere, si alimenta anche di nuove competenze cognitive, affettive, fisiche e relazionali che si hanno via via a disposizione.

Anche le emozioni negative connesse ai sentimenti di incertezza si possono utilizzare per stare meglio se le si accoglie senza farsi travolgere, le si comprende e le si condivide.

Star bene, dunque, non è un ideale, ma un processo che guarda a un senso positivo di sé nell'instabilità "necessaria" che accoglie "imperfezioni" e qualità, momenti critici e momenti felici come processi di costruzione di un nuovo valore di sé.

STAR BENE CON LA MENTE

Marta Malacrida

Psicologa, Psicoterapeuta diplomata presso la scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescente e del Giovane Adulto Minotauro di Milano

In adolescenza la mente si trasforma: psicologia e neuroscienze hanno provato a descrivere da diverse angolazioni il complesso e raffinato insieme di mutazioni che investe il cervello e la mente durante la crescita. I pensieri si moltiplicano, si aggrovigliano, si fanno polifonici portando alla luce nuove modalità di funzionare, nuovi colori, nuove sonorità.

Per “*stare bene*” è necessario governare un cambiamento profondo.

All'interno di questo cambiamento è interessante provare a chiedersi cosa significhi davvero “*stare bene con la mente*”: significa essere “*spensierati*”, cioè senza pensieri?

Avere solo pensieri belli?

E ancora, potrebbe rivelarsi utile chiedersi quali sono i pensieri che fanno bene e che fanno male? Quale relazione hanno con emozioni, affetti, corpo?

Per rispondere a questi interrogativi può essere utile pensare alla mente come a una **casa**, uno spazio entro cui poter stare, da curare e a cui fare manutenzione.

Fare casa nella propria mente significa sentirsi sufficientemente al sicuro, in equilibrio, trovare un'integrazione possibile tra segnali del corpo, affetti e pensieri.

È un compito complicato e in adolescenza può esserlo ancora di più dati i cambiamenti che sia il corpo, sia il cervello e gli affetti attraversano.

Ma l'obiettivo verso cui lavorare sembra essere quello di costruire, dentro la propria mente, una casa in cui accogliere e integrare ogni aspetto della propria esperienza, poterla osservare e comprendere.

Anche D. Siegel ha utilizzato la metafora della casa per spiegare, in modo divulgativo, il funzionamento del cervello (2016).

Secondo questo autore il nostro cervello è tripartito, cioè costituito da tre parti fondamentali che possono essere rappresentate da una casa a tre piani: al piano inferiore si colloca il cervello più antico, anche detto cervello rettiliano, che è sede e regola le funzioni neurovegetative involontarie come ad esempio il respiro o il battito delle palpebre, ma anche il soddisfacimento dei bisogni e degli istinti primari.

Al primo piano, invece, si trova quello che viene definito cervello emotivo, sede delle emozioni ma anche della predisposizione a creare legami e relazioni.

Infine, al piano superiore ha sede la corteccia prefrontale mediale, cioè la parte del cervello che produce il pensiero, la capacità di riflettere, di pianificare, di immaginare, di ricordare, di esprimersi, ma anche di gestire e regolare le emozioni.

Tra i tre piani di questa casa, è possibile immaginare una scala, la “*scala della mente*”, che collega e rende possibile la comunicazione e l'accesso alle diverse parti della casa.

Utilizzando questa metafora e questa immagine è possibile tentare di definire quali siano le condizioni e le caratteristiche che possono rendere questa casa poco ospitale o, addirittura, impossibile da abitare.

Una prima modalità ha a che fare con quelle situazioni in cui i pensieri che abitano la casa della mente sono troppi.

I pensieri si sovrappongono, si rincorrono senza dare il tempo di essere accolti e compresi e, nei casi peggiori si colorano di sfumature scure, portando con sé emozioni difficili da gestire.

È una situazione a volte definita *overthinking*, eccesso di pensieri e dell'atto stesso di pensare in cui la mente perde la sua capacità fare luce e comprendere, approfondire o riflettere, ma sembra essere solo un erogatore di idee su di sé o sul mondo che si rincorrono e si sovrappongono fino ad aggrovigliarsi.

Spesso accade che in adolescenza questi pensieri abbiano a che fare con il Sé e con la propria identità in costruzione e possono diventare una voce interna a tratti persecutoria ricordando o sottolineando la propria inadeguatezza, il proprio presunto disvalore, la propria incapacità. In altre situazioni i pensieri si soffermano sulla difficoltà o impossibilità di mantenere il controllo, di gestire gli eventi o le emozioni.

Altre ancora, possono ricadere sul mondo fuori e rappresentarlo come pericoloso e denso di insidie.

Sono moltissime le forme e le distorsioni a cui può andare incontro il pensiero. In ognuno dei casi descritti, questa modalità di pensiero ha in comune però, quale conseguenza, una sensazione di blocco, di confusione, di offuscamento, a cui spesso si accompagnano emozioni e sensazioni disturbanti.

È una modalità di pensiero che offusca più che chiarire, che chiude più che aprire. Ritornando alla metafora della casa, in questo caso è come se il pensiero fosse bloccato, intrappolato all'ultimo piano della casa della mente, senza la possibilità di interfacciarsi, collegarsi e integrarsi con le emozioni e con il corpo.

La scala della mente non funziona e si assiste ad una sorta di invasione di pensieri che si sono come staccati dal corpo e dalle emozioni, viaggiando su binari indipendenti.

Una seconda modalità riguarda quelle situazioni in cui la presenza delle emozioni, magari troppo intense, disturbano il funzionamento del pensiero.

Un esempio tipico che fa riferimento alla fase adolescenziale può riguardare la fatica o addirittura l'impossibilità di affrontare una prova (scolastica, sportiva, sociale) a causa di emozioni e affetti così dirompenti da renderne impossibile il fronteggiamento.

In questa categoria possono essere inserite le difficoltà nell'affrontare un'interrogazione ricordando quello che si è memorizzato come se la mente fosse improvvisamente una scheda bianca, ma anche la presenza di ansia o di affetti così disturbanti da portare all'evitamento e al ritiro come tentativo di fuggire dalla situazione. In tutti questi casi, la difficoltà sembra collocarsi al primo piano della casa prima descritta.

Il cervello emotivo sembra essere sovra attivato e portare con sé emozioni e affetti talmente intensi da sembrare inaffrontabili.

Anche in questo caso la scala della mente non sembra essere utilizzabile per rendere possibile il collegamento con il piano superiore, quello del pensiero, o con quello inferiore, quello delle sensazioni corporee, entrambi in grado, se integrati, di promuovere strategie utili alla regolazione dell'emozione.

Un ultimo esempio riguarda quelle situazioni in cui è il corpo a parlare attraverso sintomi o malesseri non comprensibili e spiegabili con le parole e, talvolta, nemmeno con le emozioni e gli affetti.

È il caso di dolori intensi ma incomprensibili, sintomatologia fisica vaga e senza nessun riscontro organico, stati di ansia intensi e inspiegabili attraverso cui il corpo comunica un disagio non altrimenti esprimibile a parole, lo mette in scena e lo rende visibile pur offrendo pochi indizi sulla sua origine ma anche sul suo destino.

In questi casi, utilizzando la metafora della casa, il piano terra viene sollecitato e manda segnali intensi ma confusi, offuscando la possibilità di trovare sia nel cervello emotivo che in quello del pensiero alleati per comprendere quanto accade.

Tutte le condizioni descritte potrebbero essere riassunte nell'impossibilità di stare bene con e nella propria mente.

E tutte queste condizioni possono essere accomunate da due, fondamentali, caratteristiche:

1. sembra essere presente un blocco: le componenti fondamentali dell'individuo (pensiero, emozione e sensazione corporea) non sembrano essere integrate e l'esperienza individuale, di conseguenza, sembra collocarsi in modo esclusivo in una delle tre componenti, in uno dei tre piani della casa della mente descritta.
2. Non esiste una scala della mente capace di collegare i diversi piani dell'esperienza, oppure, se c'è, questa scala non è sufficientemente sgombra e in buono stato da permettere una fluida comunicazione e integrazione tra i diversi piani.

È possibile anche chiedersi quando e in quali condizioni si può dire di stare bene nella propria mente, quando, cioè, ci si riconosce in grado di sperimentare istanti di benessere mentale.

Sono le situazioni in cui, rimanendo nella metafora della casa, i tre piani, cioè pensiero, emozione e sensazione corporea sono integrate, sintone e in cui è possibile fluidamente sentire la presenza dei tre livelli dell'esperienza.

Alcuni autori hanno provato a studiare questi momenti e li hanno definiti momenti di consapevolezza, esperienza ottimale, oppure *flow* (Csikszentmihalyi, 1975/2000).

Questo tipo di esperienza viene così descritta: *“La mia mente non si disperde, sono totalmente coinvolto in quello che sto facendo e non penso a nient'altro.*

Mi sento bene fisicamente, la realtà esterna non mi tocca. Sono meno preoccupato di me e dei miei pensieri”.

Oppure

“La mia concentrazione va da sé come il respiro, non me ne preoccupo. Una volta che ho cominciato, il resto del mondo è escluso dal mio pensiero”.

In questo senso, allora, stare bene con la mente può significare imparare ad impaziosire il pensiero con l'emozione, con gli affetti e con i messaggi che arrivano dal corpo. Intrecciare e intersecare i livelli di esperienza, integrare quello si pensa con quello che si sente e che si prova nel corpo, cercando l'assonanza ma ascoltando anche le dissonanze che possono orientare per capire dove e come è necessario intervenire per mantenere la scala della mente in buono stato.

In questo modo è possibile sentire che la propria mente è **casa**, entro cui accogliere qualsiasi esperienza arrivi, emozioni più o meno disturbanti, affetti e pensieri.

In questo modo sembra possibile sentire e fidarsi della propria mente. In definitiva, per dirla con D. Winnicott, è possibile sentirsi esistere, davvero creativi e liberi (1971).

Bibliografia:

- Siegel D.J. La mente adolescente. Raffaello Cortina, 2016, Milano.
- Buday E. Imparare a pensare. Funzione riflessiva e relazioni in adolescenza. Franco Angeli, 2010, Milano.
- Winnicott D. (1971). Gioco e realtà. Armando Editore, 1974, Roma.

STAR BENE CON IL CORPO

Elena Buday

Psicologa, Psicoterapeuta Istituto Minotauro Milano, Docente, supervisore e membro del Comitato Scientifico della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'adolescente e del giovane adulto Minotauro di Milano

La riflessione sulla corporeità in adolescenza è un tema classicamente rilevante, oggi reso particolarmente attuale dal diffondersi di forme di malessere adolescenziale che proprio tramite il corpo trovano le loro forme di espressione visibile (attacchi al corpo, autolesionismo, disturbi del comportamento alimentare, dismorfofobie...).

Caratteristica delle nostre istituzioni culturali è la prevalente attenzione alla *mente* come attrice del sapere e della *cultura*, secondo rappresentazioni e concezioni che escludono gli aspetti profondi della nostra *natura*, fondata anche sulla *corporeità*, sede di affetti che ci costituiscono intimamente, anche se non sempre e non solo in modo del tutto consapevole.

Qui ci proponiamo di allargare il nostro sguardo anche al sapere profondo insito nel corpo, che svolge una funzione essenziale e fondamentale per il nostro “*stare bene*”.

Ci supporta in questo la teoria dei Codici Affettivi di Franco Fornari, che propone una visione dell'inconscio come deposito non di istinti peccaminosi e colpevoli, ma di una conoscenza insatura, trasmessa geneticamente dalla specie e insita nel corpo sotto forma di affetti che necessitano di essere simbolizzati; essa guida i processi decisionali degli esseri umani nel corso della loro vita e si esprime sotto forma di codici legati ai principali ruoli affettivi che un soggetto può trovarsi a ricoprire nella propria vita di relazione.

L'esperienza del bambino prende le mosse dalla dimensione somatica, tanto che si parla di uno psiche-soma ancora privo di capacità rappresentativa e simbolica. Il bambino esperisce una corporeità portatrice di bisogni, che inducono condizioni di tensione espressa ed evacuata all'esterno.

È l'ambiente esterno che, quando è sufficientemente buono e sintonizzato con le esigenze del bambino, si fa carico di dare un significato a queste tensioni e rispondervi in modo da garantire la sopravvivenza del piccolo e sostenerne la regolazione emotiva.

Il corpo del bambino, dunque, è sede di tensioni ancora da rappresentare ed è investito da fantasie onnipotenti, che prendono il posto della consapevolezza, ancora assente, della propria impotenza ad agire nel reale.

L'infanzia viene così vissuta all'insegna del gioco e della fantasia onnipotente, resa possibile dalla protezione dell'ambiente esterno che si fa carico del significato e delle risposte ai bisogni del bambino, sostenendolo nella strutturazione dei nuclei della fiducia di base.

Con la pubertà, il corpo dell'ex bambino, insieme a tutto il suo mondo interno, viene investito da un cambiamento irreversibile e incontrollabile che trasforma la sua esperienza, i suoi vissuti, il suo rapporto con la realtà.

Si tratta di un cambiamento non scelto, che mette in contatto da un lato con l'aumento di forza, di abilità, con nuove capacità, ma dall'altro determina un'esperienza di limite: il corpo comincia ad imporsi alla consapevolezza come oggetto reale, estraneo, non scelto, non sempre conforme ai propri desideri ed ideali, portatore di finitezza e fragilità.

Il corpo pubere è inoltre portatore di vissuti e di tensioni emotive di cui ora è il soggetto stesso a doversi fare carico, divenendo capace di dare loro un contenimento ed un significato che li connetta alla più ampia esperienza di sé simbolizzata nella mente.

Queste esperienze risultano fondamentali da un punto di vista evolutivo. Nel compito di sviluppo chiamato “*mentalizzazione del corpo*” troviamo infatti le basi per l'integrazione del sé, per l'accettazione del cambiamento, del compromesso con quanto non si è scelto nella propria vita, per la gestione e la tolleranza di ciò che è incontrollabile.

Ma la mentalizzazione del corpo ci riporta anche all'importanza di significare le emozioni che proprio attraverso vissuti e tensioni del corpo si manifestano alla mente cosciente.

L'integrazione del corpo, con la sua finitezza e la sua fragilità, richiede cura: ad esempio, il corpo ha tempi e bisogni che occorre rispettare e si vuole “*stare bene*” e quindi poter perseguire la realizzazione dei propri obiettivi.

Uno degli aspetti fondanti del “*sapere*” del corpo sta dunque nell’importanza della cura e nell’integrazione della fragilità come requisito essenziale (e non antitesi) della forza.

L’attuale cultura dominante, in quella che viene definita “*società della performance*”, tende a proporre ed enfatizzare valori legati alla scelta individuale, alla determinazione, al superamento di ogni limite come via per la libertà, la realizzazione ed il successo personale.

La connessione con la nostra corporeità -che è forte e vitale anche se non scelta e nella misura in cui ne vengono rispettati limiti e bisogni- ci aiuta a ricordare anche l’importanza dei valori di cura della fragilità, accettazione del limite e rinuncia alle fantasie di controllo onnipotente sulla realtà, costituendo quindi una parte imprescindibile nella costruzione del proprio benessere.

Bibliografia:

- *Buday E. (2023) “Innanzitutto adolescenti” in Bignamini S., Buday E. (2023), “Adolescenti fluidi”, Franco Angeli, Milano.*
- *Gancitano M (2022) “Specchio delle mie brame. La prigioniera della bellezza”. Einaudi, Torino.*
- *Pietropolli Charmet G. (2000) “Mentalizzazione del corpo” in Pietropolli Charmet (2000) “I nuovi adolescenti”, Cortina, Milano.*

STARE BENE IN FAMIGLIA

Matilde Scotti

Psicologa, Psicoterapeuta diplomanda presso la Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'adolescente del giovane adulto di Istituto Minotauro di Milano

Durante l'adolescenza i ragazzi e le ragazze hanno una *spinta fisiologica*, paragonabile a un motore interno, che, a partire da un corpo che cambia e si trasforma mutando forma, li porta a uscire dal nido familiare nel quale, fino a quel momento, hanno vissuto.

È infatti a partire da questo nuovo corpo che abbandona le sembianze infantili per entrare in una fase di grandi trasformazioni fisiche che i ragazzi sentono il desiderio e il bisogno di uscire da quella famiglia che richiama piuttosto al mondo infantile e al proprio Sé Bambino.

Iniziano quindi a circondarsi di relazioni amicali significative con le quali costruiranno un loro bagaglio di nuovi valori e nuove esperienze, differenti da quelli che caratterizzavano gli anni dell'infanzia e che richiamano al modello familiare di appartenenza.

Si ha quindi uno dei compiti di sviluppo fondamentali dell'adolescenza: la separazione dal modello familiare e l'individuazione (Charmet, Bignamini & Comazzi, 2010).

Durante l'infanzia, infatti, l'identità dei bambini è strettamente connessa ai genitori, in particolare agli aspetti materni che comportano un ambiente accuditivo e affettivo.

Con la crescita i ragazzi iniziano a sentire la necessità di sganciarsi da questo ambiente ed è una questione determinata biologicamente, ma non per questo risulta essere semplice e senza intoppi. I ragazzi infatti sentono di dover abbandonare un'immagine infantile di sé, ma hanno anche paura di agire senza il supporto dei genitori e percepiscono il rischio del fallimento.

Il superamento di questo compito è anche stato molto influenzato dal cambiamento dello stile educativo avvenuto negli ultimi decenni.

Prima degli anni '70 lo stile educativo è stato definito di tipo normativo, di stampo etico, nel quale i genitori avevano estrema cura dell'adattamento sociale dei figli.

Gli strumenti educativi erano la punizione e il castigo, con l'obiettivo educativo di trasmettere dei valori giusti per preparare il figlio alla vita sociale e lavorativa, in modo che potesse avere le competenze per avere un lavoro e costruirsi una famiglia.

Era un modello familiare nel quale la dimensione gerarchica e la distanza tra i figli e i genitori erano centrali.

Dagli anni '70 invece lo stile educativo è diventato sempre più materno, definito di tipo affettivo, con genitori che pongono al centro la comprensione e l'identificazione con le ragioni del figlio.

Si ha quindi una distanza minore tra figli e genitori che spesso si identificano vicendevolmente con il bene dell'altro, arrivando ad avere un grandissimo investimento affettivo e creando molte aspettative. L'obiettivo principale dei genitori d'oggi è che il figlio riesca a realizzarsi e ad essere felice.

Questo comporta una modifica del rapporto tra genitori e figli, il quale è maggiormente investito affettivamente e per questo i ragazzi di oggi sembrano essere maggiormente in difficoltà rispetto al separarsi per individualizzarsi.

Considerando sia il cambiamento socioculturale che si è avuto con il passaggio dal modello familiare normativo a quello affettivo sia il bisogno fisiologico di separarsi dalla famiglia, di creare una distanza, una differenziazione, una separazione da quel mondo familiare che richiama l'infanzia, ci si può domandare: come si può stare bene all'interno della famiglia?

Come si può conciliare il bisogno dei ragazzi che desiderano costruirsi nuove esperienze e un loro gruppo di amici, come se fosse una seconda famiglia, con i tempi invece dei genitori che sognano momenti di condivisione?

Come si può tenere insieme la spinta evolutiva dei ragazzi ad uscire, con il bisogno invece dei genitori a stare nella famiglia?

Nonostante questa nuova vicinanza affettiva, dal punto di vista fisiologico, i ragazzi e le ragazze, per stare bene, hanno bisogno di un loro spazio che inizialmente si configura come un luogo fisico, per questo domandano di avere una loro camera, di poter avere la chiave della porta della loro stanza e di poter mettere un codice al telefono.

Iniziano quindi a mettere dei confini e una distanza tra loro e il resto della famiglia, iniziando a creare un loro spazio psichico indipendente. È in questa distanza che viene posta quasi improvvisamente

dai figli che i genitori si possono domandare che cosa hanno sbagliato per essere stati lasciati fuori da quella porta, per non essere più partecipi di tutti quei pensieri che il figlio, fino a poco tempo prima, condivideva. In questo caso la questione però non è l'errore e il focus non è sul genitore, ma piuttosto i ragazzi hanno bisogno di un loro spazio per poter stare bene e nel quale costruirsi.

Questo ci dice di come si possa stare bene anche nella distanza, anche con le porte chiuse, anche se per i genitori è spesso molto difficile.

Sarà quindi importante trovare dei momenti di vicinanza nei quali provare a condividere qualche attività.

Spesso i genitori raccontano di come sia difficile andare a bussare alla porta del figlio per chiedere, ad esempio, se ha voglia di vedere un film insieme, se vuole cucinare qualcosa insieme o, per i più temerari, se ha voglia di andare via un weekend com'era da tradizione fino a qualche anno prima.

Spesso i genitori raccontano di tutti i silenzi e i rifiuti che hanno ricevuto, ma portano anche il loro stupore nel momento in cui il figlio, a volte nei momenti meno opportuni, improvvisamente riesce ad avvicinarsi, raccontando qualcosa di suo e per lui importante che improvvisamente diventa qualcosa di loro.

Questa condivisione è possibile grazie al fatto che il figlio ha sentito la mamma o il papà presenti, anche nella distanza: ha ascoltato tutte le volte che avevano bussato alla sua porta e il sapere che l'altro c'è ha permesso al figlio di andare a cercare il genitore per condividere.

Durante l'adolescenza però è difficile poter condividere dei momenti di attività o di passioni. Un esempio lo troviamo nel libro di Paolo Cognetti *“Le otto montagne”*.

L'autore racconta come la condivisione di attività e di passione sia molto legata all'età del figlio. Infatti durante l'infanzia padre e figlio riescono a condividere la passione per le passeggiate in montagna, esplorano insieme un'intera valle ed è in queste esplorazioni che si sentono veramente vicini, in contatto, visti.

Durante l'adolescenza però si separano, il figlio smette di andare a camminare in montagna e decide di iniziare a scalare con i suoi amici.

Sarà in un altro tempo, una volta diventato adulto, che il figlio potrà riscoprire la relazione con il padre ripercorrendo quei cammini fatti da piccoli. In questo libro quindi, si vede bene come durante l'adolescenza la spinta a creare qualcosa di proprio porta il ragazzo ad esplorare nuovi luoghi e a vivere nuove esperienze, diverse da quelle del padre.

È proprio a partire da questa esplorazione del diverso che, per stare bene anche in famiglia, è importante riuscire a stare accanto, anche nella distanza, permettendo ai ragazzi di sperimentare i loro sentieri per arrivare in cima alla montagna, dandogli la possibilità anche di sbagliare, ma mantenendo lo sguardo di fiducia genitoriale sulla crescita del figlio e sulla costruzione di una sua strada (Lancini, 2023).

Bibliografia:

- Pietropolli Charmet G., Bignamini S., Comazzi, D. (2010), *Psicoterapia evolutiva dell'adolescente*, Milano: Franco Angeli.
- Lancini M. (2023). *Sii come io ti voglio. Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

STARE BENE CON GLI AMICI

Enea Bonetti

Psicologo, Psicoterapeuta in formazione presso Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica dell'adolescente del giovane adulto di Istituto Minotauro di Milano

“STARE BENE CON GLI AMICI” può essere articolato in due questioni tra loro connesse: “*stare bene*” e “*stare con gli amici*”.

“*Stare bene*”, in età adolescenziale, può coincidere con “*crescere bene*”.

Ovvero, essere soggetti attivi nel processo di trasformazione, vivendo attivamente i cambiamenti del corpo, della mente, delle relazioni, eccetera; senza subire tutto ciò passivamente, come un fato imposto al quale dobbiamo sottostare.

Piuttosto, stare bene in adolescenza significa partecipare a questa trasformazione, alimentarla, in connessione con sé stessi.

È poi possibile, col passare del tempo, riconoscersi nella propria persona indipendentemente dalle forme che sono state assunte. Riconoscere quindi il bambino che eravamo, identificarci con il nostro presente e attendere senza fretta il noi stessi che saremo domani.

Ogni persona trova il proprio modo di vivere il processo di crescita.

C'è chi sceglie o è costretto a viverlo in solitudine e ciò può costituire un fattore di rischio. Invece, crescere insieme, in condivisione con gli amici, costituisce un fattore positivo per la crescita e la salute.

Dunque, quali sono le esperienze che si possono vivere in condivisione con i coetanei che favoriscono la crescita?

Pensiamo a un gruppo di ragazzi, adolescenti, che decidono di costruire una palafitta, ovvero una sorta di casa sull'albero ma senza alberi, una struttura sorretta solo da pali e legature fatte di corde. I ragazzi hanno età diverse, sono più o meno amici e si trovano nello stesso posto, nello stesso momento e circa per lo stesso motivo.

Circostanze simili accadono nelle associazioni, come lo scoutismo, nel volontariato, a scuola, nelle palestre, nei campi sportivi.

L'idea della palafitta come impresa collettiva nasce dall'esistenza di un gruppo che pensa insieme e che condivide alcuni sentimenti.

Il sentimento di “*mananza*” è ciò che può spingere un gruppo all'azione.

Nello specifico, la mancanza di qualcosa da fare può essere origine di un'azione gruppale.

Ciò avviene quando la noia individuale si connette con la noia degli altri e diviene noia di gruppo. Infatti, la noia può essere, a volte, logorante e deprimente mentre altre volte costituisce l'occasione per la creatività, per generare qualcosa di nuovo che non c'era prima.

La noia vissuta in gruppo fa sentire l'urgenza di fare qualcosa, per mantenersi vivi e attivi, in crescita. Un'altra esigenza può essere quella di un'appartenenza, simbolizzata da un luogo, una tana, un nido; uno spazio tutto per il gruppo.

Unendo l'urgenza a fare qualcosa e la necessità di un luogo di appartenenza, otteniamo la spinta per il gruppo alla realizzazione della palafitta.

Quando i gruppi si mettono all'opera c'è sempre qualcuno che propone cosa fare e qualcun'altro che accoglie il da farsi.

Nascono dunque i diversi ruoli, in base alla motivazione personale, all'identificazione con l'impresa collettiva, alle capacità possedute e alle inclinazioni personali.

Chi ha energia da vendere, pronta ad esplodere, che necessita di dare sfogo alla propria aggressività si dedica a scavare buche per conficcare i pali.

Qualcuno invece ha un'attitudine diversa, un funzionamento mentale più attento al dettaglio, si concentra più sul “*piccolo*” che sul “*grande*”, che si occupa dei nodi e delle legature, applicando la precisione nella tecnica che andrà a garantire l'opera finale.

Qualcun altro ancora ha uno sguardo più ampio, sul livello “*generale*” e sulle relazioni del gruppo, e sarà dunque il coordinatore dei compagni di avventura, recuperando il materiale e gestendo al meglio possibile le diverse fasi e azioni del progetto.

Ognuno, in base al suo funzionamento e al suo stato mentale di quel momento, può trovare il suo ruolo all'interno del gruppo, occupandosi di una delle varie e imprescindibili azioni che concorrono alla realizzazione dell'impresa nella sua complessità.

È normale che ci sia anche qualcuno non interessato al progetto.

Ciò può avvenire quando l'impresa comune è scelta da altri, magari votata a maggioranza e se esiste una maggioranza, inevitabilmente, esiste anche una minoranza.

La minoranza si trova in una posizione difficile in quanto rischia di non sentirsi parte del processo.

Tuttavia, rimanendo nelle vicinanze, in connessione con il gruppo di lavoro, con o senza un contributo attivo, i membri della minoranza resteranno parte di quel villaggio che vede ergersi *“la nuova costruzione nella piazza comune”*.

Si resta cioè parte della Comunità a cui apparterrà l'opera costruita.

In questo scenario non si vedono adulti, ma esistono.

Sono nelle vicinanze, poco lontani, a portata di sguardo e di orecchie dal lavoro dei giovani.

A volte il *“poco lontano”* è la giusta posizione dell'adulto.

Il loro sguardo a distanza è fiducioso e pone garanzia che quanto il gruppo all'opera sta facendo è cosa *“buona e giusta”*, è un'esperienza che aiuta a crescere.

Non conta che la palafitta venga *“bene”* oppure *“male”*, ma la qualità dell'esperienza sta nella possibilità di espressione del gruppo attraverso la creazione di qualcosa che prima non c'era.

È l'esperienza in sé che è trasformativa e aiuta a crescere.

Successivamente, l'adulto potrà verificare la stabilità della palafitta, certificando il prodotto finale.

Oppure, potrà dare feedback e aiutare i giovani a migliorare l'opera, per una maggiore sicurezza.

Dopo due giorni di lavoro la palafitta trova la sua forma, ma nessuna struttura di pali e corde dura per sempre. Alcune palafitte durano una settimana e altre solo il tempo di una foto-ricordo.

Ci chiediamo dunque quali siano il valore e il senso dell'esperienza, se il prodotto è effimero e ciò che rimane è solo un ricordo estivo.

Qualcuno potrebbe aver scoperto e imparato qualcosa di nuovo, una nuova conoscenza, il *“saper costruire una palafitta”* attraverso nuove tecniche di legatura e utilizzo del materiale.

Qualcuno può aver imparato delle nuove competenze, non esclusivamente tecniche, ma di coordinamento, relazione, capacità di compromesso e scambio, di confronto con gli altri.

Qualcuno può aver sviluppato un maggiore senso di fiducia verso il proprio operato, manuale o progettuale che sia, sviluppando una rappresentazione di sé come soggetto attivo e capace di creare cose nuove e gestire risorse.

Infine, di particolare importanza è l'interiorizzazione della fiducia verso l'opera di gruppo, che lascia un nuovo suggerimento nella vita: tutte le volte che ci troveremo in difficoltà, di fronte a un compito inedito, potremo ricorrere nuovamente al gruppo, ricercando nuovi amici per affrontare le sfide o per costruire qualcosa che prima non c'era.

Tuttavia, sappiamo molto bene che vivere i gruppi e le amicizie non è sempre facile.

Possiamo dividere i gruppi di cui siamo membri in due categorie: i gruppi *“che abbiamo scelto”* e i gruppi *“che ci sono capitati”*.

Da un lato troviamo le compagnie spontanee di amici, i raduni sui muretti delle città, i gruppi WhatsApp per organizzare feste, gli amici del sabato sera e delle vacanze estive.

Dall'altro troviamo i gruppi la cui composizione non è di nostra scelta: il gruppo classe, le squadre sportive, etc.

In ogni caso possiamo incontrare delle difficoltà: i gruppi *“scelti e spontanei”* sono infatti difficili da costruire per via dei timori ad avvicinarsi agli altri.

Quando l'altro ci sembra simile, pensiamo che potrebbe capirci e che sarebbe bello passare del tempo insieme, è necessario esporsi alla possibilità che lui o lei possa non accoglierci, alla possibilità di non piacere e che la nostra proposta non sia corrisposta.

In parallelo, per i gruppi *“già formati”*, come il gruppo classe, la difficile sfida consiste nell'adattare le nostre esigenze, desideri e obiettivi alle esigenze, desideri e obiettivi degli altri.

Inoltre, stare insieme agli altri comporta che li si osservi da molto vicino e ciò comporta la scoperta della diversità tra noi e gli altri, con il rischio di confondere le *“diversità”* (di caratteristiche) con la *“differenza”* (qualitativa): gli altri spesso ci appaiono più belli, alti, simpatici, intelligenti, atletici, eccetera.

Ci sembra sempre che ci sia qualcuno migliore di noi e questa percezione degli altri ci induce a rappresentarci come *“inferiori”*. In questa circostanza è difficile *“Stare con”* i nostri compagni, in quanto non ci relazioniamo con un senso di alleanza, vicinanza, pensando a come affrontare la stessa sfida.

Piuttosto, viviamo la competizione con invidia verso il nostro compagno, percependolo come un possibile avversario.

Gli sport ci suggeriscono alcune modalità che possiamo positivamente utilizzare nelle nostre relazioni amicali.

Ad esempio, nella pallavolo, sono proprio le molteplici caratteristiche e la diversità fra i giocatori a rendere la squadra efficace.

Il “*Liberò*” spesso è un giocatore piccolo, agile e veloce, che tiene la strategia del gioco; mente lo “*Schiacciatore*” è solitamente alto, salta molto e ha le braccia lunghe utili per fare punto. La sinergia tra questi e altri ruoli della squadra permette di costruire l’azione di gioco.

Nella pallavolo, come nella costruzione delle palafitte, sono le diversità tra i membri del gruppo a rendere la sfida più affrontabile e il gruppo più competente.

La sfida di ognuno di noi è affrontare il proprio percorso evitando la solitudine e che le conquiste degli altri coincidano con il proprio “*disvalore*” e “*inferiorità*”. Infatti, i gruppi classe, le squadre sportive, le compagnie nei boschi possono rendere le sfide individuali una “*impresa condivisa*” e la diversità fra i membri una risorsa.

Così facendo, un giorno potremo ricordare come insieme agli amici, nonostante tutte le difficoltà, siamo cresciuti e stati bene insieme.

Bibliografia:

- *Pietropolli Charmet, G. (2000). I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida, Raffaello Cortina, Milano.*
- *Pietropolli Charmet, G. (2020). Il motore del mondo. Solferino.*

IMPARO A GESTIRE BENE L'AGGRESSIVITÀ

Dario Cuccolo

Psicologo, counselor e formatore. Socio Cooperativa Minotauro di Milano

L'aggressività è un bene o un male?

Possiamo dire che è sia un bene che un male e allora possiamo chiederci quando è un bene e quando un male....

Provo ad argomentare: quando è un bene?

Quando un organismo avverte una minaccia alla sua sopravvivenza e quando è nelle condizioni di non poter fuggire, solitamente si difende combattendo....

Combatte perché attiva una sua funzione sopravvivenziale che è appunto l'aggressività.

Anche quando non è minacciata dall'esterno la sua incolumità fisica si può pensare che l'organismo può "combattere" per sopravvivere... come quando si ammala... il suo sistema immunitario combatte la malattia per ristabilire la salute oppure, come nel caso degli esseri umani in particolare, la sua volontà di stare bene, se non addirittura sopravvivere, sostiene il sistema immunitario che combatte la malattia....

Il concetto del combattimento e della lotta fa pensare subito all'aggressività come appunto una **funzione** che prende la forma dell'atteggiamento e del comportamento e che mira a fare stare bene il soggetto, che sostiene la sua volontà di stare bene.

Certamente non sempre è necessario usare l'aggressività per stare bene... potremmo voler stare bene andando in vacanza o facendo un percorso benessere o divertendosi con gli amici o con i familiari...

L'uso dell'aggressività per stare bene ha a che vedere, nella maggior parte dei casi, col **sentire una minaccia**.

Una minaccia per la propria incolumità fisica, per la propria salute o per il proprio benessere più in generale.

Se su questo siamo più o meno d'accordo, possiamo cominciare a riflettere circa le condizioni in cui l'aggressività da funzione positiva diventa negativa.... diventa, come dicevamo all'inizio, tra virgolette, un male....

Possiamo introdurre il concetto di **violenza**, per esempio, che comunemente è intesa come espressione negativa dell'aggressività.

Dove si colloca il **confine tra aggressione e violenza?** Secondo alcuni autori, in base al danno fisico....

Se produco un danno fisico allora significa che sono stato violento...

Tuttavia, si tratta di una distinzione imprecisa, poiché, sappiamo benissimo che non è necessario causare lesioni fisiche per comportarsi in modo aggressivo-violento; può essere sufficiente un comportamento che ha come scopo quello di sminuire, infastidire o che manifesta pregiudizi di qualsiasi tipo verso gli altri (pensate al razzismo o al bullismo per esempio).

Si può pensare ovviamente che il bullo reagisca ad una minaccia interna, quella secondo cui è minacciata la propria autostima da una parte di sé stessi: una sorta di vocina interna che lo sminuisce e mortifica a sua volta e che il bullo combatte sminuendo, mortificando e aggredendo l'altro, la vittima, che percepisce come debole e indifeso....

Si può parlare di legittima difesa?

Ovviamente no... qui l'aggressività è al servizio di un comportamento in cui l'altro, la vittima, viene de-alterizzato, diventa un sacco, un punching ball, addirittura una parte di sé da punire...comunque, la vittima perde la sua essenza di persona e in questo si può parlare di violenza vera e propria....

Al di là del bullismo, possiamo dire che quando la difesa alla minaccia o all'attacco nei nostri confronti supera un certo limite, quando la difesa diventa eccessiva e non necessaria, quando travalica limiti che sono per es., quelli imposti dalle leggi del contesto sociale in cui viviamo o ancora limiti più o meno impliciti nel contesto relazionale-affettivo in cui la vicenda dell'aggressività si svolge... per es., nel contesto della relazione tra amici o tra fratelli o tra genitori e figli o docenti e studenti e così via... anche in questi casi, l'aggressività diventa un male perché supera i confini della sua funzione sopravvivenziale, sia in termini fisici, ma anche, abbiamo un po' visto già col fenomeno distorto del bullismo, sia relativamente alla salvaguardia dell'immagine di sé, del proprio valore come persona, della propria autostima.

Un pizzico di aggressività aiuta anche a raggiungere i propri obiettivi e se ci pensate anche in questi casi essa si connota come funzione, sempre tra virgolette, sopravvivenziale perché aiuta a combattere (di nuovo), i momenti in cui ci si sente inadeguati, incapaci di raggiungere quegli obiettivi oppure più semplicemente svogliati, come quando non si ha voglia di studiare quel giorno, ma si vuole fare una buona interrogazione o verifica.

L'aggressività è dunque, in questa accezione, una **PREDISPOSIZIONE** che prende la forma dell'atteggiamento e del comportamento, delle azioni e sono questi, atteggiamenti e comportamenti che possono essere un bene o un male, non l'aggressività in sé.

È nella preadolescenza e adolescenza che l'aggressività, non solo si fa sentire in modo a volte imprevedibile, perché agitata da movimenti ormonali e dallo stress che scuola, incertezza sul futuro e pressione sociale, ecc. possono esercitare, ma acquista un significato importante perché entra nella costruzione della propria identità, che entra nella costruzione della risposta alla domanda: **CHI SONO IO?**

E l'aggressività e la sua espressione emotiva e comportamentale più o meno intensa, più o meno adeguata, diciamo così, contribuiscono a definire **il modo in cui si vede sé stessi, in cui gli altri ci vedono e il modo in cui ipotizziamo ci vedano.**

Quindi qualcosa che tocca l'area dell'autostima, come dicevo in precedenza, dell'amabilità, l'area della popolarità e della capacità di prendersi cura degli altri, ma tocca anche l'area degli obiettivi per il futuro ovvero della progettualità.

L'adolescenza infatti è la fase della vita in cui il futuro, non il passato, diventa l'orizzonte fondamentale a cui rivolgersi.

Il significato che diamo all'aggressività, e dunque alla sua gestione, è davvero una questione importante, non l'unica certamente, ma molto importante.

E qui veniamo al titolo della mia breve relazione.

Si può imparare a gestire l'aggressività?

Direi di sì, anche se non è sempre cosa semplice perché entra nella complessità della vita delle persone, soprattutto se giovani.

Dagli studi che sono stati fatti intorno alla questione dell'aggressività è emerso che:

- 1) *C'è una relazione tra strategie e metodi di soluzione di problemi (in generale) e aggressività: gli adolescenti aggressivi ricorrono più spesso a un metodo di coping improduttivo. I soggetti meno aggressivi applicano invece strategie più concentrate sulla risoluzione del problema. Dunque, migliorare la produzione di strategie, renderle flessibili, ampliarle: le strategie nello studio scolastico per es., ma anche le modalità di soluzione dei conflitti interpersonali attraverso modalità comunicative che sospendono il ricorso subitaneo allo scontro.*
- 2) *Promuovere stili comunicativi assertivi può aiutare a prevenire l'aggressività nelle sue espressioni negative. Ricordiamo che nella comunicazione l'aggressività, come "aggressione" più o meno violenta, costituisce un estremo, così come la passività, cioè l'assenza o la paralisi dell'aggressività. La via di mezzo, dunque, ci consente di ottenere l'assertività, ovvero la risorsa migliore.*
- 3) *Le persone, i giovani in particolare, che hanno ricevuto un'educazione emotiva fondata sul riconoscimento delle proprie emozioni e sulla loro legittimazione (cioè sul fatto che le emozioni non sono né positive né negative in sé, ma tutte hanno una funzione adattiva) hanno una maggiore capacità di **regolazione delle emozioni**, in generale e dunque anche dell'aggressività nella sua manifestazione emotiva, cioè la **rabbia**. Cosa vuole dire REGOLARE le proprie emozioni? Innanzitutto saperle riconoscere, appunto, capire come funzionano, dare loro un significato, usare l'informazione che da loro deriva e gestire l'esperienza. È molto importante, a mio parere, il concetto di informazione connesso alle emozioni, perché si tratta di un'informazione (per es., sono arrabbiato o sono contento) che emerge dal contesto in cui sto facendo esperienza e il contesto ha un significato che connette **chi sono io**, con tutta la tematica dell'autostima, della resilienza e dei valori e degli ideali, ecc., con la situazione. Questo vuol dire che l'attivazione delle emozioni, la loro intensità, nonché la forma comportamentale che assumono dipendono dal significato che attribuiamo al contesto relazionale in cui emergono.*
- 4) *Questa regolazione emotiva ha anche a che vedere, dicono le neuroscienze, con una parte del cervello, la parte frontale e prefrontale, che ha il compito di accelerare o inibire le reazioni*

emotive e comportamentali di conseguenza, cioè aiutarci a decidere quale comportamento o azione sia più adatto alla situazione. Se questa parte del cervello non è ancora ben sviluppata, come nel caso della preadolescenza e della prima adolescenza, può essere che le decisioni che si prendono non siano delle migliori, come quando presi dalla rabbia e dalla frustrazione si dicono cose ai propri genitori o insegnanti di cui non si valutano le conseguenze o che in realtà non si vorrebbero dire perché non corrispondenti a ciò che si pensa veramente dell'altro.

Quali sono infine le strategie per gestire al meglio l'aggressività, ossia per usare l'aggressività per il nostro benessere senza ledere il benessere dell'altro?

E che si basano su alcune **competenze** che abbiamo visto prima, ovvero: l'assertività, la regolazione emotiva e la flessibilità nel fronteggiare certe situazioni...

- **PARLARE** della tensione aggressiva che si sta provando e del motivo, per es., dicendo: questa situazione mi sta facendo arrabbiare perché mi sento mortificato, frustrato, non capito, deriso, trattato ingiustamente ecc....
- Essere disponibili a **RIFLETTERE** tra sé e sé e con l'altro, cioè *mettere in pausa* le azioni. Vuol dire mettere in discussione la tensione aggressiva e i pensieri che sono ad essa connessi (per es.: devo reagire, l'altro non sta capendo quello che voglio dire o fare, mi sta deridendo, sta cercando di sottomettermi, sta abusando del suo potere, non è sincero, non mi vuole veramente bene, ecc.), cioè **RELATIVIZZARE** (che vuol dire anche mettere da parte l'orgoglio, non voler imporre le proprie ragioni, non categorizzare e/o generalizzare, ecc.) e capire se l'azione che si sarebbe pronti a realizzare è funzionale alla soluzione del problema o se invece è meglio **NEGOZIARE** con sé stessi o con l'altro un tipo di soluzione diversa, più efficace oppure più realistica. Per es., c'è una grande differenza fra la **rabbia agita** in un comportamento aggressivo-distruttivo e la **rabbia "pensata"** e ponderata mediante la quale affermare il proprio punto di vista con assertività.
- Un po' conseguente, anzi più propriamente la premessa per questa messa in pausa della reazione a fronte della tensione aggressiva che si avverte, ossia della rabbia, è la cosiddetta **ACCETTAZIONE**, ossia la capacità di tollerare l'emozione senza volersene liberare velocemente attraverso l'azione anche quando l'azione è la repressione della tensione (avevamo detto che la tensione aggressiva, la rabbia, non è negativa in sé, quindi reprimerla senza averle donato la giusta dimensione, è negativo quanto esprimerla in modo distruttivo o esplosivo). Ma con accettazione si può intendere anche la capacità di accettare la verità dell'altro, nel senso che l'altro ha una sua verità grazie alla quale pensa e agisce ed è su questa base che possiamo gestire il conflitto, non annullandolo, ma provando a sondare la possibilità di trovare un terreno comune entro il quale far dialogare i diversi punti di vista.
- Quando invece si è consapevoli che abbiamo una difficoltà nel controllare la rabbia, una strategia efficace, accanto all'accettazione, è la **RESPIRAZIONE**, quella naturale e abbastanza profonda ad occhi chiusi....Lasciamo che la rabbia scorra davanti agli occhi della mente, magari sotto forma di animale o evento atmosferico, ecc. trasformandolo poco alla volta, mentre si respira, in qualcosa di più mansueto diciamo così....
- Usare la **CREATIVITÀ** per gestire la rabbia, come per es., quando appunto si è consapevoli che abbiamo la tendenza ad agire d'impulso se arrabbiati immaginare di chiudere in una scatola la rabbia o magari lo facciamo concretamente con una scatola vera, per tenerla buona e farla sbollire....

PENSARE IL CORPO, INCORPORARE LA MENTE: LO YOGA IN ADOLESCENZA

Biancucci Sara

Psicologa, Psicoterapeuta Biosistemica, Insegnante di Yoga

Nell'ottica della "cultura e cura del benessere" intesa non solo come prevenzione ma promozione della salute, il laboratorio di yoga rivolto ai ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado, si colloca come disciplina utile su più piani.

Durante l'adolescenza i ragazzi vivono dei cambiamenti veloci e intensi, che coinvolgono l'aspetto fisico, il rapporto con il corpo che cambia rapidamente, l'affettività, le emozioni, il modo di pensare e ragionare, la socialità, il modo di viverci in relazione all'altro.

Tutto è in rapida trasformazione, per questo lo yoga in quanto disciplina che comprende sia la fisicità che l'interiorità, che mette in connessione aspetti mentali, fisici, affettivi, favorisce a differenza della sola attività fisica, un benessere sia fisico sia mentale, sostiene quindi lo sviluppo psicofisico, l'accettazione della nuova identità contribuendo a prevenire così problematiche connesse all'autostima, la disregolazione emotiva, e più generali difficoltà affettive.

OBIETTIVI

Obiettivo generale del laboratorio è stato quello di permettere ai ragazzi di sperimentare la sensazione di benessere e il piacere di relazionarsi con il gruppo tramite la pratica dello yoga e offrire uno strumento che possa essere coltivato anche nella vita.

Le finalità più specifiche sono state:

- favorire la consapevolezza del corpo ed esplorarne le possibilità;
- fornire semplici strumenti per rilasciare attraverso il corpo e il respiro i momenti di distress e tensione;
- sperimentare come attraverso il corpo e la mente si possano allenare attenzione e concentrazione;
- sostenere l'amore e l'accettazione di sé stessi attraverso la flessibilità della pratica;
- nutrire il piacere di stare con i pari;
- stimolare il senso della cooperazione e dell'ascolto.

METODOLOGIA

Il laboratorio si è svolto in gruppo.

Il metodo utilizzato è stato lo yoga, Hatha e dinamico, due stili di yoga composti da questi elementi:

- pranayama, tecniche di gestione del respiro per ridurre l'ansia e creare rilassamento;
- asana, posizioni del corpo sia mantenute (Hatha) che in movimento (Dinamico) finalizzate a percepire la propria forza, incrementare la flessibilità e l'equilibrio;
- rilassamento guidato per rilasciare le tensioni muscolari e calmare la mente.

Oltre a ciò il metodo utilizzato ha previsto momenti di gruppo tramite il circle time, sia in apertura che chiusura, nella fase di presentazione, conoscenza, e nella fase finale di riflessione, condivisione dell'esperienza sia verbale che scritta tramite la scelta di una "parola chiave" che rappresentasse il cuore dell'esperienza per ciascuno, tecnica questa appartenente all'approccio biosistemico.

Oltre a ciò a livello teorico la cornice di riferimento è stata la neurobiologia interpersonale del neuroscienziato Daniel Siegel.

SVOLGIMENTO

È stato chiesto ad ognuno dei ragazzi di presentarsi con il proprio nome ed eventuale esperienza con lo yoga.

Questo è già stato un primo momento di connessione importante dato che molti dei ragazzi non si conoscevano prima, ma si sono dimostrati curiosi e desiderosi di mettersi in gioco anche davanti a sconosciuti coetanei.

Dopo la presentazione c'è stata una prima parte di lavoro sul "pranayama", cioè la gestione del respiro.

Chi voleva ha chiuso gli occhi e tutti sono stati invitati a portare l'attenzione sul respiro, sul fluire dell'aria dentro e fuori con maggiore enfasi alla fase espiratoria.

Questo con il fine di attivare il sistema nervoso parasimpatico, utile per favorire un clima disteso.

Alla fine del lavoro sul respiro tutti insieme abbiamo aperto gli occhi e respirato per spegnere la candela in modo da familiarizzare con il respiro e le sue qualità.

A seguire il lavoro sul corpo con una sequenza di riscaldamento muscolare prima delle asana.

Le asana sono le cosiddette “posizioni” dello yoga, costruite in modo graduale e con tutte le varianti utili a renderle accessibili a chiunque.

Nel diffondere la cultura dello yoga è infatti fondamentale rammentare e far esperire come sia la pratica ad adattarsi al corpo e non il corpo alla pratica, lo yoga come fruibile per tutti, questo soprattutto nei ragazzi adolescenti è importante per rinforzare la fiducia in sé stessi, nel corpo e scoprire nuove risorse.

Le asana proposte si sono concentrate principalmente sulla stabilità delle gambe (“*tadasana*”, “*virabhadrasana 1 e 2*”, “*alanasana*”), per lavorare sulla sensazione di radicamento, “*grounding*”, (Lowen, 1979) per far sperimentare loro cosa vuol dire stare nel corpo e non solo nella testa, a maggior ragione considerando la quantità di ore che i ragazzi passano a scuola ma anche connessi ai device che possono proprio alienare dal sentire corporeo.

A tal fine altre asana proposte sono state quelle che stimolano l'equilibrio (“*Virabhadrasana 3*”, “*navasana*”, “*vrksasana*”), lavorare con l'equilibrio implica pazienza, concentrazione, presenza nel qui e ora, ma anche giocosità e divertimento.

Le posizioni di equilibrio sono dolcemente sfidanti ma importanti per imparare a fidarsi di sé stessi e svolgono un ruolo importante nel sostenere la capacità attentiva così importante ai fini dell'apprendimento.

Nella terza fase sono state proposte asana di coppia.

Questo per stimolare l'incontro con l'altro, lo scambio, la cooperazione. Le relazioni come evidenzia Siegel (1999) con la prospettiva della neurobiologia interpersonale, sono parte importante nella salute psichica.

Infatti le interazioni possono facilitare il processo di integrazione e collegamento tra reti neurali, il senso di appartenenza e le esperienze interpersonali modellano la mente, che ha quindi una natura sia “*embodied*” incorporata, che relazionale, per stare bene è fondamentale l'integrazione, cioè saper collegare e allo stesso tempo differenziare i diversi elementi di un sistema, concetto alla base anche dell'empatia, dell'accettazione dell'altro da sé.

I ragazzi si sono ben prestati a questa parte, vivendola in modo molto naturale, ed è stato importante soprattutto provenendo da anni post pandemia dove il tema del contatto e della relazione è stato messo a dura prova, permettere loro di potersi ri-conoscere, esplorare dal vivo.

Sempre per esplorare il tema del rapporto con l'altro ma anche dell'accettazione nonché della creatività nella parte di lavoro di gruppo è stato proposto di creare un “*mandala umano*”, i ragazzi sono stati guidati a formare delle forme geometriche simmetriche con i loro corpi.

La penultima parte del laboratorio è stata dedicata a un aspetto fondamentale dello yoga, il rilassamento finale, detto “*shavasana*”.

Sdraiato a terra con gli occhi chiusi il gruppo è stato condotto in uno stato di rilassamento guidato, a partire dalle diverse parti del corpo, mantenendo la consapevolezza del respiro, per arrivare ad una respirazione tranquilla e regolare, il respiro è stato fatto visualizzare come un flusso di aria colorata che fluisce dentro e fuori.

Questa fase è molto importante perchè permette non solo una distensione psicofisica ma di elaborare a livello profondo l'esperienza fatta, permette di sperimentare lo stare senza il fare, e quindi nutre la capacità di portare ascolto a sé stessi, alle sensazioni corporee, tutti aspetti alla base dell'intelligenza emotiva e della regolazione delle emozioni.

CONCLUSIONE

Nella fase di condivisione finale gli studenti hanno portato un buon livello di soddisfazione della pratica. Quasi tutti hanno sperimentato un senso di benessere, un senso di quiete, divertimento, curiosità.

In questa piccola esperienza i ragazzi hanno potuto sperimentare quelle attività che sempre Siegel definisce fondamentali per promuovere un benessere fisico, mentale, emotivo e psicologico e che egli definisce “*Menù del benessere*” (Ibidem):

tempo della concentrazione, focalizzare l'attenzione su una cosa alla volta, esperienza che permette di rilasciare sostanze neurochimiche che favoriscono la neuroplasticità e l'apprendimento.

Tempo del gioco, lo spazio per le attività spontanee, di scoperta e curiosità.

Tempo della relazione, creare unione con gli altri stimola neuromodulatori responsabili di un buon equilibrio emotivo.

Tempo del movimento: il movimento fa bene al corpo, all'umore, e favorisce l'apprendimento.

Tempo dell'ozio, il tempo in cui rilassarsi senza fare nulla, fondamentale per scaricarsi e permettere alla mente di ricaricarsi

Tempo del sonno, l'unico che non è stato sperimentato nel laboratorio, ma tutte le altre attività lo favoriscono e il sonno è importante per consolidare la memoria, e recuperare energia fisica ed emotiva.

Bibliografia:

- Lowen A., *“Espansione e integrazione del corpo in Bioenergetica”*, Astrolabio, Roma, 1979.
- Siegel D., *“La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale”*, Raffaello Cortina editore, 2021.
- Siegel D., *“Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale”*, Raffaello Cortina editore, 2014.

RELAZIONE LABORATORIO DI MANDALA

Elsa Cavagna

Psicologa, Psicoterapeuta U.O.C. Ostetricia e Ginecologia 1 e 2, Ginecologia Oncologica, Dipartimento Ostetrico Ginecologico, Asst Spedali Civili di Brescia.

OBIETTIVO

Nel mese di novembre 2023 all'interno della cornice di "Brescia-Bergamo Capitale della Cultura" si è svolto il XVII Congresso Nazionale SIPO dal titolo "**CULTURA E CURA DEL BENESSERE. Interventi innovativi in Psico-Oncologia per pazienti, caregiver, familiari, operatori sanitari**". Particolare attenzione è stata dedicata alla "Sessione scuola", che ha sviluppato numerosi temi sulla cura del benessere in adolescenza, proponendo anche un'ampia e innovativa scelta di laboratori pratico-esperienziali che permettessero ai ragazzi partecipanti di provare strumenti utili a ridurre ansia e stress, a migliorare la concentrazione e a sviluppare capacità di problem solving.

METODO

Tutti i laboratori proposti agli adolescenti che hanno partecipato alla "sessione scuola" a loro dedicata, si sono svolti nelle aule del Liceo Classico Arnaldo, permettendo così ad una "nuova idea di cultura" di entrare all'interno di una storica istituzione cittadina.

La scuola è diventata così luogo di incontri nuovi, di nuovi stimoli e di una sempre maggiore attenzione agli aspetti che riguardano la qualità di vita, la gestione dello stress e dell'ansia e lo sviluppo di una rinata consapevolezza del proprio corpo.

La disposizione spaziale degli arredi scolastici è stata modificata: i banchi sono stati disposti in un cerchio mandalico che permettesse a tutti di vedersi in volto e di sentirsi ugualmente parte di questa nuova esperienza.

All'interno del cerchio, appoggiati su un tappetino, sono stati disposti simbolicamente gli elementi dell'universo (acqua, terra, fuoco, aria) e dei cartoncini colorati su cui era stato scritto il significato dei colori secondo l'interpretazione di K. G. Jung.

Il laboratorio di mandala è stato scelto da 19 adolescenti, ragazze e ragazzi del triennio di alcune scuole medie superiori di Brescia e provincia.

L'attenzione a questa fascia d'età deriva dalla consapevolezza che si tratti di una fase di vita complessa: la pubertà è accompagnata da cambiamenti fisici, psicologici ed emozionali, e si associa a maturazione cerebrale e crescita fisica che spesso avvengono in modo asincrono.

Se da un lato, infatti, la maturazione fisica porta l'adolescente, con la pubertà, a raggiungere in tempi rapidi maggiori livelli di forza, velocità e capacità riproduttiva, dall'altro la maturazione cerebrale, soprattutto prefrontale, avviene in modo graduale e non è completa fino alla tarda adolescenza.

Lo scarto esistente tra maturazione biologica e maturazione psico-sociale talvolta si associa alle diverse problematiche che caratterizzano questa fascia d'età, come ad esempio disturbi dell'umore, disturbi psicosomatici e abuso di sostanze.

Anche le relazioni interpersonali sono un tema centrale: infatti, mentre da un lato gli adolescenti di oggi, "iperconnessi e soli" crescono in una realtà virtuale in cui si muovono con agilità e sicurezza, dall'altro mostrano difficoltà relazionali e solitudine nella realtà concreta.

È evidente, quindi, che la sofferenza inespressa abbia bisogno di essere aiutata a trovare voce, ad essere accolta e non stigmatizzata.

All'adolescente alla ricerca di domande è importante non fornire semplicemente risposte, bensì un ascolto che permetta la costruzione di uno spazio dove la sofferenza causata dalla fatica di crescere e di crearsi un'identità venga accolta e legittimata.

L'obiettivo deve perciò essere primariamente quello di individuare e realizzare interventi di promozione della salute, prevenzione, trattamento e presa in carico "per" i ragazzi, ma anche "con" i ragazzi, in uno sforzo mirato a promuovere la loro partecipazione attiva, fondato sull'ascolto e sul dialogo, per poter mettere in atto azioni concrete che permettano ai giovani non solo di sentirsi maggiormente tutelati, ma anche più capaci di responsabilizzarsi e responsabilizzare i loro coetanei, in un'ottica di *peer education*.

Il laboratorio di mandala è stato pensato proprio in questa ottica di sperimentazione di nuove strategie in grado di diventare potenziali strumenti di ascolto e gestione delle emozioni ma anche di miglioramento della concentrazione e della memoria.

Il materiale messo a disposizione per la realizzazione del mandala comprendeva tre diversi disegni che differivano principalmente per la tipologia di linee più o meno geometriche, matite colorate e pennarelli.

Ogni partecipante poteva scegliere il soggetto e la tipologia di colori da utilizzare.

SVOLGIMENTO

Ai partecipanti del laboratorio viene innanzitutto spiegato il significato della parola “*Mandala*”, che deriva dalla lingua sanscrita e significa “*cerchio*”, “*centro*”. Il termine è composto da due parti “*Manda*”, che significa “*essenza*” e “*La*” che vuol dire “*cogliere*”: Mandala è quindi “*cogliere l'essenza*”.

Il Mandala è un disegno simbolico universale che compare in tempi diversi in ogni cultura fin da tempi remoti; in epoca moderna il maggior studioso di Mandala è stato lo psichiatra Carl Gustav Jung, che lo scoprì spontaneamente in una profonda fase di ricerca del Sé.

Successivamente li propose ai suoi pazienti e nelle sue osservazioni notò che i disegni cambiavano con il mutare della situazione psichica che stava vivendo chi disegnava i mandala.

Sollecitando i pazienti a colorare o disegnare i mandala, Jung osservò che essi ne traevano conforto e sembravano ritrovare un equilibrio psicologico nei momenti di grandi cambiamenti.

Il mandala, come struttura radicata nell'inconscio, rappresenta il movimento tra interno ed esterno, le forze che portano all'esplorazione del mondo esterno ed alla nostra interiorità.

Il centro del mandala, a cui tutto arriva e da cui tutto riparte è come il centro della propria anima, dove poter ritrovare energia ed armonia.

Questa breve introduzione ha mostrato che “*colorare o disegnare*” queste rappresentazioni non è un'attività da bambini, bensì un atto meditativo di ricongiungimento con sé stessi: ha effetti rilassanti, riduce la tensione, e può trasformarsi in un valido aiuto nei momenti critici.

Alcuni partecipanti hanno raccontato di aver colorato libri di mandala in momenti di tristezza come la fine di una relazione affettiva e durante la pandemia di COVID-19, per riempire il lungo tempo delle quarantene; in questo modo il mandala è diventato uno strumento per riuscire a “*parlare*” di un particolare momento, sia positivo che negativo, di cui tante volte si fa fatica a raccontare.

Indispensabile è precisare che non importa avere conoscenze o abilità artistiche, ma vivere la produzione di un mandala semplicemente come un atto liberatorio, seguire l'istinto nella scelta delle forme e dei colori, vivere il momento ascoltando ciò che accade in ognuno di noi.

Mettersi in una posizione comoda e cercare di fare silenzio dentro di sé, sospendere il più possibile i giudizi e i pensieri, rilassarsi facendo respiri profondi e cercando di lasciare andare le tensioni. Si può rimanere in silenzio o scegliere una musica che favorisca la calma.

Ai ragazzi è stato chiesto di non usare il cellulare, di “*disconnettersi*” per dedicarsi completamente alla colorazione e questi, dopo un'iniziale sorpresa, hanno accettato la sfida di sperimentare un “*qui ed ora*” insolito che comprendeva anche l'ascolto del proprio respiro e la contemplazione visiva e tattile del mandala da colorare.

Accompagnati da un sottofondo musicale lieve, ognuno ha proceduto con cura e concentrazione a trasformare il disegno iniziale fatto solo di contorni tracciati, nel proprio mandala colorato, ognuno diverso, ognuno espressione intima e personale del sé.

Dopo la contemplazione finale ad ogni mandala è stato assegnato un nome e successivamente chi era disposto ha condiviso sensazioni, emozioni, pensieri con il resto del gruppo; i ragazzi potevano scegliere se regalare, tenere o distruggere il proprio lavoro, proprio come avviene nella tradizione buddhista, in cui i monaci realizzano mandala di sabbia colorata che richiamano la nozione di temporalità, l'impermanenza e la mutevolezza di ogni cosa, facendo scoprire l'importanza del presente.

Nessuno ha deciso di distruggere il proprio lavoro, neppure coloro i quali non erano soddisfatti del risultato finale; tutti hanno preferito tenerlo per sé.

SINTESI CONCLUSIVA

Infine, ogni membro del gruppo è stato invitato a scegliere un cartoncino colorato su cui poter scrivere un pensiero, una frase, una parola o un'emozione che scaturisse dall'esperienza appena vissuta. Il cartoncino doveva successivamente essere piegato e inserito all'interno di un grande vaso di vetro.

Per concludere il laboratorio, ognuno estraeva un biglietto dal vaso, badando che non fosse il proprio ed era poi invitato a leggerlo, a ringraziare e a portare a casa con sé il pensiero di un'altra persona con cui aveva condiviso questo momento.

Il laboratorio di mandala, iniziato con un po' di imbarazzo e tensione, si è concluso in un clima completamente diverso, più disteso e rilassato. Ragazze e ragazzi si sono raccontati, hanno condiviso le sensazioni provate e le motivazioni dei titoli assegnati, hanno espresso soddisfazione, divertimento ma anche sorpresa nei confronti di un'attività talvolta sottovalutata o poco conosciuta.

Bibliografia:

- *Alignani M.P. 2004. Conoscere e usare i Mandala del mondo. Casale Monferrato, Edizioni Sonda.*
- *Angelillo M. 2008. I Mandala. Milano, Xenia.*
- *Bartolini G. 1996. La terapia centrata sul rapporto. Bologna, EDB.*
- *Dahlke R. 2000. Terapia con i mandala. Milano, Tea.*
- *Fincher S.F. 1996. I Mandala. Una via all'introspezione, alla guarigione e all'espressione di sé. Roma, Astrolabio-Ubaldini.*
- *Fincher S.F. 2010. Coloring Mandala 3. Cesena, Macro Edizioni.*
- *Infusino G. 1999. Lo straordinario potere dei MANDALA. Milano, Giovanni De Vecchi Editore.*
- *Murty K. 1998. Il libro illustrato dei Mandala. Roma, Edizioni Mediterranee.*
- *Respini D. 2010. Il mandala contro il cancro. Roma, Edizioni Mediterranee.*
- *Respini D., Urso, D. 2010. Il mandala nell'universo bambino. Roma, Edizioni Mediterranee.*
- *Rossi R. 2002. L'ascolto costruttivo. Bologna, EDB.*

RELAZIONE LABORATORIO PRATICO ESPERIENZIALE DI RILASSAMENTO

Chiara Asturaro

Psicologa, Psicoterapeuta Biosistemica

Laura Novena

Psicologa, Psicoterapeuta, Tangoterapeuta

Il laboratorio pratico esperienziale di tecniche di rilassamento tenutosi durante la sessione scuola è stato progettato per insegnare ai ragazzi delle scuole coinvolte una pratica di regolazione psicocorporea da poter utilizzare durante le fasi di stress scolastico e anche come tecnica di promozione della salute emotiva.

Le tecniche di rilassamento favoriscono uno stato di distensione psicofisica che si manifesta in una sensazione di tranquillità globale a livello fisiologico; durante il rilassamento avviene una regolazione del sistema nervoso vegetativo e del sistema endocrino. Il rilassamento permette il raggiungimento di una condizione psicofisiologica integrata, caratterizzata da una reazione trofotropica con riduzione dell'attività neurovegetativa simpatica ed induzione di una prevalenza parasimpatica (Hess, 1957) ed è accompagnato da vissuti di tranquillità pur con il mantenimento di uno stato di vigilanza. Il fine ultimo è la riduzione dell'attività del sistema simpatico e l'aumento della funzionalità del sistema parasimpatico: lo stato di rilassamento è associato ad un abbassamento dei correlati psicofisiologici dell'ansia e dello stress, come la frequenza cardiaca, e ad una riduzione della sudorazione e del tono muscolare.

Stoyva (1977) ha evidenziato come la riduzione del tono muscolare sia correlata alla riduzione dell'attivazione ergotropica da parte dell'ipotalamo e a quella delle scariche ipotalamocorticali: questo meccanismo potrebbe essere in grado di spiegare gli effetti terapeutici del rilassamento muscolare.

Presso l'Università del South Carolina alcuni autori si sono occupati del rilassamento e delle tecniche di meditazione: la ricercatrice Bonadonna Ramita (2003) ha osservato l'impatto della meditazione sulle malattie croniche notando una riduzione dello stress, l'espressione di una minore quantità di sintomi, maggiori capacità di recupero nella malattia e una qualità di vita significativamente migliore. A livello emotivo il rilassamento favorisce la *"padronanza di sé"* e l'aumento della capacità di ascolto degli stati interni e permette di riconoscere anticipatamente i primi segnali di disagio che il corpo manifesta quando inizia a provare stress o affaticamento (Sabatti, 2019).

Il successo delle tecniche di rilassamento nel trattamento e nella prevenzione di gravi patologie ha stimolato numerose ricerche e ad oggi possiamo trovare in letteratura anche un'importante mole di studi sul rilassamento muscolare progressivo e sul training autogeno anche in altri ambiti applicativi, come per esempio in contesto di promozione della salute all'interno degli istituti scolastici.

Numerose scuole a livello mondiale hanno istituito in classe il *"Momento di Quietè"*, basato sulla Meditazione Trascendentale.

Il programma ha suscitato l'interesse dei governi dell'Unione Europea, Australia, Nuova Zelanda, Thailandia, India, Kenya, Uganda, Giamaica, Ecuador, Brasile e tutta l'America Latina e Stati Uniti. Introducendo la Meditazione Trascendentale nell'intera comunità scolastica sono emersi dei miglioramenti a livello di regolazione emotiva e di autostima; alcuni studi hanno mostrato un aumento dell'intelligenza fluida e della capacità di prendere rapidamente decisioni in chi la praticava, contrariamente a tutti gli altri.

Studi recenti hanno rivelato come le pratiche di meditazione e yoga abbiano portato ad un miglioramento delle funzioni esecutive di bambini e ragazzi, ad un maggiore autocontrollo e sicurezza di sé in soggetti inizialmente privi di tali competenze, ad un migliore livello di attenzione in classe. In ragazzi di scuola secondaria è stata riscontrata non solo una diminuzione di ansia e stress ma anche dei comportamenti scorretti e dell'aggressività.

Per lo svolgimento del nostro workshop abbiamo preso spunto da alcune teorie: la prima di Ernst Gellhorn che alla fine degli anni '60 del secolo scorso condusse delle ricerche sul funzionamento dei due assi vegetativi, da cui emerse che il Sistema Nervoso Autonomo funziona in modo sano quando le sue due componenti, ovvero il Simpatico attivante e il Parasimpatico rilassante lavorano reciprocamente scaricandosi uno dopo l'altro.

Quando i due assi lavorano insieme e in maniera contemporanea (Boadella, Liss, 1986) avviene il *"rimbalzo"*, un'alternanza sana dei due sistemi: pertanto quando un'azione viene portata a termine

con un efficace dispendio di energia (scarica del Simpatico), si realizza una spontanea riduzione dell'attività del Simpatico e un simultaneo aumento dell'attività del Parasimpatico.

Allo stesso modo quando le energie sono recuperate grazie all'attività del Parasimpatico si riattiva il Simpatico.

La seconda teoria della quale ci siamo servite è quella promotrice del rilassamento muscolare progressivo, una tecnica ideata negli anni trenta dal medico e Psicofisiologo statunitense Edmund Jacobson e illustrata nel 1959 in *"How to relax and Have your baby"*.

Questa tecnica di rilassamento nasce dalla volontà di sciogliere rapidamente gli stati di tensione, ansia, stress ed è basata sulla teoria che afferma come rilassamento e tensione siano due stati contrapposti che non possono presentarsi contemporaneamente.

Quindi questa pratica prevede una contrazione sistematica di gruppi muscolari mantenuti per alcuni secondi in tensione isometrica, e il conseguente rilasciamento degli stessi.

All'interno del rilassamento muscolare progressivo di Jacobson la contrazione coinvolge via via in maniera progressiva e analitica tutti i muscoli producendo uno stato di distensione che coinvolge poi tutto il corpo.

Abbiamo quindi suddiviso il nostro workshop in fasi:

Durante la prima fase abbiamo indotto uno stato di attivazione del sistema nervoso simpatico attraverso l'ascolto di una canzone ritmata nella quale abbiamo chiesto ai ragazzi di camminare all'interno della stanza prima con dei movimenti un po' più frenetici e poi rallentandone la velocità.

Dopodiché durante la seconda fase abbiamo fatto stendere i ragazzi su dei tappetini e abbiamo indotto uno stato di rilassamento muscolare semplice attraverso il rilassamento frazionato di Vogt anche definito *"rilassamento semplice"* perché ha lo scopo di mettere in contatto la persona con il proprio respiro e, con l'aiuto di esso, di sciogliere le tensioni corporee per ricreare un rilassamento su tutto il corpo e la mente.

Successivamente abbiamo indotto loro una visualizzazione guidata. Il lavoro psicologico con le tecniche immaginative in particolare favorisce la modificazione dello stato interno della personalità, aiuta a superare i conflitti alla base del malessere psicosomatico, stimola l'espansione della personalità, apre la mente a quelle risorse interiori che vengono spesso bloccate da difese troppo rigide.

Attraverso le immagini si possono recuperare stati d'animo collegati a memorie evolutive, infantili e del proprio passato, per poter ristrutturare e rielaborare situazioni traumatiche controproducenti per il benessere della persona.

All'immagine è spesso associata un'emozione.

Non per ultimo l'attività immaginativa coinvolge il sistema limbico che, insieme all'ippocampo, svolge un ruolo importante nella memoria a lungo termine e il talamo che svolge funzioni di *"arricchimento"*, grazie alle connessioni col sistema limbico e alla funzione associativa tra aree corticali diverse.

La terza è stata la fase della condivisione in cerchio: è stata data la possibilità, a chi lo desiderasse, di esprimere le proprie emozioni, i propri pensieri e di condividere anche quali immagini sono state visualizzate, per potere costruire un ponte tra il corpo e la parola (Downing, 1995).

In conclusione, è stato proposto agli adolescenti uno strumento efficace per migliorare le loro funzioni, per lavorare sull'autocontrollo e sicurezza di sé. Il rilassamento permette, quindi, di migliorare il livello di attenzione in classe e a diminuire l'ansia e lo stress scolastico.

Bibliografia:

- Ager K, Albrecht, N and Cohen, M 2015, 'Mindfulness in schools research project: Exploring students' perspectives of mindfulness - What are students' perspectives of learning mindfulness practices at school?', *Psychology*, vol. 6, no. 7, pp. 896-914.
- Boadella D., Liss, J., *La psicoterapia del corpo. Le nuove frontiere tra corpo e mente*, Astrolabio, Roma, 1986
- Bonadonna R. (2003) *HOLIST NURS PRACT* 17; 3209-319
- Downing G., *Il corpo e la parola*, Astrolabio, Roma, 1995
- Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: non-randomised controlled feasibility study Willem Kuyken, Katherine Weare, Obioha C. Ukoumunne, Rachael Vicary, Nicola Motton, Richard Burnett, Chris Cullen, Sarah Hennelly and Felicia Huppert. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 203, 126–131. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126649
- Gellhorn E., *Principles of Autonomic-Somatic Integration: Psysiological Basis and Psychological and Clinical Implication*, Minneapolis: University of Minnesota Free Press, 1967
- Hess WR. *Functional organization of the diencephalon*. New York: grune e Stratton, 1957
- Jacobson E. (1964) *SELF OPERATIONS CONTROL* Lippincot, Philedelphia
- Jacobson E., *How to Relax and Have Your Baby: Scientific Relaxiation in Childbirth*, McGraw-Hill, 1959
- Peresson L., *L'immagine mentale in psicoterapia*, Roma, Città Nuova, 1983
- Pesci, G., *Metodi di rilassamento in rieducazione*, in *Rivista L'Insegnante specializzato*, 1/93
- Sabatti E., *Vivere la malattia oncologica* (2019) edizione tecniche nuove, Milano
- Stoyva JM. *Why should muscle relaxation be clinically useful?* In Beatty J. Legewie H, eds. *Biofeedback and behavior: NATO Conference Series*. New York: Plenum, 1977
- <https://friends-project.eu/it/il-programma-momento-di-quiete-mt/>
- <https://www.davidlynchfoundation.org/pdf/Quiet-Time-Brochure.pdf>
- *Atti convegno l'intreccio, mente stress, cancro*
- [www. La Tecnica della scuola.it](http://www.LaTecnica.della.scuola.it)

LABORATORIO PRATICO ESPERIENZIALE PSICOCORPOREO

Angelo Uberti

Psicologo, Psicoterapeuta Bioenergetico Centro Bresciano Down, Associazione Idea Salute

La bioenergetica, come approccio psicoterapeutico a mediazione corporea, parte dall'assunto che ogni persona è il proprio corpo.

Questo significa che ogni individuo è l'insieme delle sue esperienze di vita ciascuna registrata nella personalità e strutturata nel fisico.

Dal momento che vi è questa relazione funzionale e inscindibile tra mente e corpo la bioenergetica utilizza in modo integrato sia un'ampia gamma di esercizi, sia il colloquio e l'analisi per la comprensione a livello verbale.

Il laboratorio di movimento bioenergetico proviene dalla bioenergetica, che come detto è una psicoterapia a mediazione corporea.

Questo tipo di intervento è volto a migliorare ed approfondire il rapporto tra mente e corpo. In particolare favorisce la comunicazione e l'integrazione tra il livello organico, emozionale e psichico della persona.

Dunque questo laboratorio mira ad alleggerire le tensioni croniche, a sentire il proprio corpo in ogni sua parte ed a riacquistare la piena vitalità e il benessere psico-emozionale.

Programma del laboratorio psicocorporeo:

1. *Presentazione.* L'incontro è iniziato con la presentazione del conduttore e dei partecipanti. Di seguito, ho raccolto le aspettative degli studenti e, poi, sono state descritte e spiegate le attività. In questa fase introduttiva, si è dato spazio ai ragazzi per porre domande ed esprimere pareri e considerazioni, al fine di facilitare un loro coinvolgimento e renderli più motivati ad aprirsi e potersi mettere in gioco.
2. *Esercizi di grounding e costruzione-consolidamento della sensazione di sicurezza.* Con la parte pratica, siamo partiti dall'ascolto del corpo, facendo attenzione a discernere le sensazioni, le emozioni ed i pensieri. Gli studenti sono stati guidati alle diverse aree del corpo, cercando di notare i punti ove avvertivano una quota di tensione. L'ultima parte su cui si concentrava l'attenzione erano i piedi, per individuare e lavorare sulla stabilità. A questo punto, i ragazzi hanno fatto esercizi di radicamento sia individualmente sia in coppia per saggiare la propria capacità di "essere connessi nel proprio corpo e a contatto col qui ed ora". Sentire di avere "i piedi per terra" migliora la sensazione di collegamento con la realtà, ci sentiamo più sicuri di noi stessi e, quindi, aumenta la fiducia verso di sé e gli altri.
3. *Esercizi di rafforzamento del senso di identità.* L'esercizio base che ho proposto per lavorare sul senso di identità, è consistito nel ripetere la parola "IO", stando nella posizione di radicamento, sperimentando una intensità gradualmente crescente nella voce. In tal modo si può verificare il grado di libertà espressiva e di assertività. Successivamente si è ripetuto lo stesso esercizio, ma con un grado di sofisticazione maggiore. Ovvero, si doveva ripetere "IO" guardando negli occhi un compagno/a senza lasciarsi condizionare dallo sguardo dell'altro.
4. *Esercizi di espressione del NO.* Dopo aver affinato il senso di radicamento e di identità, ho proposto esercizi che potenziano la capacità di proteggersi. Eseguendo certi movimenti, quali per es. allontanare, spingere via o fermare con le mani, si sperimenta il potere di "prendere le distanze" come mezzo di difesa e definizione del limite e dei confini. Più mi sento libero di dire "NO", più posso sentirmi libero nella relazione con l'altro senza temere di essere condizionato, invaso e prevaricato dal mio interlocutore. Sapersi proteggere con il "NO", conferisce un prezioso senso di sicurezza e fiducia.
5. *Esercizi di espressione del SI.* Una volta potenziato il "NO", ecco che è più agevole rafforzare il "SI". Per farlo ho scelto semplici esercizi di apertura del corpo abbinati alla ripetizione del "SI". Perciò ho accompagnato il gruppo ad eseguire posture e movimenti di apertura (quali per es. spalancare le braccia, inarcare il tronco, protendersi in avanti, ecc.) ascoltando come risuonava il suono "SI" ripetuto a sé stessi e, poi, a un'altra persona. Allenandosi così, si può imparare ad aprirsi con gradualità e con i piedi per terra (ovvero, mantenendo un collegamento con la realtà); così si riesce a edificare una realistica capacità di apertura verso sé stessi e verso le altre persone.

6. *Esercizi di espressione del NOI.* Con tali esercizi ho accompagnato il gruppo a compiere esperienze di contatto e sostegno. Per prima cosa, abbiamo sperimentato il contatto oculare e ascoltato come ci risuona dentro e come ci fa reagire la sensazione di essere visti-guardati da qualcun altro. Dopo di che, ho fatto compiere posture e gesti di contatto con le mani (es. contatto con i polpastrelli e i palmi), come dimensione in cui mettersi in gioco nella relazione con l'altro, per verificare quanto e come posso stare in ascolto dell'altro, accoglierlo e, al contempo, concedermi di manifestare il mio sentire e i miei bisogni. Attraverso tali esperienze, si facilita l'apprendimento di un modo concreto e ponderato di chiedere e dare appoggio e sostegno dentro la relazione con le altre persone.

Riguardo a come gli studenti hanno reagito al lavoro proposto, ho constatato un buon grado di partecipazione da parte di tutti i presenti.

Alcuni di loro (per es. coloro che hanno esposto durante la plenaria) hanno adottato un atteggiamento molto propositivo e motivato che è stato di aiuto verso coloro che avevano delle resistenze e difficoltà a mettersi in gioco e lasciarsi andare nella pratica degli esercizi e delle esperienze fatte (che, in taluni passaggi, richiedevano una certa delicatezza e profondità di apertura).

In generale il coinvolgimento emotivo e intellettuale dei partecipanti e il loro approccio a questo laboratorio è stato attivo e positivo.

DANZATERAPIA

*Daniela Speziani
Psicologa, Psicoterapeuta Biosistemica
Giovanni Iacono
Osteopata, Danzaterapeuta*

Una famosa storia cinese “narra di un millepiedi, ridotto all’immobilità e morto di fame, perché gli era stato ordinato di muoversi sempre prima con la settantottesima zampa e poi con le altre, seguendo un ordine prestabilito. Questa storiella è spesso citata per mettere in guardia dal presuntuoso tentativo di dare una spiegazione razionale del movimento. Ma, naturalmente, quel povero insetto fu vittima di regole puramente meccaniche, e questo ha poco a che fare con il libero fluire dell’arte del movimento” (R. Laban).

La Danzamovimentoterapia Espressivo Relazionale (DMTer) utilizza, con una finalità espressiva, l’impegno corporeo attraverso il ritmo, il movimento e la danza nella relazione con gli altri e con l’ambiente. Gli obiettivi generali della Danzaterapia sono: equilibrare le disarmonie corporee, generare inclusione e partecipazione, sviluppare l’organizzazione ritmica dell’esperienza, migliorare l’orientamento spazio-temporale, risvegliare e consolidare l’esperienza del piacere funzionale, aumentare e migliorare la coordinazione senso-motoria, la capacità di apprendere ed elaborare competenze ed informazioni nuove e scoprire gli strumenti per trasformare, queste conoscenze, in azioni concrete. La danza e la musica diventano utili riorganizzatori psico-fisici e relazionali, essenziali per ristabilire una connessione ritmica tra i ragazzi e permettere la partecipazione di tutti (rispecchiamento e senso di appartenenza).

Bibliografia

- V. Bellia, *Crescere è una danza. La danzaterapia nei processi evolutivi*, Alpes 2016.