

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

Dinamiche intrapsichiche e relazionali in famiglie con bambino oncologico.

Intrapsychic and relational dynamics in families with oncologic children

Di Gloria S.*

*ECOPSYS – Collegio Europeo di Scienze Psicosociali

PAROLE CHIAVE: psico-oncologia, cancro, dinamiche familiari, oncologia pediatrica, lavoro psicologico.

KEYWORDS: psycho-oncology, cancer, family dynamics, pediatric oncology, psychological support.

RIASSUNTO

Il presente articolo si propone di analizzare l'esperienza del cancro in ambito pediatrico, ponendo particolare attenzione alle dinamiche familiari e intrapsichiche che si attivano quando si ammala un bambino. L'esperienza del cancro si presenta alla famiglia come un evento incomprensibile e inaspettato, comportando una rapida riorganizzazione della struttura familiare. Inoltre, l'ospite inatteso, come da alcuni è stato definito, genera una serie di processi intrapsichici in ogni membro della famiglia che possono avere importanti ripercussioni nella vita futura. Si sottolinea infine, il ruolo, fondamentale dello psicologo in ambito oncologico pediatrico.

ABSTRACT

This paper aims analyzes the interpersonal experience of cancer in the pediatric oncology, with particular emphasis to the family and intrapsychic dynamics that are activated when a child becomes ill. The family's experience of cancer is an incomprehensible and unexpected event, leading to a hard reorganization of the family structure. Furthermore, this "unexpected host" promote a series of intrapsychic processes in each family member that can have relevant consequences in their future life. The diagnosis of cancer breaks into the family life cycle as a non-normative event to deal with and to live with for a long time. The experience of cancer and its treatment is a challenging and destabilizing event, both for children and family members, due to several and complex psychological, relational variables. For the child, the experience of illness is configured as a condition of diversity so exasperated as to represent an almost

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

"alien" dimension, not so much on a physical level as on an emotional level. The lived experience tends to leave a perennial trace, which may, depending on the case, represent an element of strength or fragility with respect to subsequent critical events in life. Finally, the fundamental role of the psychologist in pediatric oncology is underlined.

INTRODUZIONE

Le neoplasie di un bambino possono intendersi come patologie che colpiscono l'intera famiglia, generando sofferenza e angoscia in ciascun membro. Il cancro arriva inatteso in famiglia, imponendo cambiamenti importanti per l'intero sistema familiare. L'impatto della malattia sulla vita familiare ristrutturata la trama dei legami affettivi, al punto che taluni hanno affermato che il cancro unisce alcune famiglie o ne disgrega altre (Gritti et al., 2011).

La malattia produce una condizione gravemente disarmonica nella famiglia, la quale si adoperava ad organizzare un rigido cordone difensivo, nel tentativo disperato di "neutralizzare" quella esperienza estranea che è la malattia. Il ciclo vitale della famiglia si blocca nel tentativo di congelare l'evoluzione della propria storia. Le coordinate spazio-temporali si alterano; la dinamicità relazionale è persa, lo spazio è statico e il tempo negato. Le relazioni familiari si cristallizzano nell'ipotesi illusoria di catturare il tempo, di fermarlo attraverso modalità ritualizzate e prevedibili. La funzione difensiva è il controllo dell'angoscia di morte.

IL BAMBINO

I bambini che entrano in ospedale a causa di un cancro vivono condizioni emotive molto complesse, che talvolta possono rendere il bambino maggiormente a rischio di disturbi psicologici. La lontananza dalla famiglia, il senso di estraneità, l'atmosfera angusta dell'ambiente ospedaliero, le terapie oncologiche, il dolore, sono tutti momenti difficili che provocano forti angosce e vissuti depressivi. La malattia tumorale, infatti, ha un forte impatto emotivo sul bambino, caratterizzato da una profonda sofferenza e dalla costante paura del dolore e della morte. Sentimenti di perdita, solitudine e rabbia caratterizzano il suo vissuto, ponendolo in una condizione reale di dipendenza connessa al bisogno di cure; una dipendenza anche emotiva che tende a persistere, disturbando talvolta l'acquisizione dell'autonomia. L'incontro con l'ospedale rappresenta un'esperienza di separazione e di perdita, non solo dal precedente stato di benessere ma anche dalla famiglia. L'ospedalizzazione si connota di aspetti di depersonalizzazione e di anonimato, di sentimenti di noia e di solitudine che favoriscono momenti di regressione, isolamento, ostilità e /o aggressività.

Il bambino affetto da tumore sperimenta una profonda sofferenza, innanzitutto fisica, sia in rapporto alla malattia sia in rapporto agli interventi

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

diagnostici e terapeutici (Massaglia et al., 2001). Molto spesso tali procedure cliniche comportano cambiamenti fisici rilevanti a cui possono corrispondere sentimenti di estraneità. La continua interazione tra soma e psiche è l'elemento costitutivo fondamentale di ogni essere umano. Nel bambino l'unità psicofisica è maggiore che nell'adulto, tanto che un danno al corpo è sentito come lesivo della personalità e danneggiante l'integrità del sé. Ne può quindi risultare intaccato il processo di costruzione dell'identità che affonda le basi nella fanciullezza. L'integrità psicofisica può essere gravemente compromessa anche nelle relazioni con il mondo esterno, con particolare riguardo alla propria realizzazione affettiva. Quando le procedure cliniche interessano gli organi interni prevalgono vissuti e fantasie di manipolazione e di svuotamento, mentre rispetto alle parti visibili del corpo si osservano difficoltà di partecipazione alla vita sociale, legate non solo alla sensazione che il proprio corpo è oggetto di sguardo e curiosità, ma anche alla proiezione sugli altri della propria intolleranza rispetto alla menomazione. Particolare rilevanza assumono gli interventi che colpiscono il distretto capo-collo: il volto e la voce rivestono, infatti, una particolare significatività nel rapporto con sé stessi e con gli altri. Un cambiamento improvviso, deturpante, determina quasi sempre un momento di grave crisi: è in gioco non solo la perdita del sé precedente ma anche quella del sé futuro, oggetto, inoltre, di una nostalgica idealizzazione.

L'esperienza di malattia, comunque, si configura come una condizione di diversità così esasperata da rappresentare una dimensione quasi "aliena", non tanto a livello fisico quanto a livello emotivo. L'esperienza vissuta tende a lasciare una traccia perenne, che può, a seconda dei casi, rappresentare un elemento di forza o di fragilità rispetto a successivi avvenimenti critici della vita (Massaglia et al., 2001).

LA FAMIGLIA

La famiglia è il caregiver primario di cure per il paziente neoplastico. Il suo stile di funzionamento diviene un fattore chiave per il mantenimento del benessere emotivo del paziente e dei suoi familiari (Di Caprio, 2013). I processi adattivi sono connessi all'equilibrio dinamico del sistema paziente – famiglia equipe di cura. La famiglia può influenzare in senso positivo o negativo aspetti non secondari del decorso, così come le relazioni familiari vengono influenzate dalla presenza della malattia: possono emergere conflitti o confusione di ruoli, difficoltà di comunicazione, isolamento sociale, invischiamento. Dunque, un'accurata valutazione delle tre dimensioni della malattia, ovvero le caratteristiche cliniche, le fasi del ciclo di vita della famiglia e il contesto socioculturale, consente di programmare interventi rivolti alla famiglia che, potenziandone le risorse in termini di processi adattivi e resilienza, possano promulgare processi terapeutici. La resilienza va intesa come la capacità di riprendersi dalle crisi e di superare le difficoltà della vita. Un approccio centrato sulla resilienza familiare si propone di identificare e rinforzare quei processi

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

interattivi determinanti che consentono alle famiglie di resistere e reagire all'avvento di contingenze critiche potenzialmente disgreganti (Walsh, 2008). Intendere la famiglia come risorsa riformula la malattia come parte di una storia più complessa che appartiene al contesto delle relazioni familiari. La famiglia è il tratto d'unione tra il fra il passato e il futuro, garantisce stabilità e, al tempo stesso, favorisce trasformazioni di vita. In quanto sistema che interagisce con il contesto sociale e culturale, influenzandolo ed essendone influenzato, la famiglia può essere descritta come un sistema biopsicosociale, in cui i comportamenti individuali e le relazioni interpersonali si influenzano reciprocamente secondo una logica di feedback. In tal senso comportamenti individuali di adattamento alla malattia (illness behaviours) interagiscono con gli stili relazionali (Gritti et al.,2011).

Nelle famiglie affette dal cancro la possibilità di parlare della malattia è spesso ridotta, in quanto introduce discontinuità rispetto alla dinamica fusionale che le caratterizza. Il ciclo della vita della famiglia presuppone il passaggio da una fase all'altra, caratterizzato da un processo di ristrutturazione della trama dei rapporti tra i membri della famiglia. La diagnosi di tumore irrompe nel ciclo vitale della famiglia come un evento non normativo da affrontare e gestire e con cui convivere per un lungo tempo. L'esperienza del cancro e il relativo trattamento sono un evento difficile e destabilizzante, sia per i bambini che per i familiari, per le numerose e complesse difficoltà psicologiche, relazionali e familiari (Oppenheim,2010).

La famiglia in quanto "*corpo familiare*" (Di Caprio, 2013) riveste un duplice ruolo nell'esperienza complessiva della malattia: da un lato quello di caregiver nella sua funzione di prendersi cura del bambino malato, dall'altro quello di secondo paziente in quanto è la famiglia stessa a necessitare di operatori che si prendano cura di essa. La metafora del "*corpo familiare*" rimanda al fatto che la rete di relazioni familiari possiede un proprio linguaggio: il "Sè" del soggetto è legato al "Noi" dei familiari, un misterioso legame che unisce, in risonanza, il corpo sofferente del singolo con quello di tutti gli altri.

Anche la malattia ha un proprio linguaggio, sia in termini di fenomeni biologici e clinici, sia in termini di rappresentazione di malattia per il paziente e per la famiglia.

Dal punto di vista biologico il corpo malato non si riconosce più come unità e come identità; questo mancato riconoscimento ha importanti ripercussioni psicologiche, in particolare rispetto alla percezione del dolore. Il dolore fisico, infatti, è correlato non solo all'intensità dello stesso, ma anche ai modelli che il bambino ha appreso dalle figure di riferimento, ai fattori sociali e alle credenze che gli adulti possono avere sulla percezione del dolore del bambino e sul suo modo di affrontarlo (McGrathe et al.,1993). Le figure di accudimento possono, inoltre, incrementare la paura per le procedure mediche, la difficoltà ad adattarsi, a fronteggiare la malattia e il dolore provato.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

Per quanto concerne la rappresentazione della malattia, questa comporta un'attribuzione di senso a quanto sta accadendo: se insorge in età evolutiva, il lavoro mentale impegna tanto il bambino quanto i genitori.

LE DINAMICHE FAMILIARI.

Già ai primi sintomi di malattia, ancor prima della comunicazione della diagnosi, il bambino, attraverso l'esperienza del dolore, avverte una minaccia alla propria integrità fisica regredendo a modalità di funzionamento psichico tipiche di fasi precedenti dello sviluppo. I bambini, infatti, sono caratterizzati da una forte tendenza a ricondurre la causa dei fenomeni a sé stessi; è per questo che è molto diffuso tra loro il pensiero di aver determinato la malattia con comportamenti "cattivi" e sentirla come una punizione. Ne deriva la credenza, fermamente radicata, che le malattie siano autoindotte, come se fossero una punizione per ogni sorta di cattiverie, disobbedienze e trascuranza delle regole. Tali rappresentazioni minano la forza del bambino di combattere la malattia creando un atteggiamento falsato, masochistico e passivo verso la sofferenza.

La comunicazione della diagnosi porta ad una regressione tanto del bambino, che può manifestarsi attraverso il rifiuto del cibo e il bisogno di essere lavato, vestito e imboccato (Di Cagno et al., 1980), quanto della madre. Infatti, considerato il mandato (transgenerazionale) della madre di salvaguardare la salute del bambino, la malattia genera sempre una colpa in lei, costringendola ad una regressione ad un rapporto simbiotico e dipendente con il piccolo, in seguito alla rottura della fantasia illusoria, propria delle cure materne, di assicurare l'immortalità del figlio. La malattia del piccolo sollecita quindi una totale identificazione della madre e sentimenti di ansia, rabbia e angoscia, che caratterizzano questa diade relazionale, possono interferire con l'efficienza della madre. Dunque, la malattia del bambino può interferire con il pattern di attaccamento, se la mamma deve anche svolgere compiti infermieristici e di cura che possono confliggere con la natura delle cure materne. Bisogna tenere presente che la manipolazione del corpo del bambino per cure mediche è necessariamente più invasiva della normale manipolazione di un neonato. I sentimenti depressivi e il funzionamento arcaico, che caratterizzano la suddetta relazione, si estendono in poco tempo a tutto il sistema familiare; genitori e figlio si fondono tra loro creando un sistema estremamente chiuso ed invischiato. Tale meccanismo di difesa familiare pone il bambino in una situazione di simbiosi compensativa del senso di colpa che attraversa anche i genitori. La malattia, infatti, viene vissuta dai genitori come fallimento e punizione per i bisogni di differenziazione tipiche della prima fase del ciclo di vita: un attacco alla capacità dei genitori di generare e far crescere cose buone, interrompendo traumaticamente la complessa dialettica tra spinta all'autonomia e dipendenza.

A livello fantasmatico, l'invisibilità della malattia e l'assenza di una forma ne rendono difficile il riconoscimento e la preservazione di parti sane; nei genitori

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

si attivano fantasie di un'ereditarietà colpevole e di una contaminazione mortifera.

In particolare, quando il paziente colpito dal cancro è il figlio, i mutamenti relazionali si esplicano su due livelli: nella relazione coniugale, e in quella genitoriale con l'altro figlio. Rispetto alla relazione coniugale sono state evidenziate in letteratura maggiori difficoltà riguardo all'esperienza dell'intimità; infatti le difficoltà a mantenere una vita sessuale attiva e soddisfacente contribuiscono a rendere la coppia particolarmente esposta a processi di distanziamento emotivo, tensioni conflittuali e difficoltà comunicative.

Nella relazione di cura con altri figli, invece, l'angoscia che attraversa i genitori riguarda prevalentemente il desiderio di proteggere il benessere psicofisico del figlio sano e la possibilità/impossibilità di dover dividere equamente il proprio tempo e i propri affetti fra tutti loro; ne consegue, talvolta, una condizione dei fratelli di esclusione protettiva.

Un ulteriore cambiamento degli stili relazionali si concretizza in una redistribuzione dei ruoli all'interno della struttura familiare. Nel tentativo di controllare l'angoscia di morte, l'originaria struttura della famiglia subisce una totale destrutturazione in cui la dinamicità degli spazi, garanzia di vitalità, viene cristallizzata, e in cui le relazioni da mutuali divengono rigide funzioni statiche. La cristallizzazione delle dinamiche familiari viene espressa attraverso manifestazioni sintomatiche, tanto da parte del bambino malato quanto da parte dei fratelli. Il piccolo malato può, infatti, farsi carico di funzioni genitoriali per contenere l'angoscia di morte che circola nella famiglia (adulterismo), oppure assumere comportamenti tirannici nei confronti dei genitori (infantilismo). D'altra parte, i fratelli sani sperimentano una condizione di orfanità, sentendosi abbandonati e non riconoscendosi più nel ruolo di figli. L'atteggiamento da piccolo adulto del bambino malato, nel tentativo di svolgere una funzione protettiva nei confronti dei genitori, lo trasferisce, sul piano generazionale, al livello dei nonni. Dunque, i ruoli si invertono, i confini diventano diffusi, l'organismo familiare, da vitale e dinamico, diviene inanimato e statico.

IL TEMPO DELLA DIAGNOSI

Il tempo della diagnosi pone le famiglie di fronte ad una rivelazione dolorosa; è al tempo stesso occasione imprevista per riflettere sul senso e la caducità della vita, sui desideri e sogni non ancora realizzati. La cesura netta tra un «prima» e un «dopo» può comportare anche, oltre all'incertezza per l'esito e alla minaccia dell'aggravamento, la determinazione a compiere una svolta, a effettuare una scelta, una normalità "altra", in grado di rendere pensabile il "futuro" (Marone,2016). Da questo punto di vista non va tralasciato che, mentre il periodo della guarigione – nella prospettiva oncologica – può essere previsto con una certa precisione, non è così per il "*tempo psicologico*" necessario all'accettazione e all'elaborazione della malattia. Un momento che non può essere quantificato in

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

anticipo e necessita di un altro tempo, quello della cura. Ciò che accade nel lasso cronologico che sta tra il sospetto della diagnosi e la certezza della sua conferma è un turbinoso accumulo di trasformazioni che determina una percezione del tempo molto più dilatata.

Fortemente dibattuto è il tema della comunicazione della diagnosi, quando la malattia colpisce i bambini. Spesso i genitori richiedono di nascondere al figlio la reale diagnosi: la mistificazione, la simulazione, l'inganno, assumono un ruolo portante nelle relazioni.

Nonostante i genitori siano responsabili della salute dei loro bambini, che sono al di sotto dell'età legale per poter dare il consenso in modo autonomo, essi hanno, tuttavia, il diritto morale ad una piena ed esauriente spiegazione delle procedure, in base al loro livello di maturità, e devono avere garantito il diritto ad essere interpellati per avere il loro assenso alle procedure. Nessuna procedura dovrebbe essere attuata su un minorenne senza il tentativo di ottenere il suo assenso o, almeno – a seconda dell'età – la sua consapevolezza e comprensione. I genitori, spesso, sperimentano un'incapacità a gestire i propri vissuti rispetto alla comunicazione della malattia (ansia, tristezza, paura, dolore) rischiando di negare anche al bambino la possibilità di provarne. La negazione e il silenzio, se da un lato consentono ai genitori di non essere completamente schiacciati dalla malattia del figlio, dall'altra inducono il piccolo paziente a fare finta di non provare emozioni.

I SINTOMI POST-TRAUMATICI.

La comunicazione della diagnosi di cancro, insieme alla conoscenza della prognosi della malattia, costituisce un fattore di stress potenzialmente traumatico, di recente descritta come criterio causale diagnostico per la diagnosi del disturbo post-traumatico da stress. Inoltre, essere genitori di un bambino affetto da cancro comporta una serie di potenziali eventi stressanti. Pertanto, i sintomi di stress acuto e lo stress post-traumatico possono manifestarsi nei genitori in qualsiasi fase del corso della malattia del bambino, e interferiscono con la loro capacità di prendersi cura di sé stessi e dei propri figli.

Uno studio (Norberg et al., 2008) ha evidenziato livelli molto alti di stress in madri e padri, subito dopo la comunicazione della diagnosi e una vulnerabilità a lungo termine di sintomi post traumatici da stress. I sintomi maggiormente rilevati sono: pensieri intrusivi, evitamento, ansia, angoscia e vissuti depressivi; l'intensità dei suddetti sintomi sembra variare in funzione del tempo trascorso dalla diagnosi: una maggiore intensità è stata riscontrata in genitori di bambini che avevano ricevuto la diagnosi poco tempo prima, rispetto a chi aveva appreso la diagnosi da più tempo.

Il suddetto studio dimostra inoltre che, l'angoscia dei genitori può persistere anni dopo la diagnosi, creando una situazione di vulnerabilità al disturbo post traumatico da stress. Lo studio infatti evidenzia, in particolare

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

rispetto ai pensieri intrusivi che attanagliano i genitori sulla malattia del figlio, che circa il 10% dei genitori, 5 anni dopo la diagnosi, sono turbati da pensieri intrusivi sulla malattia tanto quanto i pazienti PTSD lo fossero da pensieri intrusivi circa il trauma. Tuttavia, non esistono evidenze scientifiche che confermino una correlazione tra i sintomi post traumatici, la condizione fisiologica successiva alla comunicazione della diagnosi, e il disturbo post traumatico da stress. Infine, a differenza di studi precedenti, questo studio non segnala differenze di genere: l'esperienza della malattia del bambino risulta essere stressante tanto per le madri quanto per i padri. Bisogna infatti considerare la possibilità di variazioni individuali, piuttosto che presupporre l'esistenza di differenze di genere, in quanto queste ultime possono portare a ipotesi erranee sul disagio, le reazioni e bisogni dei genitori.

In conclusione, possono manifestarsi reazioni di forte stress nei genitori, durante i primi anni successivi alla diagnosi di cancro di un bambino. Sebbene la sintomatologia non si traduca necessariamente in reazioni durature, come lo stress post-traumatico, i professionisti della cura sono chiamati ad una continua attenzione agli effetti traumatici potenziali della diagnosi e dei trattamenti.

ATTACCAMENTO E RITUALI FAMILIARI: PREDITTORI DELL'ADATTAMENTO ALLA MALATTIA.

Il livello di adattamento al tumore pediatrico è strettamente correlato al funzionamento della famiglia. Nelle famiglie che si confrontano con il cancro pediatrico, i genitori sentono una minaccia comune e il lungo percorso di cura, spesso può portare ad una riduzione dei contatti con altre figure di parentela, centralizzando la figura del partner. Ciò è stato posto in relazione con il pattern di attaccamento. L'attaccamento è un concetto importante che non è stato ampiamente studiato nelle famiglie di bambini con cancro. La teoria dell'attaccamento ipotizza che in tempi di minaccia, reale o percepita, il sistema comportamentale dell'attaccamento viene attivato (Bowlby, 1982). Tuttavia, le persone differiscono nel modo in cui regolano l'angoscia e affrontano le minacce e i fattori di stress (Mikulincer et al., 2007). Vari studi hanno evidenziato che, in occasione di una minaccia o di elevati livelli di stress, quando si poteva ipotizzare che le persone potessero beneficiare maggiormente del supporto degli altri significativi, le persone con un attaccamento evitante e/o ansioso non solo riferivano di aver riscontrato scarsa disponibilità di supporto da parte degli altri, ma erano anche meno soddisfatte del supporto ricevuto (Mikulincer et al., 2007). Inoltre, l'influenza dell'attaccamento sicuro sul significato dei rituali familiari e sulla coesione familiare è stata discussa in letteratura a partire dai rapporti tra i genitori. I rituali familiari possono essere definiti come una serie di atti e di comportamenti strettamente codificati all'interno di una famiglia, che si ripetono nel tempo e ai quali tutti i membri della famiglia partecipano. Il compito dei rituali familiari è quello di trasmettere valori, attitudini o modalità

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

comportamentali nei confronti di situazioni specifiche o di vissuti emotivi a esse collegati. Il significato del rituale familiare, il grado in cui questi eventi assumono significato per i membri della famiglia (Fiese, 1992), fornisce un senso di appartenenza e di identità di gruppo (Fiese et al., 2002), ed è associato al benessere psicologico e all'adattamento per genitori e figli, specificamente in condizioni di salute pediatrica (Crespo et al., 2013 ; Fiese et al., 2002).

Dato che l'attaccamento sicuro dei genitori influenza la relazione di coppia, è plausibile ritenere che l'attaccamento può avere un impatto sul funzionamento generale della famiglia (Mikulincer et al., 2007) e modellare il modo in cui le famiglie stabiliscono e mantengono i rituali familiari e la coesione. Ciò può essere particolarmente rilevante nel contesto di una malattia grave poiché è più probabile che venga attivato il sistema comportamentale dell'attaccamento.

All'interno della letteratura oncologica pediatrica, un minor numero di attività familiari, come i pasti condivisi, erano associati a sintomi più depressivi dei genitori (Manne et al., 1995). Quando genitori e figli riportavano livelli più alti di significato del rituale familiare, riportavano anche una maggiore coesione e speranza familiare, quindi una migliore qualità della vita (Santos et al., 2015). Questi studi supportano l'ipotesi che la coesione familiare, la percezione del grado di impegno, aiuto e sostegno che i membri della famiglia si forniscono a vicenda (Moos et al., 1986), sono predittori dei rituali familiari e dell'adattamento familiare (Fiese, 2006). Infatti, la coesione familiare è stata spesso associata all'adattamento dei genitori e dei figli (ad esempio, Maurice-Stam et al., 2008; Varni et al., 1996). Sebbene ci sia un corpus crescente di ricerche che attestano i benefici del significato dei rituali familiari e della coesione familiare per le famiglie di bambini con cancro, si sa poco sui predittori di questi benefici o se siano gli stessi per genitori e figli.

Una revisione sistematica delle famiglie con bambini affetti da cancro ha mostrato una notevole variabilità nelle relazioni di coppia: mentre molti genitori considerano i loro partner come la loro principale fonte di sostegno (Hazan et al., 1987), ricercando sicurezza e protezione e utilizzando la relazione coniugale come un porto sicuro nelle situazioni di stress elevato (Burwell et al., 2006); altri, in particolare coloro con un attaccamento insicuro, possono mettere in atto schemi disadattivi (Nicholls et al., 2014). Da un lato, gli individui con attaccamento evitante potrebbero mettere in atto difese di negazione dei bisogni di attaccamento, perché diffidano della disponibilità dei loro partner e si sforzano di mantenere la distanza emotiva e l'indipendenza. D'altra parte, gli individui con attaccamento ansioso potrebbero adottare strategie "iperattivanti", come tentativi insistenti di raggiungere la vicinanza e la fusione con il partner, perché temono che l'altro non sarà disponibile e reattivo nei momenti di bisogno (Mikulincer et al., 2007).

Secondo alcuni autori (Mikulincer et al., 2002), l'attaccamento insicuro può ridurre la qualità delle relazioni di coppia generando effetti a catena sul sistema familiare e interferendo con il benessere.

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

Inoltre, studi empirici hanno mostrato un legame tra soddisfazione coniugale e funzionamento familiare (Crespo et al., 2008; Pedro et al., 2015).

Uno studio di Norberg A. L., Boman K.K. (2008) esamina il ruolo delle relazioni tra i genitori, in particolare l'attaccamento sicuro, come predittore dei rituali significativi della famiglia e della coesione familiare per i genitori e i loro figli affetti dal cancro. Il suddetto studio fornisce un nuovo approccio a un'importante questione della ricerca in psicologia pediatrica: l'impatto dell'attaccamento sicuro dei genitori sul funzionamento della famiglia durante il trattamento del cancro dei bambini. La scoperta principale è stata che l'attaccamento evitante (vs. ansioso) della coppia era un fattore di rischio unico per livelli inferiori di significato di rituale familiare e coesione familiare. Inoltre, l'attaccamento evitante dei genitori ha influenzato la coesione familiare sia direttamente che indirettamente, attraverso il suo impatto sul significato dei rituali familiari. Questa scoperta è importante perché lo stile di attaccamento è legato alla regolazione emotiva e alle strategie per la gestione dello stress (Bowlby, 1982). Nel contesto della minaccia condivisa dai genitori, rappresentata dal cancro di un bambino, lo stile di attaccamento sicuro può influire sull'adattamento familiare. Infine, il significato del rituale familiare e la coesione familiare sono rimasti costanti e elevati in un periodo di 6 mesi per genitori e figli. Questa scoperta è in contrasto con l'idea che una grave malattia possa interrompere i rituali familiari e ridurre la coesione, perché le famiglie sono sopraffatte dalle nuove richieste imposte ai membri della famiglia (Imber-Black, 2014). Questi risultati discrepanti possono essere dovuti al tempo di valutazione in questo studio, dato che erano trascorsi in media 11 mesi dalla diagnosi primaria. È possibile che questo lasso di tempo possa essere sufficiente per la maggioranza delle famiglie ad adattarsi alle nuove esigenze imposte dalla condizione e rafforzare i rituali e la coesione all'interno della famiglia.

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

La psicoterapia non è solo cura di una patologia psichica conclamata, ma possiede anche un valore protettivo e di prevenzione, in quanto rafforza l'apparato psichico a rischio. Lo psicologo può offrire alla famiglia la possibilità di stabilire una relazione di fiducia sia al fine di significare l'esperienza di malattia, sia per dividerne il percorso e l'esito; questi obiettivi sono centrali per il sostegno alla famiglia. Il supporto psicologico dovrebbe integrare una pluralità di interventi che coinvolgano il paziente e il suo contesto socio-familiare in una partnership collaborativa nelle decisioni terapeutiche e nell'attenzione alla qualità della vita. Lo psicologo dovrebbe porsi come collegamento tra l'area medica della malattia oncologica e quella psicologico-psichiatrica. Gli obiettivi specifici devono riguardare la valutazione e il trattamento delle conseguenze psicosociali, affinché ogni dimensione della malattia oncologica, e in particolare gli aspetti psicologici, sociali e valoriali e spirituali, siano tenuti nella dovuta considerazione,

Di Gloria S.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

garantendo un'assistenza attenta e una migliore qualità di vita durante tutta la malattia. Sono quindi necessarie multidisciplinarietà e interdisciplinarietà tra le diverse figure professionali che ruotano intorno alla famiglia, offrendole la possibilità di usufruire di interventi psiconcologici flessibili e articolati nel territorio, per rispondere a domande di cura sempre più ampie e complesse.


Il registro di lettura e di intervento dovrebbe privilegiare costantemente la “relazione” intesa nelle sue complesse e variegate accezioni. In tal senso, l'approccio sistemico-relazionale sembra particolarmente idoneo al lavoro nella rete familiare del piccolo paziente e contribuisce a migliorare l'intervento terapeutico dello staff medico, fornendo una preziosa chiave di lettura degli eventi. Tale approccio valorizza la qualità mediatrice della famiglia, intesa come tramite per l'introduzione di nuovi significati degli eventi che la attraversano, sollecitando i familiari a sperimentare modalità relazionali alternative. L'obiettivo, dunque, non è proporre nuovi contenuti, ma cercare diversi significati dell'esperienza di malattia. Il percorso mira ad attivare comunicazioni che facilitino la trasmissione delle informazioni e delle emozioni tra i membri del sistema familiare e ad offrire la possibilità di sperimentare strategie più flessibili per affrontare la quotidianità.

La possibilità di parlare della malattia pone in contatto la famiglia con la malattia stessa. Compito preliminare dello psicologo è il rispetto della sofferenza della famiglia e la sollecitazione di sentimenti positivi. Dunque le finalità di un progetto di cura possono essere riassunte in tre obiettivi principali: attenuare il sentimento di solitudine, sollecitare il confronto di esperienze, valorizzare le risorse.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Bowlby J., (1982), *Attachment and loss*. (Vol. 1). *Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.
- [2] Burwell S. R., Brucker P. S., Shields C. G., (2006), *Attachment behaviors and proximity-seeking in cancer patients and their partners*, *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 5, 1-16.
- [3] Crespo C., Davide I. N., Costa M. E., Fletcher G. J. O, (2008), *Family rituals in married couples: Links with attachment, relationship quality, and closeness*, *Personal Relationships*, 15, 191-203.
- [4] Crespo C., Santos S., Canavarro M. C., Kielpikowski M., Pryor J., Feres-Carneiro, T., (2013), *Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review*. *International Journal of Psychology*, 48, 729-746.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

- 
- [5] Di Cagno L., Ravetto F., (1980), *Le malattie croniche e mortali dell'infanzia: l'angoscia di morte*, Il pensiero scientifico XIV, p. 180, Roma.
- [6] Di Caprio E. L., (2013), *Accogliere il cancro nella famiglia: una prospettiva clinica*, Giornale Italiano di Psiconcologia, Vol. 15 N 1/2013.
- [7] Fiese B. H., (2006), *Family routines and rituals*. New Haven, CT: Yale University Press.
- [8] Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T., (2002), *A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration?*, Journal of Family Psychology, 16, 381-390.
- [9] Fiese B.H., (1992), *Dimensions of family rituals across two generations: Relation to adolescent identity*, Family Process, 31, 151–162.
- [10] Gritti P., Di Caprio E.L., Resicato G., (2011), *L'approccio alla famiglia in psiconcologia*, Clinica psiconcologica, NÓOς 2:2011; 115-135
- [11] Hazan C., Shaver P., (1987), *Romantic love conceptualized as an attachment process*, Journal of Personality and Social Psychology, 52, 511–524.
- [12] Imber-Black E., (2014), *Will talking about it make it worse? Facilitating family conversations in the context of chronic and life-shortening illness*, Journal of Family Nursing, 20, 151–163
- [13] Manne S. L., Lesanics D., Meyers P., & Wollner N., (1995), *Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer*, Journal of Pediatric Psychology, 20, 491–510.
- [14] Marone F., (2016), *Après-coup*, Rivista per le Medical Humanities.
- [15] Massaglia P., Bertolotti M., (2001), *Il bambino*, in Bellani M. et al. (a cura di) *Psiconcologia*, Masson.
- [16] Maurice-Stam H., Oort F. J., Last B. F., Grootenhuis M. A., (2008), *Emotional functioning of parents of children with cancer: The first five years of continuous remission after the end of treatment*, Psychooncology, 17, 448–459.

Doi: 10.23823/jps.v3i2.58

- [17] McGrath, McAlpine, (1993), *Psychologic perspectives on pediatric pain*, Journal Pediatric, 1993 May.
- [18] Mikulincer M., Florian V., Cowan P. A., Cowan C. P., (2002), *Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics*. Family Process, 41, 405–434.
- [19] Mikulincer M., & Shave, P. R., (2007), *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*, New York, NY: The Guilford Press.
- [20] Moos R. H., Moos B. S., (1986), *Family Environment Scale Manual* (2nd ed.), Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- [21] Nicholls W., Hulbert-Williams N., Bramwell R., (2014), *The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: A systematic review of the literature*, Psychooncology, 23, 1083–1095.
- [22] Norberg A. L., Boman K.K., (2008), *Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety*, Acta Oncologica, 47:2, 267-274.
- [23] Oppenheim, D. F. Goldsmith, (2010), *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini. Colmare il divario tra ricerca e pratica clinica*, Borla.
- [24] Pedro M. F., Ribeiro T., Shelton K. H., (2015), *Romantic attachment and family functioning: The mediating role of marital satisfaction*, Journal of Child and Family Studies, 24, 3482–3495.
- [25] Santos S., Crespo C., Canavarro M. C., Kazak A. E., (2015), *Family rituals and quality of life in children with cancer and their parents: The role of family cohesion and hope*, Journal of Pediatric Psychology, 40, 664–671.
- [26] Varni J. W., Katz E. R., Colegrove R., Dolgin M., (1996), *Family functioning predictors of adjustment in children with newly diagnosed cancer: A prospective analysis*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 321–328.
- [27] Walsh F. (2008), *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina.