

La Psiconcologia si occupa delle variabili psicologiche connesse alla patologia neoplastica e, in generale, delle implicazioni psico-sociali dei tumori. Nasce in funzione delle complesse problematiche psicologiche ed emozionali che interessano la maggior parte dei pazienti affetti da cancro. Riunisce e comprende la metodologia, la teoresi della medicina (Oncologia) e della psicologia (Psicosomatica).

La Psicologia oncologica è il risultato di una convergenza tra la psicologia, che focalizza gli aspetti più soggettivi, espressi dal paziente neoplastico attraverso i suoi sintomi e la sua sofferenza, e l'oncologia, che privilegia gli aspetti più oggettivi e tangibili dei medesimi sintomi, della medesima sofferenza. Affronta il problema della relazione tra fattori psicologici ed emozionali e la malattia neoplastica, per rispondere alle domande:

- 1) Possono fattori psicologici giocare un ruolo nell'eziologia del cancro e quindi nella sua prevenzione?
- 2) I fattori psicologici intervengono nell'evoluzione clinica delle neoplasie?
- 3) È possibile, con interventi psicologici, migliorare la qualità e la durata della vita dei pazienti con cancro?

Come affermato dal Prof. Giuseppe De Benedittis (già direttore del Centro di terapia del Dolore del Policlinico di Milano): "Vi è una consistente evidenza che fattori psicodinamici possano svolgere un ruolo significativo nella patogenesi e nella evoluzione della malattia neoplastica, sostenuta da numerose teorie (di orientamento psicodinamico e non)."

L' oggetto della psicologia oncologica

La psicologia oncologica si propone di promuovere una maggiore comunicazione e alleanza fra medicina oncologica, psicologia e sociologia e, soprattutto, tradurre nel lavoro giornaliero di psicologi, medici, tecnici, assistenti sociali, infermieri e volontari le conoscenze acquisite.

Il fine è promuovere la salute globale, psicofisica, del paziente, attraverso un approccio multidisciplinare alla patologia neoplastica.

Considera la malattia come influenza reciproca tra psiche e soma: «la malattia psicosomatica è il negativo di un positivo, essendo il positivo la tendenza verso l'integrazione intesa nei suoi vari significati, fra cui quello che io ho chiamato personalizzazione». (Winnicott,1966). Personalizzazione è termine che descrive l'acquisizione di uno stretto rapporto tra psiche e corpo, per la tendenza innata di raggiungere «un'identità esperienziale della psiche e la totalità del funzionamento fisico» (ibid.). «La malattia è un processo attivo di risposta organizzato dal sistema nervoso centrale» (Ruggieri, 1988, p.253).

Non solo la patologia tumorale dovrebbe essere considerata in questa ottica, ma qualsiasi malattia. La psicologia oncologica è esempio di come la psicologia possa e debba trovare la sua collocazione accanto alle scienze mediche, per una comprensione unitaria della persona affetta da una patologia.

Modelli di psicologia oncologica

La psicologia oncologica nasce sulle osservazioni riportate, da cui emerge la certezza di un esito costruttivo, di un approccio multidisciplinare.

Secondo Guarino (1996), esistono, oggi, due teorie:

- 1) La prima si occupa della ricerca, indaga sulle componenti psicosomatiche del cancro, con studi sulla influenza delle variabili " psicologiche" nella con-causa delle neoplasie. Cerca di confermare l'ipotesi per cui certe caratteristiche psicologiche, in forza del legame mente-corpo, sarebbero fattori predisponenti l'insorgenza della malattia neoplastica. All'interno della ricerca in psicologia oncologica, ma in altro ambito, vi è un'intensa attività per determinare le reazioni psicologiche del paziente in ogni fase della malattia. Cerca di giungere alla conoscenza dei bisogni del malato e delle dinamiche messe in atto, sia dal paziente, sia dall' ambiente sociale in cui vive o viene a trovarsi per necessità imposte dalla malattia.
- 2) La seconda si occupa dell'aspetto assistenziale, studia le modalità di approccio psicoterapeutico, psicometrico e di assistenza, per aiutare il paziente neoplastico ad affrontare al meglio la malattia e per prevenire le sequele psicologiche quali la depressione e l'ansia.

La malattia neoplastica ha mutato la sua percezione semantica, trasformandosi in una patologia cronica (Satta 1989).

L'assistenza psicologica è importante sia per affrontare e gestire eventi stressanti, a cui il paziente è sottoposto durante l'arco della malattia, sia per il ruolo che fattori di natura emozionale possono avere sul decorso della malattia (Spiegel, 1994). Il malessere psicologico, che si esprima sotto forma di ansia aperta e di aggressività o in forma depressiva con il rinchiudersi in sé stessa della persona, esiste, e la sofferenza psicologica si può esprimere anche nel dolore fisico, con maggiore intensità nello stadio terminale della malattia, e può divenire il fulcro attorno cui si muove la vita del paziente (Satta, 1989). La sua presenza, o la sua assenza, condizionano le sue attività ed il suo umore. Se da una parte il dolore induce uno stato di malessere psichico, dall'altra, in un circolo vizioso, il dolore aumenta in presenza di paura, ansia e depressione.

La malattia oncologica, nell'ottica della centralità dell'individuo, rivela importanti bisogni del malato, fondamentali, decisivi per gli esiti stessi dell'andamento clinico e terapeutico; troppo spesso poco compresi e poco accolti (Thiele Rolando, 1988).

Tutto ciò è riferito ad una più vasta cornice del problema che (parlando delle trasformazioni del quadro di vita reale, familiare, professionale, e dell'assetto psicologico individuale, con l'aggiunta a volte, di gravi e profondi cambiamenti del quadro somatico) vanno a definire profili nuovi e spesso incogniti, rispetto ai quali esiste ancora una inadeguata capacità, di individuazione e una ancora più marginale capacità di accoglimento e fronteggiamento (Thiele Rolando 1988).

La Psiche come fattore di rischio

Studi e ricerche, svolte negli ultimi anni, in tutto il mondo, hanno consolidato la concezione del cancro come malattia multifattoriale, la cui insorgenza è causata appunto da più fattori (Christian Boukaram, Il potere anticancro delle emozioni del medico oncologo):

Fattore di rischio cellulare.

Progenitori di oncogeni potenziali o oncogeni sono normalmente presenti nel DNA cellulare e la loro attivazione può produrre una proliferazione incontrollata delle cellule stesse. Esistono geni (protoncogeni) che si attivano e segnalano alla cellula di moltiplicarsi, altri, antioncogeni o oncosoppressori (Biondi, 1987) che segnalano alla cellula di arrestare la proliferazione. Normalmente al servizio delle comuni esigenze della vita ma, in particolari condizioni, i primi possono sfuggire al controllo e causare danni all'organismo. Un rischio per il cancro è inscritto nella cellula, parte della natura come struttura biologica capace di processi di crescita, differenziazione, proliferazione, contenuti sotto forma di istruzioni nel nucleo, nel DNA.

Fattore di rischio ambientale.

L'esposizione a cancerogeni ambientali, con azione diretta o indiretta, è causa di neoplasie. Alimenti, tabacco, sostanze usate nella agricoltura solventi, amianto, possono concorrere nella eziopatogenesi del cancro (Biondi, Costantini, Grassi, 1995).

Fattori psico-neurobiologici.

Fattori psichici e comportamentali, con mediazione diretta o indiretta (attraverso meccanismi biologici) possono influenzare la crescita e/o il decorso del cancro, come terzo fattore di rischio (Abraham, et al. 1993).

Individuare fattori psicologici capaci di influenzare la carcinogenesi ha radici storiche: già nel secondo secolo dopo Cristo, Galeno, secondo la teoria umorale, segnalava che donne melanconiche avevano maggiori probabilità di sviluppare un carcinoma mammario (Imbault-Huart, 1985) come squilibrio della bile nera. Cancro come malattia generale dell'organismo, con manifestazioni locali. La dottrina medica di Galeno rimase immutata nei quindici secoli successivi: nel XVI° secolo, un chirurgo del Rinascimento,

Ambroise Paré, condivise l'ipotesi eziologica dello "sbilanciamento melanconico" (Imbault-Huart, ibid.) e spiegò le metastasi come manifestazioni locali dell'umor nero. Gendron (1701), in un trattato sul cancro, dopo aver discusso le diverse cause della malattia, affermò che: «talvolta essa consegue ad un'improvvisa interruzione del corso degli avvenimenti causata da uno spavento o da un'intensa sofferenza». Nel 1759, il chirurgo inglese Guy affermava che «il carcinoma mammario sembra peculiare alle costituzioni depresse, serie, flemmatiche e melanconiche»

Burrows (1783), nell'ambito dei lavori condotti sull'effetto delle emozioni sulla fisiologia corporea, affermò che "le penose passioni della mente" indeboliscono a lungo andare la circolazione del sangue e predispongono al cancro". Come Lobstein (1846): "le emozioni morali producono un deficit nell'innervazione, e questa una malnutrizione che, a sua volta, è causa della formazione del carcinoma". James Paget (1870) considerò la depressione mentale una rilevante "concausa", Tomas Watson (1871) affermò di aver osservato la sequenza stress-cancro tanto spesso da non poterne dubitare, Herbert Snow (1891, 1893) sostenne che la depressione mentale fosse un precursore del cancro, suo il primo studio statistico: su 250 pazienti del Cancer Hospital, in 156, Snow rilevò «una pena immediatamente antecedente, spesso in una forma molto viva come la perdita di un parente stretto...32 riferivano della durezza del lavoro, di privazioni...43 avevano storie che permettevano di sospettare una lesione meccanica...19 nessuna relazione causale».

La teorizzazione del cancro come malattia sistemica, iniziata con Galeno, ha prevalso per oltre mille anni, finché il rapporto mente-corpo è stato considerato inscindibile. Con lo sviluppo dell'anatomia patologica, in un clima culturale in cui «la scienza è ormai il reale» (Galimberti, 1983), il concetto di cancro come malattia sistemica e la possibile relazione tra cancro e psiche venne completamente abbandonata; ulteriore ridimensionamento dalla moderna chirurgia, dalla radioterapia che propongono intenti di radicalità terapeutica; o dalla microbiologia, biochimica, statistica sanitaria che, sottolineando l'importanza dei cancerogeni esogeni, definirono in nuovi termini l'eziopatogenesi delle neoplasie, riproducendola sperimentalmente nell'animale.

Negli ultimi anni, le conoscenze sul cancro hanno messo in luce elementi anomali che contrastano con l'interpretazione della malattia neoplastica come malattia locale (Bailar & Smith, 1986):

- insorgenza (solo) in alcuni dei soggetti a rischio;
- variabilità interindividuale nella insorgenza e nella evoluzione dei tumori;
- resistenza (in alcuni individui) alla progressione;
- effetti sistemici di tumori locali;
- occasionale remissione spontanea;
- stato lungamente quiescente delle metastasi;
- minore efficacia delle terapie locali rispetto alle terapie sistemiche.

Così, la psicologia si è interessata alla patologia neoplastica ed ha iniziato a sviluppare ricerche e studi sulla eziopatogenesi. Cercando di spiegare il passaggio attraverso cui un disturbo, psicologico od emotivo, evolve verso una disfunzione organica, il cancro. La ricerca ha indagato il rapporto tra psiche e cancro, considerandolo in maniera indiretta e valutando la mediazione e la responsabilità di quei fattori psicologici che, strutturando comportamenti particolari, possono fare aumentare l'esposizione a fattori di rischio ambientali (abuso di tabacco, di alcool, problemi legati alla dieta). A partire dagli anni 50-60, si è occupata del rapporto diretto tra variabili psicologiche e eziopatogenesi delle neoplasie. Lo svilupparsi di una teoria psicosomatica delle malattie, le conoscenze sull'immunologia e l'endocrinologia, hanno reso rilevante l'associazione.

L'attuale ricerca sulle correlazioni tra processi psichici e il cancro procede su due indirizzi.

- 1) La neoplasia è malattia del «corpo», organica, che insorge per cause fisiche e può essere influenzata, nella sua evoluzione, dai processi psichici con l'intermediazione di meccanismi ormonali e/o immunitari (Kissen, 1966; Kobasa, 1979; Biondi, 1987; Pancheri, 1980,1987).
- 2) Il cancro è processo patologico che coinvolge globalmente l' individuo, scaturisce da una alterata relazione con il mondo interno/esterno, in cui la complessa interazione tra sistema nervoso centrale, sistema neurovegetativo, sistema endocrino e sistema immunitario non può essere compartimentata (Bahnsen,1980,1981; Lazarus, 1981; Galimberti, 1983; Nuzzo e Chiari, 1987).

Il secondo modello può essere ulteriormente suddiviso;

alcuni (Lazarus, 1981) ritengono che la psiche abbia un ruolo fondamentale, attivando fattori «fisici» oncogenetici,

altri (Bateson 1987) considerano la stessa trasformazione della cellula un processo mentale.

Nel modello Psicobiologico, l'ipotesi centrale nella relazione tra cancro e psiche è fondata sulla conoscenza delle modificazioni indotte da eventi stressogeni sul sistema immunitario. Gli studi cercano di delineare le modalità con cui eventi di varia natura, ma con ampi riflessi psicologici, possono influenzare le attività fisiologiche come quelle immunitarie ed intervenire nella formazione o nella evoluzione del processo tumorale

Come lo stress possa essere causa di malattia, in particolare del cancro, è problema dibattuto. Molti autori ritengono che lo stress aumenti la vulnerabilità dell'individuo a contrarre alcune malattie, provocando immunodepressione; soprattutto in patologie (infezioni, neoplasie e malattie autoimmuni) che riconoscono un meccanismo eziopatogenetico immunologico (Rogers, 1979; Riley, 1981). Per Bahnsen (1981), lo stress interagisce sulla salute dell'individuo attraverso tre meccanismi, tra loro connessi:

(a) una azione diretta del S.N.C. sui tessuti, attraverso le vie d'innervazione periferica (ponte nervoso)

(b) l'induzione di alterazioni endocrine da parte delle strutture nervose (ponte endocrino)

(c) una depressione del SI, mediata in via endocrina, non sarebbe in grado di controllare la produzione di cellule neoplastiche. Il sistema nervoso e il sistema endocrino sono i principali analizzatori e regolatori dell'organismo, deputati al mantenimento della omeostasi e della integrità corporea. Il sistema immunitario addetto al riconoscimento e alla conservazione dell'individualità dell'organismo (self), difendendolo da tutte le entità estranee (non self), è in relazione con gli altri due sistemi; discutibile se la relazione sia di dipendenza o complementarità.

La discriminazione self non- self e la conseguente tolleranza o eliminazione (risposta immune) del non self è un processo dinamico, alla cui base troviamo un equilibrio tra differenti popolazioni linfocitarie (linfociti T e B) che interagiscono tra di loro e con altre cellule di origine leucocitaria (macrofagi, monociti, neutrofili).

La comunicazione tra i diversi elementi cellulari, adiacenti e distanti, avviene con l'utilizzo di prodotti solubili come le immunoglobuline, le linfochine, il sistema del complemento, gli ormoni. La comunicazione tra il S.N.C., il S.N.V., il S.E. e il S.I. avviene con modalità complesse che coinvolgono numerose strutture organiche in un circuito che si esplica con tempi, modalità ed effettori diversi.

L' impulso della ricerca è scaturito dalla scoperta dei neuropeptidi di cui si conoscono meglio sia le implicazioni sul comportamento, sulla memoria, sull' apprendimento, sulla sessualità e sulla patologia mentale, che sui sistemi endocrino e immunitario (Levine,1971; Scapagnini, Canonico, Ferrara, 1982).

Per il cancro permangono notevoli divergenze tra i ricercatori sulle possibili cause psicologiche, mentre concordano sul ruolo dell' immunità di cui si conoscono, anche se non ancora chiarite totalmente, le modificazioni sotto stress il ruolo nella crescita e nella evoluzione delle neoplasie (Rogers,1979; Ullmann & Golomb, 1980; Ryley, Fitzmaurice & Spackman, 1981; Fox, 1981; Stites, Stobo, et al. 1982; Baker, 1987).

Lo stress produrrebbe uno squilibrio che si manifesterebbe con una insufficienza immunitaria. "Un attività immunologica deficitaria comporta sempre uno stato patologico". (Katz 1982)

Tecniche specifiche in psicooncologia

La Terapia Psicologica di Moorey e Greer

È la terapia psicologica adiuvante (Adjuvant Psychological Therapy, APT), messa a punto da Greer e Moorey in Gran Bretagna al Royal Marsden Hospital di Sutton. Viene definita adiuvante perché può essere somministrata in concomitanza e come completamento del trattamento medico.

Basata sulla terapia cognitiva di Beck, è una terapia breve, indicata nei disturbi dell'adattamento, focalizzata su problemi specifici e mirata a due principali obiettivi:

1. ridurre ansia e depressione;
2. migliorare l'adattamento mentale al cancro inducendo un positivo spirito combattivo (fighting spirit).

In uno studio prospettico a 15 anni gli autori hanno osservato che pazienti con strategie cognitive e comportamentali più flessibili e differenziate, con una modalità più attiva e positiva di affrontare la diagnosi, hanno minore rischio di complicanze psicopatologiche e miglior decorso clinico di malattia. Un ciclo di terapia consiste in 6-12 sedute, a cadenza settimanale, di 50 minuti ognuna. Generalmente il setting è individuale, ma può essere previsto un intervento sulla coppia, al fine di migliorare la comunicazione tra i partner. È possibile osservare in alcune coppie una tendenza a "leggere nel pensiero" dell'altro, ad interpretare i comportamenti in modo distorto e pessimistico ed a trarre conclusioni negative senza discuterle e verificarle con l'interessato. Pensieri e sentimenti inespressi possono complicare il rapporto coniugale che, da potenziale sistema di supporto per il paziente, si trasforma in elemento che acuisce la sofferenza e il disagio psichico della malattia. A volte l'intervento di un "terzo" esperto, estraneo alla coppia, il terapeuta, può aiutare i partner ad esprimere pensieri e sentimenti, anche i più indicibili, in modo da correggere fraintendimenti e sciogliere nodi conflittuali. Il lavoro con la coppia nella APT si differenzia dalle comuni psicoterapie della coppia perché l'obiettivo primario è il paziente, non il disturbo della relazione tra paziente e coniuge nei casi in cui il problema cancro sia di secondaria importanza. Se la conflittualità di coppia dura da tempo ed è precedente alla malattia, è preferibile vedere il paziente da solo o consigliare una tradizionale terapia di coppia.

L'APT è efficace nel trattamento dei disturbi dell'adattamento con ansia e depressione ed è indicata per la fase iniziale di malattia e per pazienti con diagnosi recente di recidiva. Gli autori ne suggeriscono una versione meno strutturata alcune tecniche specifiche, per fasi più avanzate del decorso clinico. In una forma abbreviata costituisce un utile e preciso modello di intervento nella psichiatria e psicologia di consulenza.

La terapia Training Cognitivo di Weisman

Weisman, dal 1978 al 1988, ha diretto presso il Massachusetts Generale Hospital di Boston un progetto clinico e di ricerca in psicologia oncologica definito "Progetto Omega". L'intervento del Gruppo Omega privilegia la prevenzione delle possibili complicanze psicologiche nel decorso della malattia. L'obiettivo è identificare in anticipo, tra i pazienti a diagnosi recente di neoplasia, quelli ad "alto rischio" di sofferenza emozionale ed offrire loro un aiuto prima che sviluppino disturbi psicopatologici. Un'indagine longitudinale precedente aveva evidenziato, nei pazienti ad alto rischio, specifici deficit di coping. I pazienti non mostravano maggiori problemi rispetto agli altri, ma modalità comportamentali inadeguate ad affrontarli (repressione, passività e stoica sottomissione) ed un'incapacità a produrre un'alternativa di strategie di adattamento. I pazienti a "basso rischio" disponevano di uno stile di coping flessibile e differenziato, caratterizzato da modalità di confronto, capacità di ridefinizione dei problemi e maggiore capacità di compliance con l'autorità.

Gli interventi, costruiti sulla base di tali indicazioni, utilizzano la tecnica del problem solving.

Ipnositerapia e rilassamento

Come affermato dal Prof. Giuseppe De Benedittis, già direttore del Centro di terapia del Dolore del Policlinico di Milano: "Vi è una consistente evidenza che fattori psicodinamici possano svolgere un ruolo significativo nella patogenesi e nella evoluzione della malattia neoplastica, sostenuta da numerose teorie (di orientamento psicodinamico e non)."

Il problema "facile" (easy) della Psico-Oncologia riguarda il ruolo dei fattori di personalità e dei correlati cognitivo-emotivi dell'evento cancro. In questo ambito, l'ipnosi svolge un ruolo prezioso e privilegiato come terapia palliativa "stand-alone" nel trattamento non soltanto del dolore oncologico, ma anche delle numerose problematiche legate alla malattia neoplastica ed ai suoi trattamenti (chemioterapia), come il controllo della nausea anticipatoria, l'ansia, la depressione, l'elaborazione anticipata del lutto, ecc. L'ipnosi è in grado di migliorare significativamente la qualità della vita del paziente neoplastico, implementando la compliance ai trattamenti medico-chirurgici.

Il problema "difficile" (hard) concerne il ruolo che le tecniche psicologiche e, in particolare l'ipnosi, possono svolgere nel modulare efficacemente la malattia neoplastica, migliorando non solo la qualità della vita ma anche la curva di sopravvivenza e favorendo, in alcuni casi, la remissione spontanea della neoplasia. L'evidenza è scarsa, controversa, ma incoraggiante, soprattutto se integrata ai trattamenti standard e non contrapposta ad essi.

"Sopravvivere al cancro può rappresentare un obiettivo perseguibile con l'approccio ipnotico."

Uno dei settori in cui viene maggiormente impiegata l'ipnositerapia è la gestione del dolore. In questo ambito l'attenzione non è tanto rivolta agli aspetti di personalità del malato di cancro, quanto alle capacità dell'individuo stesso di utilizzare il proprio corpo per impedire agli stimoli dolorifici di raggiungere la soglia della consapevolezza.

Sacerdote (1966, 1967), condividendo con Sherrington la definizione di dolore come riflesso difensivo e come salvaguardia dell'organismo, sostiene che il malato può essere in grado di superare la soglia del dolore attraverso l'intervento terapeutico. L'approccio di Sacerdote si fonda sulla consapevolezza delle persone di poter agire ed intervenire sul proprio corpo:

- 1) percezione selettiva: si percepisce ciò che ci si aspetta di percepire;
- 2) reinterpretazione dei segnali: gli stimoli, solitamente codificati come "dolore", possono essere interpretati come qualcosa di differente dal dolore;
- 3) dissociazione corporea parziale o totale. Nel primo caso la parte del corpo che provoca dolore deve cessare gradualmente di far parte della persona; nella dissociazione corporea totale, invece, il paziente viene portato a vivere un'esperienza allucinatoria che gli consente di abbandonare il proprio corpo malato. Secondo Sacerdote, le tecniche allucinatorie da lui suggerite possono fornire all'individuo la possibilità di staccarsi dall'ambiente e dal corpo reali e di incalinarsi verso nuove esperienze, come potrebbero essere la regressione o la progressione temporale, ossia l'opportunità di immaginare e visualizzare se stesso in particolare momenti antecedenti o successivi all'insorgenza della malattia neoplastica;
- 4) amnesia parziale o totale nell'elaborazione dell'informazione-dolore: partendo dall'assunto che il ricordo è fondamentale per definire particolari percezioni come il dolore, Sacerdote suggerisce di creare una sorta di amnesia per quanto riguarda l'associazione stimolo-risposta di tipo dolorifico;
- 5) distorsione temporale: il tempo può essere orientato verso il passato o verso il futuro con la finalità, in questo specifico caso, di elaborare nuovi significati del concetto di morte.

Una ulteriore strategia si basa sull'induzione ipnotica dei sogni nei quali il soggetto giunge a proiettare le sue ansie e le sue paure.

Noyes (1981), affianca ai trattamenti farmacologici interventi psicologici basati su terapie di sostegno, di rilassamento e sull'ipnosi. Si sofferma sui connotati psicologici del dolore, evidenziandone l'aspetto comunicativo e relazionale. Analizza l'ansia e la depressione correlate all'espressione del dolore; suggerisce interventi psicoterapeutici focalizzati sull'esperienza critica che il paziente sta vivendo, tecniche di rilassamento utili a ridurre l'ansia e ad aumentare la sensazione di attiva partecipazione al trattamento, e tecniche ipnotiche particolarmente orientate al controllo del dolore. Ricorda i lavori di Butler (1954), di Lee, Ware e Monroe (1960) e di Cangello (1961), dai quali emerge una stretta correlazione tra profondità dell'ipnosi e possibilità di diminuzione delle sensazioni dolorifiche. Questi interventi, come ricorda Finer (1979), vanno presi con cautela: per la maggior parte manca la possibilità di verificare, sulla base di studi controllati, la reale efficacia dell'intervento ipnotico nella riduzione del dolore.

Hilgard e LeBaron (1987) si occupano dell'ipnosi applicata a bambini affetti da cancro e sottoposti al trapianto di midollo. Questo tipo di intervento è utile nell'alleviare l'ansia e il dolore relativi all'intervento specifico e alla malattia in generale. La tecnica ipnotica viene inoltre applicata a pazienti in fase terminale. Hilgard e LeBaron sostengono che l'ipnosi può essere impiegata per favorire l'elaborazione di immagini mentali che consentano di affrontare in modo positivo l'esperienza della morte.

Granone (1985) si è interessato all'applicazione dell'ipnosi al cancro, suggerendo possibili utilizzi che variano dalla riduzione del dolore sino all'intervento sul sistema endocrinologico, direttamente coinvolto nel processo neoplastico. Strategia che parte dall'indagine della personalità istintivo-affettiva dei pazienti. L'obbiettivo, in questa fase, è modificare i "set patologici che sottostanno ad alcuni comportamenti distruttivi degli ammalati cronici". In questo modo, propone una lettura globale della neoplasia che non trascuri la rilevanza dei fattori psicologici, come sembra avvenire in molti interventi ipnositerapeutici che paiono essere orientati quasi esclusivamente al sintomo.

Un intervento simile a quello suggerito da Granone è quello di Goldberg (1985) che ipotizza l'intervento ipnotico per ridurre la sensazione di stress e agire direttamente sugli effetti immunodepressivi dei corticosteroidi adrenalinici. In una seconda ricerca, Goldberg (1985b) sottolinea come le tecniche di visualizzazione ipnotiche, già adottate dai Simonton, riescano a determinare il miglioramento della funzione del sistema immunitario.

Il Metodo Simonton

Carl Simonton, un radio-oncologo, e Stephanie Matthews-Simonton, una psicologa, hanno elaborato un metodo psicoterapeutico per modificare il decorso del cancro in pazienti con neoplasie incurabili (Simonton & Simonton, 1976; Simonton, Matthews-Simonton & Creighton, 1981). Il metodo nasce in seguito ad una osservazione di Carl Simonton il quale constatò l'esistenza di due categorie di pazienti incurabili: mentre alcuni si sentono condannati ed impotenti nei confronti della loro malattia, altri partecipano attivamente alla guarigione. La differenza fondamentale tra questi due pazienti è determinata dalla convinzione di poter influenzare il decorso della malattia, tipica di coloro che ottengono un miglioramento. Questi soggetti vivono più a lungo di quanto i medici si aspettino e, in ogni caso, modificano la qualità della loro vita. Dopo tre anni di esperienza gli autori hanno riscontrato una sopravvivenza media di 24,4 mesi nei pazienti "incurabili" trattati con il loro metodo e con le terapie mediche, rispetto ai 12 mesi di sopravvivenza media citati dalle statistiche nazionali.

Il metodo si basa sul tentativo di trasformare l'atteggiamento passivo ed il senso di impotenza e depressione manifestato dalla maggior parte degli individui affetti da neoplasia, aiutando il malato a proporsi nuovi obiettivi e progetti per il futuro.

Conoscendo l'importanza della mente e delle emozioni per la suscettibilità alla malattia elaborano un modello mente-corpo per lo sviluppo del cancro basato sulla letteratura psicoanalitica esistente. In questo modello assumono rilievo le reazioni di depressione, impotenza e disperazione ad eventi o situazioni che

l'individuo giudica stressanti. Queste reazioni, seguendo un circuito limbico e ipotalamico, influiscono sul sistema immunitario inibendolo e, attraverso la ghiandola pituitaria, agiscono sul sistema endocrino, provocando un aumento di suscettibilità alle sostanze cancerogene.

Le tecniche elaborate dai Simonton stimolano i pazienti ad assumere un atteggiamento attivo verso la malattia che ne influenzi il decorso. Il cambiamento delle aspettative dei pazienti e la trasformazione dei sentimenti di disperazione e di impotenza in speranza e anticipazione della guarigione sono fattori che possono indurre l'inversione del ciclo che ha portato alla malattia.

Tecniche impiegate:

- 1) identificazione degli stress: il primo passo del metodo. Consiste nell'isolare gli stress esperiti da 6 a 18 mesi prima della proliferazione tumorale, per far comprendere al paziente il ruolo che ha ricoperto nell'insorgenza della malattia e aiutarlo a modificare le convinzioni che lo ha portato a percepire determinati eventi come negativi;
- 2) esame dei vantaggi della malattia. Spesso la malattia è l'unica modalità che un individuo è in grado di utilizzare per risolvere o evitare un problema. È quindi importante che il paziente isoli i bisogni che sta soddisfacendo mediante il cancro e individui le convinzioni che gli impediscono di soddisfare tali bisogni, per poi trovare modalità alternative di gratificazione;
- 3) rilassamento e visualizzazione di immagini mentali. Il rilassamento e la visualizzazione dell'interazione tra cancro, difese immunitarie e chemioterapia rappresenta una fase fondamentale. Questo processo viene portato avanti mediante alcuni criteri formulati dagli autori i quali suggeriscono alcune regole per valutare il contenuto delle visualizzazioni;
- 4) immagini mentali positive. È necessario che le convinzioni espresse tramite le visualizzazioni siano valutate. La verifica delle immagini mentali del paziente viene effettuata facendogli disegnare l'interazione tra cancro, difese e chemioterapia che ha simbolizzato mentalmente. Il Disegno documenta le aspettative del paziente, che verranno poi esaminate dallo psicoterapeuta;
- 5) superamento del risentimento. Basandosi sulla considerazione secondo la quale lo stress nei malati di cancro è spesso l'effetto della difficoltà di esprimere sentimenti come la rabbia o il risentimento, i Simonton inseriscono nel loro programma terapeutico alcune tecniche di immaginazione mentale, specifiche per eliminare tali sentimenti negativi;
- 6) pianificazione delle mete. La programmazione delle mete è un momento importante del metodo. Un tratto comune ai pazienti che rispondono alla terapia medica è rappresentato dalla convinzione di avere buone ragioni per continuare a vivere. La formulazione di progetti di vita presenta diversi vantaggi:
 - a) è un modo molto concreto che l'individuo ha a disposizione per affermare la sua volontà di continuare a vivere;
 - b) contribuisce a far abbandonare gli atteggiamenti di impotenza e depressione che sono il primo passo verso la malattia;
 - c) aiuta a creare un'immagine positiva di se stessi e a rendere la vita significativa;
- 7) scoperta del consigliere interiore. Questo processo è una forma di immaginazione mentale. Tramite la visualizzazione del consigliere interiore, l'individuo ha la possibilità di entrare in contatto con risorse psichiche normalmente inaccessibili;
- 8) modalità per fronteggiare il dolore. Il dolore rappresenta un aspetto costante nel decorso di ogni malato di cancro. Oltre a sottolineare le componenti emotive del dolore, gli autori evidenziano i vantaggi derivanti dalla sofferenza fisica raccomandando ai malati di esaminarli per modificare le aspettative alla base del dolore. Inoltre gli stessi autori suggeriscono alcune tecniche di rilassamento e visualizzazione studiate per far fronte ai dolori più persistenti;

9) esercizio fisico. Rappresenta un aspetto ulteriore del programma ed ha la finalità di aiutare il paziente a modificare le proprie convinzioni, a sentirsi maggiormente responsabile, autodeterminato, e in grado di incidere attivamente sulla propria esistenza;

10) paura delle ricadute. I Simonton utilizzano una strategia per aiutare i pazienti ad affrontare eventuali ricadute, considerate come messaggi del corpo piuttosto che come fallimenti. È quindi utile che il paziente e il terapeuta esaminino le implicazioni di tale messaggio cercando di coglierne il senso. A tale scopo gli autori suggeriscono di consultare il consigliere interiore o di analizzare il periodo precedente alla ricaduta, riformulando, se necessario, il programma terapeutico.

La Terapia di LeShan

LeShan iniziò a occuparsi di malati di cancro nel 1947, applicando il metodo tradizionale freudiano. La psicoterapia si accordava male alle esigenze dei pazienti, che vivono una situazione di dolore fisico reale e difficilmente riconducibile a una simbolizzazione, preoccupati per il loro futuro e per quello dei loro familiari. Dovevano prendere decisioni importanti sulle alternative di trattamento, fondamentali per la loro sopravvivenza, o che riguardavano la loro futura morte. La tecnica psicoanalitica classica si basa su un processo regressivo che richiede un tempo molto lungo, che passa attraverso una fase di destrutturazione delle difese in cui il soggetto viene a trovarsi senza abilità specifiche per affrontare tali problematiche. Nella psicoanalisi classica, gli eventi importanti vengono sospesi, se possibile, contrattati nell'ambito delle sedute terapeutiche. LeShan non riteneva che le reazioni e le motivazioni positive (il coraggio o la dedizione per il partner) potessero essere analizzate come formazioni reattive o spostamento edipico, che infondevano in lui un profondo rispetto ed un sentimento di orgoglio per appartenere al genere umano.

Mise a punto una psicoterapia ad orientamento analitico il cui principale obiettivo è aiutare i pazienti a realizzare una vita la più soddisfacente possibile, che fornisca una ragione di essere e che possa colorare emozionalmente il tempo che rimane da vivere.

Metteva in secondo piano la psicopatologia, analizzata solo se diventa capace di bloccare l'espressione dei bisogni e lo sviluppo delle potenzialità rivitalizzanti dei pazienti.

Il setting psicoterapeutico classico della terapia analitica viene modificato: il paziente stabilisce insieme al terapeuta l'orario e la cadenza delle sedute. Si crea nel soggetto una sensazione di controllo sulla propria vita che può significare una completa ristrutturazione del proprio modo di relazionarsi con gli altri e della propria filosofia di vita. Compaiono le resistenze psicologiche, le motivazioni inconsce che si oppongono a questo nuovo progetto esistenziale e lo psicoterapeuta interviene con il metodo psicoanalitico classico analizzando i significati delle modalità che il soggetto mette in atto. In questo approccio c'è una particolare enfasi sui momenti migliori e peggiori della vita, con domande che il terapeuta fa nel tentativo di esplorare momenti fondamentali dell'esistenza del paziente, cercando di comprendere le relazioni con la sua personalità.

«Quando ha provato una forte gioia in passato? Quali ritiene essere stati gli avvenimenti importanti della sua vita pensa di aver perso qualcosa e quando quale la sua occasione mancata il suo sogno?» esplorano dimensioni, che servono al terapeuta per rispondere a altre domande che è lui a porsi «cosa è meglio per questa persona, come vuole veramente vivere, come vorrebbe adattare il mondo a se e non se al mondo?». Far giungere al paziente il messaggio «non ti preoccupare di cosa il mondo voglia da te, preoccupati di cosa tu vuoi dal mondo».

Meaningful Life Therapy

Jinro Itami Medico dell'ospedale di Shibata in Giappone (Reynolds, 1990), unendo tecniche psicologiche prese da differenti contesti e culture, ha ottenuto un metodo ausiliario per il trattamento del cancro con profondi effetti sulla vita dei pazienti.

La teoria si rifà esplicitamente alla Morita Therapy: i sentimenti sono considerati un fenomeno naturale, guidati nella loro espressione dal carattere individuale del soggetto, dalla sua storia personale, e dalle circostanze che li elicitano.

La paura della morte e l'ansia che ne deriva, presenti nei malati neoplastici, sono aspetti normali per la MLT e debbono essere considerati nella loro valenza positiva; la morte ci spinge con forza a guardare la vita. Con la capacità di guardarla, possiamo prendere provvedimenti per la nostra salvaguardia, possiamo usare il nostro tempo nel miglior modo possibile, possiamo trovare la forza di abbandonare abitudini dannose per la nostra salute.

Gli sforzi per eliminare la paura associata alla diagnosi di cancro sono senza senso e inutili. La paura di morire è inconfortabile, ma anche naturale e benefica.

Secondo la MLT, il problema dei pazienti neoplastici non è nel terrore che il cancro provoca negli stessi, ma nell'ossessione di questa paura che immobilizza i pazienti, non facendoli vivere a pieno la vita che gli rimane, finché la morte non sopraggiunga. La paura ossessiva del cancro e della morte sono una reazione nevrotica alle circostanze della malattia.

Tutti soffriamo delle nostre ossessioni, delle nostre preoccupazioni, ma alcuni peggio. Queste persone sembrano avere forti bisogni sia fisici che sociali, sono spesso introversi, dipendenti, con una tendenza maggiore a preoccuparsi e una certa persistenza delle ossessioni.

Tratti che possono rivelarsi utili in alcune occasioni, ma nocivi se non permettono all'individuo colpito dalla malattia di avere un atteggiamento costruttivo, tenendo conto dei limiti imposti dalla malattia.

La terapia è interessata agli aspetti negativi che la paura può causare in queste persone.

La speranza è nel controllo del nostro comportamento e nella possibilità che abbiamo di cambiarlo; a dispetto delle nostre paure, dei nostri tratti di personalità. Spetta a noi prenderci la responsabilità di che cosa vogliamo fare del tempo che ci rimane da vivere.

Non è necessario che un individuo trovi uno scopo nella vita per poi agire, ma piuttosto come si debba agire per poter crearsi uno scopo che dia senso alla vita stessa.

I principi sono:

- 1)Prendersi la maggior parte della responsabilità.
- 2)Vivere una vita con degli obiettivi giornalieri da rispettare.
- 3)Essere di aiuto per gli altri.
- 4)Imparare a cavarsela con l'ansia legata alla paura della morte e della malattia.
- 5)Convivere con la morte in modo naturale e costruttivo accettando il principio che inevitabilmente ognuno di noi muore.
- 6)Evitare di essere una persona spiacevole oltre che malata.
- 7)Vivere la vita rimanente positivamente, intatta dalla malattia.

Il paziente neoplastico si muove da

- 1) la propria sofferenza,
- 2) al riconoscimento che altri soffrono e combattono come lui il cancro,
- 3) all'accettazione della realtà della malattia e del bisogno di combatterla,
- 4) alla capacità di vivere pienamente e profondamente, con i limiti reali imposti dalla malattia.

Seguendo questo percorso e aderendo ai principi base il paziente, nel tempo, comincerà a notare come i suoi sforzi non solo modificano l'esperienza personale che lui ha della malattia, ma anche come ciò abbia un forte impatto nell'ambiente sociale, medico, e delle scienze umane.

I pazienti, mentre si sforzano per prolungare ed incrementare la qualità della loro vita, danno un contributo agli altri che li circondano ed entrano in contatto con loro.

Mentre gli ultimi giorni si avvicinano, il senso della vita tende sempre più ad aumentare. Ogni giorno, nuovamente, essi incontrano il tema dell'accettazione della realtà, che però non si deve confondere con la passività: si deve accettare il cancro e combatterlo, vedere i limiti che la malattia impone e forzarli per quanto possibile.

L'orientamento che la MLT ha verso la morte si può sintetizzare:

1) Bisogna accettare l'inevitabilità della morte.

2) È impossibile eliminare la naturale paura che la possibilità di morire fa venire, ma possiamo vivere con essa.

3) Dietro la paura della morte si nasconde un forte desiderio di vivere, una vita completa e soddisfacente.

4) La paura non deve fare in modo che la vita divenga senza senso, Si può vivere ogni giorno cercando di fare bene tutto ciò che si pensa possa essere fatto.