

ADOLESCENZA E PSICONCOLOGIA: PROBLEMATICHE PSICOPATOLOGICHE E DI TRATTAMENTO NEL LAVORO CLINICO CON ADOLESCENTI CON TUMORE

Laura Veneroni, Andrea Ferrari, Cesare Albasi, Maura Massimino, Carlo Alfredo Clerici

Introduzione

Le malattie oncologiche in adolescenza mettono alla prova la salute psichica in un periodo critico per lo sviluppo e lo strutturarsi dell'identità, delle relazioni e dell'autonomia. Trattamenti sempre più efficaci hanno permesso negli ultimi decenni un miglioramento della prognosi di queste patologie tanto da rendere la qualità di vita dei pazienti, durante e dopo i trattamenti, un aspetto progressivamente centrale delle cure.

A complicare il quadro vi è però il fatto che gli adolescenti ammalati stanno in una "terra di nessuno", tra il mondo dell'oncologia pediatrica e quello dell'oncologia dell'adulto (Ferrari et al. 2010) la cui competenza è sospesa fra questi due ambiti.

La cura svolta in oncologia pediatrica offre, per disponibilità di risorse di supporto (psicologico, sociale, scolastico ed educativo) e specifica attenzione alla dimensione evolutiva, importanti possibilità di assistenza all'adattamento alla malattia grave e di riscontro dell'efficacia dei trattamenti di supporto psicologico attuati. L'integrazione di diversi trattamenti nel disagio emotivo basati sul sostegno psicosociale, colloqui psicologici, psicoterapia e interventi psicofarmacologici è, però, meritevole di ulteriori perfezionamenti.

La sofferenza psichica è infatti affrontata nelle pediatrie oncologiche più con interventi psicologici e psicosociali (su cui si è sviluppata una crescente tradizione, della quale troviamo traccia in lavori sia teorici sia di ricerca empirica) che non con terapie psicofarmacologiche (Veneroni 2007).

I problemi più comuni che indirizzano a una consultazione psicologica comprendono: difficoltà di adattamento alla malattia e alle cure, difficoltà relazionali con l'équipe curante, cure particolari come chemioterapie ad alte dosi ed interventi chirurgici mutilanti, problemi di compliance alle terapie, disagio emotivo dei pazienti lungosopravvivenenti, malattia in fase terminale, difficoltà relazionali in ambito familiare, problemi psicosociali, aspetti emotivi e comportamentali soggettivamente disturbanti, o che creano difficoltà nello svolgimento delle attività di cura.

Nonostante sia diffusa la preferenza in oncologia pediatrica per gestire con strumenti psicologici e psicosociali la maggior parte delle condizioni di disagio emotivo, alcune manifestazioni (in particolare in pazienti adolescenti) possono rendere necessario un intervento psicofarmacologico fra cui: sintomi ansiosi e depressivi, agitazione, aggressività, manifestazioni deliranti ed emesi anticipatoria.

In oncologia pediatrica, ancora più rispetto che nella psichiatria di consultazione-collegamento

SOTTOMESSO MARZO 2015, ACCETTATO GIUGNO 2015

dell'adulto, sono ancora scarsamente codificati i criteri per integrare gli interventi sia dal punto di vista metodologico sia da quello clinico, anche se l'uso di terapie a componenti multiple è diffuso in vari contesti internazionali (Pao 2006; Phipps et al. 2012; Clerici e Albasi 2006a, 2006b; Clerici e Veneroni 2014). Alla base di questa situazione di migliorabile integrazione vi è da ricordare come in molti centri di oncologia pediatrica italiani non sia sistematicamente disponibile una consulenza per interventi psicofarmacologici estesi oltre la sola visita/parere su chiamata. Il ricorso a consulenti psichiatrici esterni al reparto (neuropsichiatri infantili o psichiatri dell'adulto) può non favorire lo sviluppo di una specifica cultura di assistenza integrata, per la difficoltà di realizzare osservazioni sistematiche in un lavoro clinico quotidiano. La situazione è complicata anche dal fatto che i trattamenti psicofarmacologici in adolescenza sono gravati anche da pregiudizi ideologici contrari, sebbene le prospettive neuroscientifiche evidenzino il vantaggio di un impiego sinergico delle diverse risorse terapeutiche (Kay 2009).

Gli interventi sulla salute mentale in oncologia pediatrica sono stati svolti nei diversi contesti da operatori con diversa formazione fra cui la psichiatria di consultazione, la neuropsichiatria infantile, la psicooncologia, la psicologia della salute, la psicologia ospedaliera e infine la psicologia dinamica e la psicoanalisi, ma questo eterogeneo panorama di riferimenti teorico-clinici ha prodotto solo parziali frutti sul tema dell'integrazione dei trattamenti (Fonagy et al. 2003).

Il fatto che in oncologia pediatrica non esista spesso una demarcazione netta tra sofferenza e situazioni di patologia psichica e che i pazienti possano per lo più mostrare sintomi psicopatologici variabili nelle diverse fasi della malattia e della cura, ricorda come la problematica demarcazione delle competenze mediche e psicologiche e le loro ampie sovrapposizioni debbano essere oggetto di maggiore ricerca interdisciplinare di modelli più adeguati (Albasi 2009).

Obiettivo di questa revisione è illustrare le possibilità e i limiti dell'integrazione degli interventi per la salute mentale nell'oncologia dell'adolescente, alla luce della letteratura scientifica e dell'esperienza clinica degli autori, e formulare alcune ipotesi teoriche utili al lavoro clinico.

Psicopatologia descrittiva dei problemi clinici più comuni

Le principali manifestazioni di disagio in pazienti affetti da neoplasie pediatriche consistono in manifestazioni sintomatiche che spaziano da fisiologiche risposte di adattamento alla malattia e alle cure, fino a gravi disturbi psichici. Ne elenchiamo meramente alcune ampiamente citate nella letteratura e conosciute nella nostra esperienza clinica.

Preoccupazione e sintomi ansiosi

Preoccupazione e allarme sono reazioni fisiologiche alla minaccia posta dalla malattia. Sintomi ansiosi di grado marcato, caratterizzati da irrequietezza, paura, manifestazioni fisiche di aumentato arousal e sintomi acuti tipo attacchi di panico, possono richiedere un trattamento farmacologico perché refrattari alla possibilità di conforto da parte del contesto socio-familiare e del personale sanitario. La prevalenza dei disturbi d'ansia nei pazienti in età evolutiva con malattie organiche è maggiore rispetto ai coetanei sani (Cartwright-Hatton et al. 2006).

Manifestazioni ansiose possono essere legate a meccanismi biologici, anche dipendenti dalla patologia neoplastica: patologie neurologiche, endocrine, cardiache, respiratorie e metaboliche possono comportare infatti sintomi ansiosi.

In alcuni pazienti con neoplasie pediatriche possono presentarsi sintomi ossessivi caratterizzati da pensieri intrusivi che causano ansia marcata, accompagnati talvolta da comportamenti ripetitivi o azioni mentali. Alcune di queste condizioni sono legate alla localizzazione della neoplasia nel Sistema Nervoso Centrale (S.N.C.), ma in altri casi sintomi ossessivi si manifestano invece in pazienti senza danni evidenziabili al S.N.C.. In alcuni casi i sintomi sono attribuiti alla slatentizzazione di condizioni preesistenti, ma è spesso possibile attribuire a queste manifestazioni un significato difensivo dall'angoscia.

Altre manifestazioni ansiose possono essere interpretate all'interno della particolare fase dell'adolescenza caratterizzata da: ambivalenza del rapporto con i genitori, forzata regressione, preoccupazioni eccessive per la vulnerabilità del corpo (anche considerando le condizioni di patologia) e rendimento scolastico al di sotto delle possibilità e potenzialità intellettive.

Insomnia

Disturbi caratterizzati da ridotta efficacia del sonno, latenza all'addormentamento e risvegli notturni si verificano spesso durante le cure di una malattia neoplastica (Liu e Ancoli-Israel 2008, Rosen e Brand 2011). L'esperienza clinica riporta casi dell'intero spettro dei disturbi del sonno: ipersonnia, insonnia, parasonnie e disturbi del ritmo sonno-veglia, che possono essere presenti in combinazione fra loro (Rosen et al. 2008). A questi disturbi concorrono eterogenei fattori psicofisici come la preoccupazione e il dolore, aspetti ambientali legati alla degenza ospedaliera, minzioni frequenti per l'idratazione parenterale in corso di chemioterapia, terapie mediche (fra cui gli steroidi) o elementi biologici legati alla malattia. Fra le cause dei disturbi del sonno vi può essere una combinazione di un circolo vizioso di fatigue (Erickson et al. 2011), per l'attivazione immune legata alla malattia e ai trattamenti, l'inattività diurna e l'influenza dello stress sui ritmi del sonno, con una desincronizzazione dei ritmi circadiani.

Tristezza, demoralizzazione e depressione

La demoralizzazione, caratterizzata da senso di disperazione e isolamento (*hopelessness* e *helplessness*), confusione e riduzione dell'autostima, costituisce un'esperienza umana universale, fisiologica, che prelude o accompagna processi di adattamento emotivo e comportamentale alla malattia; dalla letteratura risulta responsiva al trattamento con tecniche di sostegno psicologico e di psicoterapia (Griffith e Gaby 2005) e deve essere distinta dai quadri clinici di depressione.

Numerosi studi mostrano la comorbidità di sintomi depressivi e neoplasie nell'adulto, con un'incidenza variabile fra l'1,5% e il 50% (McDaniel et al. 1995). Nell'oncologia dell'adolescente mancano stime attendibili sulla reale prevalenza dei sintomi depressivi. I dati in letteratura sono discordanti, in particolare per la difficoltà di identificare e definire univocamente queste condizioni in età evolutiva. Un limite a un'esatta conoscenza del fenomeno è dato dall'uso nelle ricerche di scale di valutazione di provenienza psichiatrica, che non sono adeguate a rilevare la complessità

dei processi emotivi e di adattamento nel corso di una malattia organica.

Un problema molto conosciuto riguarda la distinzione fra i sintomi neurovegetativi della depressione e i sintomi direttamente legati alla patologia medica. La distinzione è difficile anche per la sovrapposizione degli effetti collaterali dei trattamenti. La letteratura internazionale riporta comunque un rischio aumentato di depressione maggiore in pazienti in oncologia pediatrica rispetto alla popolazione pediatrica generale (Portteus et al. 2006) e un impiego di antidepressivi con una prevalenza stimata attorno al 10%.

Sia la sintomatologia depressiva, sia quella ansiosa che l'insonnia potrebbero nosograficamente essere valutate in un ragionamento clinico che consideri i Disturbi Post-traumatici da Stress, ma sul tema del trauma eventualmente connesso con l'esperienza di malattia è necessario riflettere più attentamente. Ci occuperemo oltre di questo tema.

Dolore

Fattori cognitivi ed emotivi sfavorevoli come ansia, depressione e paura aumentano la percezione del dolore. Le condizioni emotive positive e le azioni come la distrazione, l'attività fisica, l'allegria, agiscono invece in modo opposto, attenuando la percezione del dolore.

Un insufficiente controllo del dolore può quindi richiedere interventi multidisciplinari sulle componenti emotive, sia con strumenti di tipo farmacologico che con azioni di supporto psicologico e ambientale.

Nausea ed emesi anticipatoria

Oltre all'emesi indotta dalla chemioterapia, possono osservarsi non raramente manifestazioni di nausea e di emesi anticipatoria. Questi fenomeni sono interpretati come una risposta condizionata (condizionamento di tipo pavloviano) che si verifica, per effetto di stimoli visivi e olfattivi, prima della somministrazione di chemioterapia, in pazienti con precedente esperienza di emesi acuta e ritardata da chemioterapia (Stockhorst et al. 2007). Anche l'ansia può concorrere alla sintomatologia, così come le alterazioni olfattive e gustative in corso di terapia; alcuni pazienti riferiscono che il disagio si manifesta percependo odori caratteristici dell'ospedale o addirittura mentre si recano in ospedale. I sintomi possono persistere anche a lungo dopo la conclusione delle terapie.

Altri disturbi del S.N.C.

Quadri clinici di encefalopatia con alterazioni della coscienza, anomalie comportamentali, convulsioni o deficit neurologici focali non sono rari in oncologia pediatrica e hanno cause diverse quali l'interessamento metastatico del S.N.C., disturbi metabolici, effetti iatrogeni (chemio-radioterapia, farmaci per il controllo dei sintomi o delle complicanze stesse), infezioni, vasculopatie, disturbi della circolazione liquorale (idrocefalo) e sindromi paraneoplastiche (Chamberlain 2010). Le terapie oncologiche possono associarsi, in pazienti adulti e in età

evolutiva, a deficit cognitivi, delle funzioni esecutive, delle funzioni visuo-motorie e dei processi visivi (Anderson FS e Kunin-Batson 2009, Mahone et al. 2007, Monje e Dietrich 2012, Anderson VA et al. 2000, Brown et al. 1999). Anche se alcuni danni possono essere legati a effetti negativi su neuroni maturi e strutture vascolari, gran parte dei disturbi cognitivi moderati possono non essere accompagnati da lesioni evidenziabili dagli esami di imaging.

Disturbi somatoformi

Nella pratica clinica dell'oncologia è di comune riscontro una marcata preoccupazione per la salute. E' spesso problematico, però, distinguere con certezza la sovrapposizione fra motivata preoccupazione verso i segnali del proprio corpo dopo una malattia grave da un quadro ipocondriaco di amplificazione somatosensoriale, caratterizzato da ipervigilanza somatica e dalla tendenza a percepire sensazioni corporee normali come allarmanti, intense e moleste (Rief e Barsky 2005).

Disturbi nelle condotte: problemi alimentari

Nei pazienti adolescenti affetti da neoplasie si manifestano spesso disturbi dell'alimentazione in ogni fase della malattia e dei trattamenti. Queste manifestazioni prevalentemente secondarie alle terapie (a causa di alterazioni gustative, nausea, emesi e mucosite) possono però presentarsi anche come quadri eterogenei, che vanno dalla transitoria riduzione dell'appetito legata allo stress fino a quadri di cachessia neoplasica nelle fasi terminali di malattia. Il rifiuto di alimentarsi, in particolare se ostinato e debilitante, deve essere posto in diagnosi differenziale con l'anoressia nervosa, anche se l'applicazione corretta dei criteri diagnostici del DSM è complicata da questo contesto clinico specifico. Il rifiuto del cibo può anche esprimere una ribellione alle regole e alle limitazioni imposte dalla malattia e dalle cure, senza riguardare al contempo una compromissione dell'identità, e può essere suscettibile di miglioramento con interventi sul contesto di cura e relazione.

Disturbi nelle condotte: agitazione e aggressività

Talvolta nella pratica clinica in oncologia pediatrica si osservano manifestazioni di agitazione psicomotoria, caratterizzate da irrequietezza o aggressività. Alcune condizioni si verificano in pazienti con una preesistente storia di disadattamento psicosociale o disturbi psichici, mentre altre sono legate a concause metaboliche o ad effetti diretti della patologia organica sul S.N.C.. Queste condizioni, in ogni caso, trovano modalità di espressione che dipendono anche dal rapporto di contenimento emotivo (più o meno funzionante) da parte del contesto interpersonale.

Disturbi delle condotte: problemi di compliance

Le possibilità di adattamento dei pazienti nel corso delle malattie organiche possono essere

talvolta compromesse da sintomi psichici o manifestazioni comportamentali.

Reazioni di oppositività e di inadeguata collaborazione alle cure in pazienti affetti da una patologia organica non sono in genere da interpretare come sintomi di patologia psichica ma possono rendere necessario un trattamento, qualora influenzino l'esito della terapia o mettano a rischio la sua prosecuzione attraverso manifestazioni di insufficiente adattamento alla condizione di malattia.

All'interno delle ipotesi qui presentate, quelli che in letteratura vengono descritti come problemi di compliance possono essere considerati all'interno di una presa in carico del paziente, che includa una valutazione integrata degli aspetti essenziali del suo funzionamento mentale e dell'organizzazione della sua personalità; aspetti che determinano il modo con il quale il paziente è compliant alle indicazioni mediche.

Disarmonie evolutive tipiche della fase adolescenziale

Una considerazione che poniamo da ultima ma che costituisce invero la premessa a qualsiasi discorso sulla psicopatologia e sulla compliance in adolescenza: le persone che attraversano questa fase dello sviluppo mostrano comportamenti adeguati alle richieste ambientali che convivono con modalità relazionali disadattive, che possono talvolta rappresentare l'eccessivo compito di integrazione richiesto alla mente. Temporanee risposte emotive da stress possono comportare una scarsa capacità di adeguamento alle richieste dell'ambiente e la prevalenza di aspetti impulsivi non controbilanciati da un necessario esame di realtà.

Considerazioni sulle suddette manifestazioni psicopatologiche più tipiche

Le manifestazioni sopra considerate si riscontrano frequentemente nell'esperienza clinica e risulta evidente che, seppur presentate in un mero elenco, non sono concettualmente sullo stesso piano (per esempio alcune di esse sono manifestazioni comportamentali puntuali, altre complessi e strutturati disturbi delle condotte, altre dimensioni interne ed esperienziali) e richiedono, quindi, uno sforzo di integrazione in un modello teorico che possa favorire il lavoro dei clinici con i pazienti oncologici adolescenti. Un modello teorico permette di dare significato alle manifestazioni cliniche citate e di trattarle con coerenza riferendosi in modo integrato al paziente come persona, più che a singoli suoi aspetti o manifestazioni. Utili ipotesi per la costruzione di questo modello teorico si riscontrano nelle più condivise concezioni sull'organizzazione della personalità (PDM Task Force 2006). Discuteremo più avanti queste ipotesi, mentre qui di seguito continuiamo una revisione della letteratura specifica del tema in oggetto che si è occupata di aspetti eziologici della psicopatologia osservata.

Dimensioni eziopatologiche rilevanti: dimensioni somatopsichiche

Definire cause univoche e processi eziopatogenetici lineari di un disturbo non è possibile nelle discipline per la salute mentale. Il concetto di causalità utile per l'eziopatologia è quello

complesso che ci rimanda alla molteplicità e alla circolarità dei rapporti tra i fattori in gioco (Clerici e Veneroni 2014, Albasi 2009). Non fanno eccezione i disturbi riscontrati nell'ambito in oggetto, multifattoriali, che sono il prodotto dell'interazione in misura diversa di aspetti sociali, psicologici e biologici. La letteratura scientifica e l'esperienza clinica consentono di individuare dinamiche e processi rilevanti nelle manifestazioni psicopatologiche in oncologia dell'adolescente.

Aspetti anatomici

Dal punto di vista clinico alcune manifestazioni psichiche e comportamentali sono legate alla localizzazione della neoplasia nel S.N.C.. I pazienti con neoplasie cerebrali costituiscono una popolazione con aumentato rischio di problematiche psicosociali. Lesioni a livello di alcuni distretti sono soggette a maggiore rischio di danni neuropsicologici, in particolare le strutture sottocorticali, le aree temporo-mesiali, specialmente l'ippocampo, le aree peri-ippocampali e la sostanza bianca (Wolfe-Christensen et al. 2007). La neurogenesi ippocampale è influenzata negativamente da chemioterapia, radioterapia, glucocorticoidi coinvolti nelle reazioni da stress e da stati infiammatori e i disturbi cognitivi che seguono la radioterapia e la chemioterapia sarebbero quindi dipendenti da alterazioni della neurogenesi postnatale e della gliogenesi.

Aspetti biologici legati ai trattamenti

Gli eventuali regimi chemioterapici possiedono un effetto citotossico *non targeted* su molteplici organi e apparati, compreso il S.N.C.. La somministrazione di vari chemioterapici antitumorali (fra cui metotrexato, vinblastina, vincristina, cisplatino, procarbazine, ifosfamide, L-asparaginasi e tiotepa) può accompagnarsi ad alterazioni dello stato mentale, sintomi comportamentali e alterazioni del tono dell'umore (Masie e Popkin 1998). Gli effetti sono generalmente acuti, anche se alcune ricerche hanno ipotizzato un collegamento fra chemioterapia e lo sviluppo di depressione in alcuni adulti curati per neoplasie dell'età pediatrica (Zebrack et al. 2002). Tradizionalmente gli effetti cognitivi e comportamentali acuti sono stati attribuiti a un generico *effetto neurotossico*; la neurotossicità più frequente è a carico del sistema nervoso periferico, per il ridotto passaggio attraverso la membrana ematoencefalica (che spesso è alterata nelle malattie oncologiche).

Se la neurotossicità centrale è stata tradizionalmente attribuita a un danno corticale e sottocorticale, per un effetto diretto sulle cellule a rapida replicazione, in particolari quelle gliali e endoteliali, prospettive recenti propongono meccanismi più complessi rispetto all'effetto diretto sulle cellule in proliferazione. In anni recenti, emergono maggiori dati sugli effetti neurobiologici della chemioterapia su psiche e comportamento e iniziano ad essere identificati i meccanismi neurotossici di alcuni farmaci chemioterapici, in particolare metotrexato, ifosfamide e altri chemioterapici. Hanno un effetto psichico anche terapie diverse dai chemioterapici. E' ben noto il legame fra le terapie steroidee e l'insorgenza di sintomi psichiatrici quali psicosi, alterazioni del tono dell'umore (mania e depressione), oltre che effetti negativi sulla memoria dichiarativa e di lavoro e alterazioni della coscienza fino al delirium (Brown 2009, Sirois 2003, Patten e Neutel 2000).

Farmaci oppioidi sono impiegati di frequente in oncologia e possono produrre sintomi psichici

(per gli oppioidi in particolare sedazione e allucinazioni) che necessitano di scalaggio, sospensione o impiego di terapie psicofarmacologiche per mitigarne gli effetti collaterali.

Sono descritti effetti psichici legati ad altre terapie come i trattamenti con retinoidi e alle terapie immunitarie.

Alterazioni immunitarie e sickness behaviour

Prospettive recenti segnalano come alcuni cambiamenti cognitivi e comportamentali nel corso delle neoplasie sarebbero il prodotto di alterazioni neuroendocrine (Ahles e Saykin 2007). Da alcuni anni è descritta la capacità delle citochine proinfiammatorie, fra cui la tumor necrosis factor (TNF)-alfa, IL-1 e IL-6 di indurre una “*cytokine-induced sickness syndrome*” o “*sickness behavior syndrome*” (SBS) (Dantzer e Kelley 2007). Le manifestazioni comportamentali comprendono anedonia, isolamento sociale, fatigue, alterazioni dell'appetito come anoressia, perdita di peso, disturbi del sonno, disturbi cognitivi (difficoltà nell'apprendimento), diminuzione della libido, ritardo psicomotorio, iperalgesia e riduzione delle interazioni sociali; tutte queste manifestazioni sono comuni al mondo animale (Dunn et al. 2005).

Dimensioni eziopatologiche rilevanti: considerazioni teoriche sulle dimensioni psicologiche del trauma e della dissociazione nel contesto della malattia oncologica

La valutazione delle condizioni psicologiche clinicamente rilevanti in un paziente adolescente malato di tumore, oltre agli aspetti somatici, tiene conto di alcune dimensioni essenziali.

Va considerato innanzitutto che esistono meccanismi comportamentali secondo i quali in alcune risposte ai trattamenti come l'emesi e la nausea sono coinvolti meccanismi complessi basati su riflessi condizionati.

Oltre a questi semplici meccanismi, una questione essenziale ruota attorno alla valutazione dell'esperienza della malattia come potenziale esperienza traumatica. Per comprendere questo aspetto è necessario un modello teorico del trauma e della dissociazione.

Trauma e dissociazione

La letteratura sul trauma è ormai molto vasta (Albasi 2006, 2008, 2009). Possiamo individuare una tradizione maggiormente orientata a un atteggiamento oggettivista, volta a individuare eventi descritti come stressors che chiamano in causa le capacità di coping. Anche nel linguaggio questa tradizione è di matrice comportamentista, che ben si adatta a ricerche statistiche su grandi numeri e a essere, quindi, tradotta nei termini di protocollarietà necessari al funzionamento delle istituzioni. All'opposto, c'è una tradizione, quella psicoanalitica classica, che considera eziopatologicamente rilevante l'impatto traumatico che deriva dall'interno della mente (le pulsioni) più che dagli eventi (o gli altri) esterni. La tradizione di ricerca teorica ed empirica sul trauma, però, ha mostrato che il concetto di trauma è un costrutto valido proprio in quanto tratta l'interazione complessa tra

l'interno e l'esterno. Paradossalmente, dal punto di vista epistemologico, la tradizione oggettivista del comportamentismo e quella soggettivista della psicoanalisi classica sono entrambe parimenti riduzioniste e perdono l'essenza del concetto di trauma: l'interazione tra il soggetto e l'ambiente, tra la persona e il contesto (di eventi, di altre persone ecc.).

È l'incapacità di sentirsi in cerca del significato delle esperienze reali di vita che chiamiamo trauma. La mente è l'insieme delle capacità che concorrono a formulare i significati dell'esperienza. Si sviluppa nelle relazioni ed è viva nella misura in cui tende a formulare significati. Il trauma segna lo scacco al suo funzionamento. Le persone che vivono il trauma si sentono psichicamente di morire: di diventare matte, di non aver più la forza per vivere o affrontare la vita, di andare a pezzi, di esplodere dall'ansia, di non stare nel loro corpo ecc. Chiamiamo questi fenomeni come dissociativi. Il trauma implica la dissociazione.

L'esperienza di malattia grave è potenzialmente traumatica in quanto mette a dura prova le capacità della mente di cercare il significato. Sottolineiamo: non è l'esperienza di non trovare significato che scompensa in modo traumatico, ma quella di non poterlo cercare. Paradigmi clinici per comprendere il trauma sono le violenze e gli abusi sessuali intrafamiliari: la mente può negoziare un'esperienza nella quale non si è persone ma oggetti a disposizione per altri? In cui si è trattati come bestie o come oggetti inanimati? Questo è troppo, e la mente ha a disposizione la dissociazione per attuare tentativi di conservare forme paradossali di continuità del proprio funzionamento, generando discontinuità nello stesso (sono vivo ma altrove; non sono io che sto vivendo questa esperienza); nei sintomi come la depersonalizzazione e la dereizzazione troviamo un possibile esito di questo funzionamento.

L'esperienza di malattia può essere traumatica? Lo è quando non è possibile sentirsi in cerca di un significato dell'esperienza in corso. La malattia di per sé, così come qualsiasi altro evento, non ha significato soggettivo. I significati sono soggettivi quando vengono costruiti personalmente. E oggi sappiamo che la mente si sviluppa nelle relazioni di attaccamento, fin dalla nascita, e nei momenti più difficili (di perdita della sicurezza dall'angoscia) ha bisogno del contesto di relazioni di attaccamento che le permettano di funzionare, ossia di essere viva.

La presa in carico medica e psicologica nell'équipe curante ha, di fatto, la funzione di attivare processi di attribuzione di significato all'esperienza di malattia. Innanzitutto un significato connotato in termini scientifici-tecnologici: la malattia è un problema da risolvere attraverso l'applicazione di protocolli empiricamente validati, costosi e socialmente e politicamente approvati. Ma questo atteggiamento tecnologico non basta all'individuo che si trova ad affrontarla per sentirsi mentalmente vivo e che è alla ricerca del significato personale di quello che sta vivendo. La dimensione squisitamente mentale è mediata da relazioni di attaccamento. La relazione di attaccamento deve essere attivata e fatta funzionare attraverso le sue regole, molto differenti dall'approccio pragmatico necessario alla cura medica della malattia somatica. Il punto di partenza è qui il sentimento di perdita di ogni riferimento che la paura di morire comporta. Questa angoscia deve essere innanzitutto condivisa. Questo è uno dei fondamenti della necessità di funzioni "mentali" che un adolescente deve poter trovare nel momento in cui affronta queste angosce potenzialmente traumatiche, cioè che potenzialmente lo fanno sentire come in balia di forze che dispongono di lui, come un accessorio pleonastico della sua stessa vita.

Se il contesto attorno al paziente adolescente favorisce e facilita la sua attività mentale alla

ricerca del significato di qualcosa che mette a dura prova la possibilità di trovarlo, l'esperienza di malattia sarà difficile, penosa e porterà a manifestazioni psicopatologiche come quelle sopra descritte, ma non necessariamente alla dissociazione strutturale della personalità.

Dissociazione ed esiti post-traumatici

Una malattia grave come una neoplasia può rappresentare una sfida difficile proprio per l'impossibilità di attribuirle un significato e le angosce evocate possono sollecitare processi di dissociazione che impediscono l'integrazione dell'esperienza nell'organizzazione psichica. La dissociazione è strettamente legata al trauma ed è intesa come una perdita di quella potenzialità naturale della mente di stabilire connessioni tra eventi e tra eventi e significati. La perdita descritta ha un significato sia retrospettivo sia prospettico (Albasi 2006). Retrospettivo perché rende come se fosse «non accaduta» un'esperienza. Prospettico perché sono compromesse le connessioni che costituiscono i registri psichici per riconoscere, comprendere ed elaborare significati fondamentali per la vita umana e potenzialmente implicati in tutte le esperienze e le relazioni. La perdita di questi registri ha un duplice effetto: da un lato causa l'impossibilità di riconoscere i significati degli eventi; dall'altro lascia anche un senso d'ineluttabile attesa inconscia per il verificarsi di qualcosa che pertiene a essi (rabbia, paura, dolore ecc. che, sul piano della psicopatologia descrittiva, possono tradursi variamente in sintomi ansiosi, depressivi, dissociativi, impulsività e disturbi della condotta, dipendenze ecc.). Pazienti che hanno vissuto un trauma possono dissociare l'esperienza (la eliminano dalla propria soggettività) e avere contemporaneamente il terrore che si possa ripetere qualcosa che forse non riconoscerebbero. Ciò può comportare una rottura nella capacità di potersi fidare e nella motivazione e nel coraggio di esplorare. Accade nella pratica clinica di assistere a casi di persone passate attraverso esperienze gravi di malattia che vivono in un costante clima di paura e di attesa di qualcosa di catastrofico, sono variamente affette da sintomi psicosomatici, dissociativi, ansiosi, e in funzione della loro paura organizzano la loro vita, al riparo dalle sfide del mondo e come rassegnate a non vivere pienamente.

Valutazione del funzionamento del paziente e dei suoi livelli di organizzazione di personalità

Nella valutazione psicopatologica degli adolescenti (così come di ogni altro paziente) che attraversano l'esperienza di malattia oncologica si rivela particolarmente utile l'utilizzo di un modello che permetta di dare un significato coerente alle loro manifestazioni clinicamente rilevanti attraverso ipotesi sul loro funzionamento mentale e l'organizzazione.

Il PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM Task Force 2006) ipotizza tre livelli di organizzazione della personalità: *sano*, *nevrotico* e *range borderline*. I livelli di organizzazione della personalità sono il frutto del funzionamento delle capacità mentali (come le capacità: affettiva, di pensare attraverso rappresentazioni simboliche, di autostima e sicurezza interiore, di regolazione degli stati interni, di differenziazione e integrazione, di avere difese psichiche, ecc.; cfr. l'Asse M del PDM). Le capacità mentali contribuiscono a livello di funzionamento

sano quando sono risorse per la ricerca del significato delle esperienze della vita, favorendo l'integrazione dell'esperienza soggettiva e lo sviluppo psicologico.

Ma le capacità mentali possono, invece, strutturare conflittualità, contribuendo all'organizzazione *nevrotica*: i sintomi e le manifestazioni mostrate saranno segno di tensioni conflittuali che limiteranno le capacità di integrare l'esperienza nella rappresentazione di se stessi, del proprio sviluppo e della propria vita (per es. un adolescente potrà sentirsi passivizzato se vive conflittualmente la tensione dialettica tra attività e passività; non chiederà aiuto se vive come infantilizzante questa richiesta; si opporrà alle indicazioni se sperimenta conflittualmente la tensione tra trasgressione e adeguamento come insanabile; ecc. ecc.).

Le capacità mentali possono anche funzionare nel range borderline: a questo livello di organizzazione i deficit di funzionamento (tipicamente esito di traumi evolutivi) tendono a distorcere il contatto con la realtà, fino a mostrare screzi e rotture psicopatologicamente gravi. Per esempio, un adolescente (e anche la sua famiglia) può sperimentare la malattia come opera di forze oscure e i curanti come fortemente inaffidabili o minacciosi.

La valutazione di questi principali livelli e organizzazioni è clinicamente più rapida che non la valutazione di tratti o aspetti della personalità necessari a una diagnosi nosografica precisa, ed è clinicamente molto più utile.

Oltre che utile pare evidentemente una indispensabile premessa a qualsiasi discorso sulla compliance: un paziente che vive i curanti come aggressori (livello borderline di organizzazione) e un paziente che vive con ambivalenza il rapporto con qualsiasi autorità (livello nevrotico di organizzazione) hanno bisogno di essere trattati e presi in carico in modo molto diverso. Non è la difficoltà pratica a formulare questo livello diagnostico il problema principale ma la sua assenza nei modelli clinici della presa in carico. Se l'équipe ha le categorie concettuali per osservare i fenomeni che orientano la valutazione su questi livelli avrà rapidamente le informazioni necessarie già a partire dall' "atmosfera" (intesa descrittivamente e intuitivamente) che il rapporto con il paziente tende a creare. Naturalmente il rapporto con il paziente deve però essere una variabile osservata. Deve poter essere visto. Il punto di vista psicologico clinico all'interno dell'équipe curante ha questo ruolo: è innanzitutto una funzione, prima ancora che essere incarnato in una parte precisa e concreta dell'équipe (anche se è necessario che lo sia).

Aspetti descrittivi degli interventi e dei trattamenti rivolti alle dimensioni psichiche

Un filone di ricerca sulla salute mentale in oncologia pediatrica che ha valutato la presenza di sintomi psicopatologici nei pazienti in terapia o guariti, ha evidenziato come però la maggior parte dei pazienti non presenti franche patologie psichiche (Bauld et al. 1998, Kopel et al. 1998). Occorre segnalare come diagnosi secondo il DSM siano raramente impiegate in oncologia pediatrica o al più siano limitate per le caratteristiche di brevità del periodo di osservazione, la natura spesso reattiva, acuta e transitoria dei sintomi e la difficoltà di svolgere estese valutazioni della personalità a causa delle differenti priorità della cura nel contesto oncologico (dove la psicologia è a sua volta debole). L'adattamento a una malattia grave è peraltro caratterizzato infatti da molteplici risorse, vissuti, relazioni e le manifestazioni psichiche possono non costituire

entità da eliminare, in un quadro di “compenso patologico” che ha molto spesso necessità di essere rispettato e sostenuto (Sala 1997).

Tutte le risorse terapeutiche psicologiche e psicofarmacologiche sono chiamate a collaborare, sia per il trattamento di manifestazioni acute sia per la prevenzione di manifestazioni a lungo termine.

Comunicazione e relazione con i curanti

Le funzioni psicologicamente rilevanti nelle cure oncologiche comprendono le attività di accoglienza, accompagnamento, comunicazione e relazione, che devono essere svolte dall'intera équipe curante, cui partecipa anche lo specialista della salute mentale. L'assistenza psicosociale nelle malattie organiche gravi è necessariamente un lavoro interdisciplinare svolto da un'equipe ed è ingannevole la delega dei bisogni emotivi del paziente esclusivamente allo psicologo o allo psichiatra.

Contenimento emotivo

La sensazione di essere sopraffatti dalla confusione presente in molti pazienti in seguito all'esordio della malattia e alla diagnosi può essere ridotta dall'instaurarsi di un'efficace relazione con i curanti in particolare, se nel reparto è presente una prospettiva di presa in carico dei bisogni emotivi condivisa da tutti gli operatori e dall'istituzione. L'ascolto e il colloquio con gli operatori può contribuire a ristabilire nelle persone in crisi emotiva un concetto di sé realistico e stabile, sostenendo un senso di competenza rispetto al funzionamento personale e le relazioni affettive, sociali e lavorative. Più specificamente il colloquio può offrire supporto in un momento di temporanea difficoltà di integrare - come aveva fatto fino a quel momento - un evento o una situazione nei suoi processi di elaborazione di significato. In questa prospettiva il modo in cui la situazione è descritta influenza anche la modalità con cui tale situazione è valutata e condiziona le risposte emotive e comportamentali così come la rappresentazione che si ha di se stessi in quel momento.

Sostegno alla rete sociale

In un'ottica di cura integrata dei pazienti adolescenti attraverso interventi preventivi è necessario occuparsi non solo della malattia ma anche della vita dei pazienti supportando la continuità delle relazioni.

Sostegno al benessere

Altre tecniche di supporto prevedono un'integrazione delle risorse psicologiche, educative e diversionali in programmi che affianchino le risorse di cura medica con l'obiettivo di un sostegno al benessere durante le cure. Esperienza clinica e letteratura scientifica riportano come nonostante

l'alta presenza di fattori potenzialmente traumatici nel corso della malattia tumorale, soltanto pochi individui sviluppano aspetti patologici. Questo aspetto, descritto negli anni recenti alla luce di concetti quali la resilienza e la crescita postraumatica, è probabilmente da leggersi non come dipendente soltanto da fattori intrinseci come la personalità ma anche e soprattutto come il risultato di un supporto intensivo, buone relazioni con i curanti e presa in carico psicosociale dell'individuo e del suo nucleo familiare. A questo nel caso di pazienti adolescenti si devono aggiungere tutti gli interventi che sono in grado di garantire la possibilità di normalità, creatività e possibilità di sperimentarsi competenti e forti.

Presa in carico psicoterapeutica

I metodi utilizzati sono molteplici e nella pratica clinica consistono in psicoterapie a seduta singola, brevi, o di lunga durata. Il fattore temporale rimane comunque molto limitativo ed è condizionato particolarmente dalle risorse disponibili generalmente limitate. Gli interventi attuabili possono essere considerati lungo una linea continua fra interventi espressivi e supportivi. Nelle terapie svolte in ospedale la maggior parte del lavoro svolto dal clinico si articola su dimensioni tradizionalmente considerate verso la polarità supportiva quali l'osservazione, la validazione, interventi psico-educativi, consigli e incoraggiamento. Anche se interventi tecnicamente classificabili come supportivi possono essere considerati da alcuni clinici come meno importanti, è bene ricordare come anche nel più ampio contesto delle psicoterapie psicoanalitiche questi temi sono in via di revisione (Albasi 2006).

Sono caratteristiche metodologiche della psicoterapia supportiva in ospedale: andamento breve e focale; adattamento del setting alla situazione contingente; alleanza con le risorse; collegamento con gli altri operatori; rispetto della dimensione istituzionale; utilizzo flessibile dei modelli teorici.

Gli interventi di supporto hanno l'obiettivo di migliorare l'autostima, la fiducia in se stessi e la speranza, l'adattamento alla malattia e alle cure, oltre naturalmente a lavorare per permettere un miglior funzionamento mentale di altre capacità come l'esame di realtà, le relazioni oggettuali, i meccanismi di difesa, la regolazione emotiva. Gli interventi supportivi sono presenti trasversalmente nelle diverse tradizioni psicoterapeutiche e consistono prevalentemente in: incoraggiare a fronteggiare le paure; fornire rinforzi positivi; stimolare pensieri alternativi rispetto all'angoscia; promuovere l'auto-osservazione; individuare cosa è possibile cambiare; risolvere conflitti; leggere le vicende della malattia all'interno di un percorso di cambiamento.

Trattamenti psicofarmacologici

La letteratura riporta dati emergenti sull'uso di terapie psicofarmacologiche per il trattamento di sintomi emotivi e comportamentali nel corso delle malattie organiche gravi, il cui uso è tanto empiricamente diffuso nella pratica clinica, quanto scarsamente sistematizzato nell'area delle malattie organiche degli adolescenti (Harrison et al. 2002, Brown 1996).

Farmaci benzodiazepinici sono oggi largamente utilizzati per la gestione di sintomi ansiosi

reattivi ad insonnia anche legata all'ospedalizzazione oltre che nelle situazioni di ansia anticipatoria, ad esempio prima dell'accesso in ospedale (Pfefferbaum 1987) e sono impiegati per il trattamento di disturbi del comportamento, in situazioni di oppositività e aggressività. Sono impiegate benzodiazepine per ridurre sintomi emotivi e comportamentali nel corso della terapia steroidea (Pelletier 2000) e lo stress legato alle procedure diagnostiche o terapeutiche, ad esempio midazolam per ridurre lo stress e la paura rispetto alle procedure con ago. Il ricorso a un trattamento farmacologico può essere preferito a tecniche comportamentali per la maggiore rapidità d'azione. Le benzodiazepine trovano inoltre impiego nel trattamento dell'angoscia in fase terminale di malattia (sedazione terminale) e nel trattamento del dolore neuropatico, come ad esempio la sindrome da arto fantasma.

L'impiego di neurolettici (aloperidolo e più raramente clorpromazina) è diffuso nella pratica clinica per i trattamenti di: angoscia, agitazione, aggressività, confusione e disorientamento e nella sedazione terminale (Maisami 1985). Neurolettici più moderni (risperidone) trovano impiego per il trattamento di pazienti in età evolutiva con un disturbo dell'umore, caratterizzato da irritabilità, agitazione, diminuzione del sonno e ridotte interazioni sociali, secondario ad una malattia oncologica (Bealke 2005).

Farmaci antidepressivi sono impiegati come adiuvanti nel trattamento del dolore oncologico in pediatria (Heiligenstein 1993) oltre che nel trattamento dell'insonnia che in questi pazienti è legata a dolore, ansia, cicli circadiani, scarsa attività quotidiana e depressione (Berde et al. 2006). Più di recente antidepressivi serotoninergici hanno trovato impiego clinico in oncologia pediatrica (Clerici et al 2008, 2013; DeJong 2007).

Alcuni problemi in merito alla prescrizione di antidepressivi e in particolare di SSRI ne ha probabilmente limitato l'uso in oncologia pediatrica. In Europa l'agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha introdotto nel 2005 l'obbligo di riportare l'avvertenza nel foglietto illustrativo degli antidepressivi SSRI e SNRI sull'aumentato rischio di comportamento suicidario e di aggressività in pazienti al di sotto dei 18 anni (Clerici et al. 2008).

L'impiego di antidepressivi di nuova generazione per il trattamento di sintomi depressivi in bambini e adolescenti non è autorizzato negli Stati membri dell'Unione Europea e si pone quindi il problema di uso off-label con uno specifico consenso informato ai genitori. Nell'esperienza clinica un uso prudente, in casi selezionati, e in stretta collaborazione con il team psicosociale può offrire benefici anche se l'impiego è influenzato da prospettive più culturali che biologiche. Uno studio multicentrico statunitense riporta ad esempio che il 71% degli oncologi pediatri statunitensi consultati ha utilizzato SSRI con i propri pazienti (Phipps et al. 2012). Gli antidepressivi serotoninergici sono stati impiegati anche nelle alterazioni dell'umore (caratterizzate da irritabilità e deflessione del tono dell'umore) conseguenti all'uso di steroidi (Joshi 2008) e ne è descritto l'uso anche per il trattamento dell'angoscia in fase terminale (Maisami 1985).

I farmaci anticonvulsivi (carbamazepina, fenitoina, clonazepam, valproato e gabapentin) hanno efficacia nel dolore neuropatico (Berde et al. 2006) e sono largamente impiegati per problemi neurologici in pazienti con neoplasie del SNC (Rusy et al. 2001; Keskinbora et al. 2004) la stabilizzazione dell'umore o per il trattamento di disturbi del comportamento e di condotte aggressive (Cummings et al. 2004).

Aspetti descrittivi della metodologia della presa in carico psicologica

Una possibile prospettiva d'integrazione, mutuando il modello delle esperienze d'intervento sul trauma, identifica tre aree critiche nell'adattamento psicologico ad una malattia grave, costituite da processi emozionali, risposte cognitive e rappresentazione di sé (Clerici et al. 2014). Le risposte emotive possono consistere in sensazioni di torpore e ottundimento emotivo, a cui concorre il repertorio sintomatologico del comportamento di malattia. Cognitivamente la gamma dei pensieri può essere limitata. I pazienti possono sperimentare l'assoluta assenza di emozioni positive a causa dell'improvviso irrompere della malattia nella vita con i suoi effetti limitanti le prospettive nel futuro, comportare dolore, riattivare un'ambivalente relazione con le figure di attaccamenti e limitare la libertà e delle alterazioni neurotrasmettitoriali legate alla malattia e ai trattamenti.

Se il corpo è sofferente e mal funzionante per la patologia organica o per aspetti legati alle cure, il paziente può sperimentare un conflitto fra i propri schemi interni e la nuova realtà, avvertendo sensazioni caotiche, di depersonalizzazione e di derealizzazione accentuate dagli effetti cognitivi delle alterazioni biologiche legate alla malattia e ai trattamenti. Sono frequenti sensazioni d'isolamento; a questi processi contribuiscono sia fattori ambientali (l'isolamento può essere reale) sia fisici (diminuisce la forza per rompere l'isolamento e coltivare le relazioni).

Obiettivo di un trattamento integrato nelle fasi precoci dell'esordio della malattia e in tutto il suo decorso è il raggiungimento e il mantenimento di un sufficiente equilibrio emotivo per mantenere un'adeguata rappresentazione di sé e delle proprie relazioni. Tale intervento mira anche a ridurre la confusione per consentire al paziente di relazionarsi efficacemente con i curanti e partecipare validamente alla gestione delle proprie cure e costruire un rapporto di fiducia. Il trattamento ha anche il fine di proteggere il paziente dall'isolamento sociale, e dai danni derivanti da decisioni inappropriate (come inadeguata compliance alle terapie o il loro abbandono).

Un supporto integrato dovrebbe quindi articolarsi in tre aree fondamentali: il supporto psicologico, il supporto sociale e il supporto biologico.

Alla comprensione degli stati emotivi e l'uso di metodi di controllo delle emozioni mediante tecniche di psicoterapia di supporto e terapie farmacologiche dovrebbero accompagnarsi interventi per mantenere la continuità scolastica e delle relazioni di amicizia.

Le terapie psicofarmacologiche si basano sull'impiego di trattamenti (codificati o off-label) che la letteratura scientifica e l'esperienza clinica segnalano efficaci nel trattamento di situazioni di marcata disagio emotivo che influenza l'adattamento alla malattia o lo svolgimento delle terapie oncologiche) o di franca psicopatologia.

In una prospettiva integrata i farmaci mirano non a risolvere di per sé i problemi ma a dare risorse per affrontarli (sostenendo le risorse).

Alcune riserve all'uso degli psicofarmaci riguardano la preoccupazione e circa la possibile dipendenza e il senso di controllo.

È quindi necessario che la terapia avvenga in un quadro ampio di alleanza con il paziente su obiettivi a lui comprensibili e considerando eventuali preoccupazioni circa l'azione dello psicofarmaco sulla personalità, l'affettività, il comportamento e l'interferenza con l'autonomia e le relazioni, e il rischio di sviluppare una dipendenza.

Per la famiglia, gli amici, il contesto sociale, scolastico e lavorativo l'impiego di una terapia psicofarmacologica è un fenomeno complesso con diversi significati a seconda del punto di osservazione (Chubinsky et al. 2013). L'alleanza con i genitori circa l'impiego della terapia psicofarmacologica risulta imprescindibile tanto che l'esperienza clinica mostra come la prescrizione di un trattamento psicofarmacologico possa assumere in alcuni casi l'aspetto e l'andamento di un trattamento familiare (Rappaport et al. 2000; Chubinsky et al. 2006).

Conclusioni

Disporre di équipe dotate di competenze multidisciplinari nel campo della salute mentale in un contesto caratterizzato da casistiche limitate e aspetti economici problematici costituisce una sfida rilevante affinché il supporto possa essere efficace e di valido aiuto nel contenere la vulnerabilità e nell'aumentare la resilienza dei pazienti rispetto alla malattia.

Un passo necessario è l'istituzione di équipe miste, con competenze distinte, capaci di applicare e sviluppare metodologie di lavoro integrate e di lettura interdisciplinare dei fenomeni. Le équipe, anche in base a esempi stranieri (Joint Commissioning Panel for Mental Health 2012), potrebbero essere inquadrare in servizi multispecialistici, prevalentemente composti da psicologi ma che prevedano anche la presenza di medici nell'organico (psichiatri, neuropsichiatri infantili o medici specialisti in psicologia clinica). Disporre di una équipe multidisciplinare può contribuire a realizzare un modello integrato, e non semplicemente sequenziale, degli interventi, grazie alla migliore possibilità di dialogo fra operatori presenti nella stessa struttura.

Molteplici prospettive di intervento possono consentire un più adeguato intervento preventivo o di trattamento precoce di situazioni con i problemi di adattamento dei pazienti adolescenti a sfide complesse come una malattia tumorale, tramite il sostegno delle risorse, il supporto ad aspetti di vulnerabilità e un monitoraggio lungo il continuum adattamento-disadattamento-patologia che costituisce un'indispensabile chiave per interpretare il disagio psichico ed emotivo in oncologia.

Un aspetto problematico nel processo di sviluppo dei servizi è costituito dagli aspetti economici. Oggi la maggior parte è sostenuto da interventi di organizzazioni no-profit che forniscono sostegno economico. La produzione di utili economici non è la vocazione principale di servizi assistenziali come quelli di psicologia clinica. Vari fattori ostacolano un rendimento economico dei servizi di consultazione quali lavorare a supporto di persone con una malattia fisica che non si attendono di poter trarre beneficio da un intervento psicologico, le interferenze della malattia e delle cure sul setting e la pianificazione degli interventi per la salute mentale e altri fattori che di fatto rendono l'assistenza per la salute mentale in oncologia un'attività ritenuta dispendiosa e in perdita (hobby di lusso). Maggiori studi su efficacia specifica e efficacia clinica generale possono però produrre dati per svincolare la questione del valore della prestazione dal suo rendimento economico.

Riassunto

Parole chiave: adolescenza, psiconcologia, trauma

Le malattie oncologiche in adolescenza mettono alla prova la salute psichica in un periodo critico

per lo sviluppo e lo strutturarsi dell'identità, delle relazioni e dell'autonomia. In questo contributo sono presi in considerazione aspetti della psicopatologia descrittiva e dei problemi clinici più comuni in questo ambito, come le preoccupazioni e i sintomi ansiosi, l'insonnia, la tristezza e la depressione, il dolore, la nausea e l'emesi anticipatoria, i disturbi somatoformi, i disturbi nelle condotte alimentari, l'agitazione, l'aggressività, i problemi di compliance, le disarmonie evolutive. Sono quindi considerate le dimensioni eziologiche più discusse in letteratura, con riferimento sia a quelle somatopsichiche e legate ai trattamenti, sia a quelle psichiche. A questo proposito, viene formulato un modello teorico centrato sul trauma e la dissociazione come rischi dell'esperienza di malattia. Questa esperienza può diventare traumatica se l'incontro tra il funzionamento mentale e di personalità dell'adolescente e il contesto relazionale (familiare e dell'équipe curante) non favorisce la ricerca di un significato soggettivo personale e specifico per l'adolescente. Con riferimento a questo concetto vengono considerate le dimensioni prevalenti da valutare psicopatologicamente per una presa in carico specifica del paziente, con particolare attenzione ai livelli di organizzazione della sua personalità. Vengono inoltre presentati alcuni problemi metodologici e tecnici tipici della presa in carico psicologica clinica in questo contesto.

ADOLESCENCE AND PSYCHO-ONCOLOGY: PSYCHOPATOLOGICAL AND TREATMENT PROBLEMS IN THE CLINICAL WORK WITH ADOLESCENT CANCER PATIENTS

Abstract

Key words: adolescence, psycho-oncology, trauma

Oncological diseases in adolescence test the psychological health in a critical period for the development and the structuring of identity, relationships and autonomy. In this paper are considered aspects of descriptive psychopathology and clinical problems most common in this area, as the concerns and anxiety symptoms, insomnia, sadness and depression, pain, nausea and anticipatory emesis, the somatoform disorders, disorders in eating behavior, agitation, aggression, problems of compliance. The etiological dimensions most discussed in the literature are then taken into consideration, with reference to those somatopsychic and related treatments, both to the psychic. In this regard, it is formulated a theoretical model of trauma and dissociation as risks of the experience of disease. This experience can be traumatic if the encounter between mental functioning and personality of the adolescent and the relational context (family and équipe) does not facilitate the search for a personal and subjective meaning making specific to the adolescent. With reference to this concept are considered to assess the prevailing psychopathologically dimensions for taking care of the specific patient, with particular attention to the levels of organization of his personality. It also points to some typical methodological and technical problems of taking care the clinical psychological work in this context.

Bibliografia

- Ahles TA, Saykin AJ (2007). Candidate mechanism for chemotherapy-induced cognitive changes. *Nature Reviews Cancer* 7, 3, 192-201.
- Albasi C (2006). *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Utet Editore, Torino.
- Albasi C (2008). Modelli Operativi Interni Dissociati: una prospettiva relazionale sull'attaccamento, il trauma, la dissociazione. In Caretti V, Craparo G (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo relazionale*. Astrolabio, Roma, 194-227.
- Albasi C (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Anderson FS, Kunin-Batson AS (2009). Neurocognitive late effects of chemotherapy in children: the past 10 years of research on brain structure and function. *Pediatric Blood & Cancer* 52, 2, 159-164.

- Anderson VA, Godber T, Smibert E, Weiskop S, Ekert H (2000). Cognitive and academic outcome following cranial irradiation and chemotherapy in children: a longitudinal study. *British Journal of Cancer* 82, 2, 255-62.
- Bauld C, Anderson V, Arnold J (1998). Psychosocial aspects of adolescent cancer survival. *Journal of Pediatric Child Health* 34, 2, 120-126.
- Bealke JM, Meighen KG (2005). Risperidone treatment of three seriously medically ill children with secondary mood disorders. *Psychosomatics* 46, 3, 254-258.
- Berde CB, Billett AL, Collins JJ (2006). Symptom management in supportive care. In Pizzo Poplack (a cura di) *Principles and practice of pediatric oncology*, p. 1365. Lippincott, Philadelphia. -
- Brown ES (2009). Effects of glucocorticoids on mood, memory, and the hippocampus. Treatment and preventive therapy. *Annals of the New York Academy Science* 1179, 41-55.
- Brown ES, Rush AJ, McEwen BS (1999). Hippocampal remodeling and damage by corticosteroids: implications for mood disorders. *Neuropsychopharmacology* 21, 4, 474-484.
- Brown RL, Henke A, Greenhalgh DG, Warden GD (1996). The use of haloperidol in the agitated, critically ill pediatric patient with burns. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 17, 1, 34-8.
- Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review* 26, 7, 817-833.
- Chamberlain MC (2010). Neurotoxicity of cancer treatment. *Current Oncology Reports* 12, 1, 60-67.
- Chubinsky P, Hojman H (2013). Psychodynamic perspectives on psychotropic medications for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 22, 2, 351-366.
- Chubinsky P, Rappaport N (2006). Medication and the fragile alliance; the complex meanings of psychotropic medication to children, adolescents and families. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 5, 1, 111-123.
- Clerici CA, Albasi C (2006a). A quasi trent'anni dall'articolo di George Engel: considerazioni sull'integrazione biopsicosociale in medicina. In Nucleo monografico sul saggio di George L. Engel: La necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina. *A e R - Abilitazione e riabilitazione* 1, 41-46.
- Clerici CA, Albasi C (2006b). Note introduttive. In Nucleo monografico sul saggio di George L. Engel: La necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina. *A e R - Abilitazione e riabilitazione* 1, 9-12.
- Clerici CA, Giacom B, Veneroni L, Ferrari A, Luksch R, Meazza C, Polastri D, Simonetti F, Massimino M (2013). Disturbi psico-organici in bambini e adolescenti affetti da neoplasie pediatriche. *Minerva Pediatrica* 65, 651-67.
- Clerici CA, Veneroni L (2014). La psicologia clinica in ospedale. Consulenza e modelli d'intervento. Il mulino, Bologna.
- Cummings MR, Miller BD (2004). Pharmacologic management of behavioral instability in medically ill pediatric patients. *Current Opinion in Pediatrics* 16, 516-522.
- Dantzer R, Kelley KW (2007). Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain, Behavior; and Immunity* 21, 2, 153-160.
- DeJong M, Fombonne E (2007). Citalopram to treat depression in pediatric oncology. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 17, 3, 371-377.
- Dunn AJ, Swiergiel AH, de Beaupaire R (2005). Cytokines as mediators of depression: what can we learn from animal studies? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 29, 4-5, 891-909.
- Erickson JM, Beck SL, Christian BR, Dudley W, Hollen PJ, Albritton KA, Sennett M, Dillon RL, Godder K (2011). Fatigue, sleep-wake disturbances, and quality of life in adolescents receiving chemotherapy. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 33, 1, 17-25.
- Ferrari A, Thomas D, Franklin AR, et al (2010). Starting an AYA program: some success stories and some obstacles to overcome. *Journal of Clinical Oncology* 28, 4850-4857.
- Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z (2003). *Psicoterapie per il bambino e l'adolescente. Trattamenti e prove di efficacia*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Griffith JL, Gaby LG (2005). Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics* 46, 2, 109-116.

- Heiligenstein E, Gerrity S (1993). Psychotropics as adjuvant analgesico. In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M (a cura di) *Pain in infants, children, and adolescents*, p. 173. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimora.
- Joshi DD (2008). Treating dexamethasone-induced mood disorders in children with leukemia. *Pediatric Blood & Cancer* 51, 1, 147.
- Keskinbora K, Pekel AF, Aydinli I (2004). The use of gabapentin in a 12-year old boy with cancer pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 48, 5, 663-664.
- Kopel SJ, Eiser C, Cool P, Grimer RJ, Carter SR (1998). Brief report: assessment of body image in survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology* 23, 2, 141-7.
- Liu L, Ancoli-Israel S (2008). Sleep Disturbances in Cancer. *Psychiatric Annals* 38, 9, 627-634.
- Mahone EM, Prahme MC, Ruble K, Mostofsky SH, Schwartz CL (2007). Motor and perceptual timing deficits among survivors of childhood leukemia. *Journal of Pediatric Psychology* 32, 8, 918-925.
- Maisami M, Sohmer BH, Coyle JT (1985). Combined use of tricyclic antidepressants and neuroleptics in the management of terminally ill children: a report on three cases. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 24, 4, 487-489.
- Masie MJ, Popkin M (1998). Depressive disorders. In Holland J (a cura di) *Psycho-oncology*, pp. 954-961. Oxford University Press, New York.
- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB (1995). Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry* 52, 2, 89-99.
- Monje M, Dietrich J (2012). Cognitive side effects of cancer therapy demonstrate a functional role for adult neurogenesis. *Behavioural Brain Research* 227, 2, 376-379.
- Patten SB, Neutel CI (2000). Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects: incidence, diagnosis and management. *Drug Safety* 22, 2, 111-122.
- Portteus A, Ahmad N, Tobey D, Leavey P (2006). The prevalence and use of antidepressant medication in pediatric cancer patients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 16, 4, 467-73.
- Rappaport N, Chubinsky P (2000). The meaning of psychotropic medications for children, adolescents and their families. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 39, 9, 1198-1200.
- Rief W, Barsky AJ (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 30, 10, 996-1002.
- Rosen G, Brand SR (2011). Sleep in children with cancer: case review of 70 children evaluated in a comprehensive pediatric sleep center. *Supportive Care in Cancer* 19, 7, 985-994.
- Rosen GM, Shor AC, Geller TJ (2008). Sleep in children with cancer. *Current Opinion in Pediatrics* 20, 6, 676-81.
- Pao M, Ballard ED, Rosenstein DL, Wiener L, Wayne AS (2006). Psychotropic medication use in pediatric patients with cancer. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine* 160, 8, 818-822.
- PDM Task Force (2006). *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Pelletier G, Lacroix Y, Moghrabi A, Robaey P (2000). Double-blind crossover study of chlorpromazine and lorazepam in the treatment of behavioral problems during treatment of children with acute lymphoblastic leukemia receiving glucocorticoids. *Medical and Pediatric Oncology Journal* 34, 276-277.
- Pfefferbaum B, Overall JE, Boren HA, Frankel LS, Sullivan MP, Johnson K (1987). Alprazolam in the treatment of anticipatory and acute situational anxiety in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26, 4, 532-535.
- Phipps S, Buckholdt KE, Fernandez L, Wiener L, Kupst MJ, Madan-Swain A, Mullins L, Robert R, Sahler OJ, Vincent N, Noll RB (2012). Pediatric oncologists' practices of prescribing selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for children and adolescents with cancer: a multi-site study. *Pediatric Blood & Cancer* 58, 2, 210-215.
- Rusy LM, Troshynski TJ, Weisman SJ (2001). Gabapentin in phantom limb management in children and young adults: report of seven cases. *Journal of Pain and Symptom Manage* 21, 1, 78-82.
- Salà G (1997). La necessità di un'opzione clinica per la ricerca psicologica in ambito medico. *Ricerche di Psicologia* 1, 86-100.
- Sirois F (2003). Steroid psychosis: a review. *General Hospital Psychiatry* 25, 1, 27-33.
- Stockhorst U, Enck P, Klosterhalfen S (2007). Role of classical conditioning in learning gastrointestinal

Problematiche psicopatologiche e di trattamento nel lavoro clinico con adolescenti con tumore

- symptoms. *World Journal of Gastroenterology* 13, 25, 3430-3437.
- Veneroni L, Ripamonti C, Clerici CA (2007). Tecniche d'intervento psicologico con pazienti in età evolutiva affetti da malattie organiche gravi; una rassegna degli studi empirici sull'efficacia. *Psicologia della salute* 3, 111-142.
- Wolfe-Christensen C, Mullins LL, Scott JG, McNall-Knapp RY (2007). Persistent psychosocial problems in children who develop posterior fossa syndrome after medulloblastoma resection. *Pediatric Blood & Cancer* 49, 5, 723-726.
- Zebrack BJ, Zeltzer LK, Whitton J, Mertens AC, Odom L, Berkow R, Robison LL (2002). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease, and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Pediatrics* 110, 1, 42-52.

Laura Veneroni¹, Andrea Ferrari¹, Cesare Albasi⁴, Maura Massimino¹, Carlo Alfredo Clerici^{2,3}

¹ SC Pediatria, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano.

² SSD Psicologia Clinica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano.

³ Dipartimento di Fisiopatologia Medico - Chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano

⁴ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino

Corrispondenza

Carlo Alfredo Clerici: carlo.clerici@unimi.it