

# L'OTTICA SISTEMICA AL LAVORO SUL PROBLEMA DELLA PATOLOGIA TUMORALE

SYSTEMIC OPTICS  
AT WORK ON TUMOROUS  
PATHOLOGY PROBLEM

**FRANCA MOIRAGHI**

*Medico, psicanalista*

**JEAN-DAMIEN HORNING**

*Operatore sociale*

*Resoconto di un'esperienza di  
interazione costruttiva tra il Centro  
per lo studio e la terapia della  
Famiglia e la Divisione Falck di  
Niguarda*

«Alcuni dicono che / quando è  
detta, la parola muore. / Io dico  
invece che / proprio quel giorno /  
comincia a vivere».  
Emily Dickinson, 1872.

Quando abbiamo deciso di diventare allievi alla scuola di sistemica di via Leopardi, sapevamo solo che, indipendentemente dalla formazione di ciascuno come terapeuta o come operatore nel campo sociale, avremmo dovuto cambiare qualcosa del nostro modo di vedere il sintomo, il malato, le sue parole e le parole degli altri su di lui... Adesso sappiamo che la base del cambiamento è formulare domande invece che trovare le risposte, far risaltare le differenze dove non avevamo mai visto altro che continuità, cioè non dare mai per scontato niente, tanto meno le parole nostre e degli altri. Con questo spirito «da esploratori» abbiamo seguito il seminario di studio dal titolo «Malattia tumorale e teoria sistemica», svoltosi il 10 novembre presso l'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. Frutto della collaborazione tra l'Associazione Nazionale Volontari Lotta contro i Tumori, il Centro per lo studio e la terapia familiare (CSTF) e la Divisione oncologica Falck, il seminario ha descritto un'esperienza «pilota» portata avanti nei primi sei mesi dello scorso anno.

La divisione Falck lavora da anni su prevenzione, diagnosi precoce e cura dei tumori, mentre il CSTF solo di recente si è dedicato ai problemi che la patologia oncologica provoca a livello della



comunicazione familiare; l'esperienza nasce, dunque, dall'interrelazione e dal confronto tra le parole degli oncologi, posti di fronte a una realtà con la quale sono abituati a combattere con le armi della medicina, e le parole di psicoterapeuti che si occupano di relazioni distorte e disfunzionali. Due contesti diversi, due strumenti terapeutici diversi, due ambiti di applicazione diversi, l'individuo e la famiglia; il senso di questa esperienza «sistemica» è proprio l'aver visto nella diversità una fonte di possibile lavoro in comune che non annullasse le reciproche competenze, ma le sfruttasse ai fini della terapia. Il filone di lavoro è stato quello della ricerca su come la malattia neoplastica possa interferire nelle relazioni familiari e in che termini un counseling familiare possa giovare al paziente neoplastico. L'invio al counseling è stato operato tramite una selezione da parte dell'oncologo su 105 pazienti, in gran parte donne anziane; i criteri seguiti per l'invio erano basati sui dati demografici e clinici, ma soprattutto sulla percezione del medico del rapporto tra la malattia e il vantaggio di inserire una nuova forma di ausilio terapeutico. Il parametro privilegiato è stato l'occhio del medico, che ha valutato l'inetetismo e l'invalidità di schema corporeo e di funzione, così come sono vissuti dal paziente. Rispetto al profilo tipico della popolazione analizzata, costituita appunto da pazienti donne, anziane, non occupate, le 17 pazienti inviate sono più giovani,

occupate, in maggioranza divorziate o nubili, quasi tutte attualmente in remissione dopo terapia chirurgica, con prognosi buona e non in terapia. Per quanto riguarda i dati soggettivi, la percezione dell'inetetismo e dell'invalidità è più sensibile se il tumore è in fase precoce e se la prognosi è migliore, segno questo di una maggiore richiesta di qualità d'esistenza e di conseguenza di maggiori attese dalla relazione. Si può ipotizzare un criterio di lettura per le differenze emerse tra la popolazione dei segnalati e quella degli inviati che, come abbiamo visto, sono complessivamente in una situazione sociale e clinica migliore. Due ipotesi si completano a vicenda: 1) l'invio può essere più semplice se ci sono maggiori risorse per affrontare un'altra terapia; 2) il medico prova di fronte alla gravità della patologia forte angoscia e senso di sfiducia, ma più ancora si trova a dover far fronte alle sue angosce personali, quando deve prospettare una diagnosi di tumore a un paziente che sta ancora bene nonostante la neoplasia. Emerge qui un problema a monte di quello trattato dal seminario, ma a esso strettamente connesso: quello delle «comunicazioni difficili» e, in primo luogo, quella di neoplasia in fase precoce. L'ottica sistemica si scava in questo punto della prassi medica una vasta zona operativa, perché consente di riformulare il problema di «dire la verità o no, e a chi, e da parte di chi» nella forma di «come dare al paziente

una comunicazione su se stesso, che esige un riassetto della sua posizione personale e relazionale, e come aiutarlo in questo lavoro di ridefinizione». Ovviamente, come esiste una sempre troppo poco valutata difficoltà relazionale dell'oncologo con il suo paziente, a maggior ragione esiste la difficoltà da parte del paziente informato o del familiare informato della diagnosi a tradurla in ambito familiare, senza che questo messaggio risulti altamente perturbante; le dinamiche interne del gruppo in questione rischiano di essere sottoposte a gravi distorsioni che rendono difficile mantenere una buona qualità della relazione, proprio in un momento in cui sarebbe necessario che venissero mobilitate il maggior numero di risorse personali per far fronte al cambiamento. In altre parole, il counseling trova la sua utilità perché fornisce un insight rispetto al cambiamento di status di un componente del gruppo e connota positivamente il gruppo familiare come terapeutico; lo scopo è quello di evitare che la parola della diagnosi blocchi le altre parole o le deformi, rendendone nulle le valenze significative. Non ci soffermeremo su queste riflessioni, evocate dalle parole del seminario e dalla traccia della Dickinson, anche se ci sembra interessante riportarle proprio perché non crediamo né all'obiettività assoluta di chi racconta ciò che ha ascoltato, né all'obbligo di riferire passivamente un'esperienza, perché ciò apparterrebbe all'inutilità. La giornata di seminario, che



peraltro è stata caratterizzata più dalla presentazione di modi di approcciare il problema che non da «ricette» per risolverlo (e questo è stato senz'altro l'aspetto più stimolante del contesto seminariale), ruotava intorno al problema non indifferente di due servizi composti da specialisti con competenze diverse che si trovano a interagire in una prassi clinica e relazionale. A questo punto, avendo a che fare non solo con premesse diverse (cliniche e relazionali) ma anche con storie personali diverse (ogni ente ha avuto precedenti accoppiamenti strutturali) e con definizioni delle parole diverse (neoplasia significa una quotidianità per l'oncologo, una eccezionalità drammatica per il terapeuta della famiglia), non è affatto scontato che l'ospedale e il servizio sociale si parlino, cioè dispongano di un prerequisito per la comunicazione, quello di un linguaggio comune. Condividiamo la scelta dei relatori di fare un piccolo percorso storico, per chiarire come e in che termini l'ottica sistemica ha variato il modo di analizzare e produrre la comunicazione.

Nella teoria classica della comunicazione, che proponeva un modello causale lineare di ciò che avveniva tra due interlocutori, c'è un «emittente» che produce la comunicazione, un «ricevente» che l'accetta e un «canale» attraverso cui la comunicazione stessa passa; il messaggio è ciò che si vuole comunicare e il concetto è l'oggetto trasmesso attraverso le parole. Questo modello dà per scontato che sia l'emittente sia il ricevente condividano una

codificazione, cioè una regola che leghi le parole ai concetti. Le difficoltà della comunicazione in questo caso sono relative o al canale o al codice, che infatti è ambiguo e non univoco; ma allora i messaggi sono le parole, o meglio, le etichette sono il contenuto? E nel caso si fronteggino due diverse scelte di senso per uno stesso codice, chi dei due interlocutori dovrebbe variare l'attribuzione di senso? E perché dovrebbe farlo?

Non è difficile immaginare come all'interno di questo modello il senso del messaggio dipenda in gran parte dal grado di potere dell'emittente, rispetto a cui il ricevente è in posizione passiva. Stiamo parlando anche della relazione tra il medico e il malato e degli equivoci che crea, qualora sia decifrata con questo modello teorico.

Il modello sistemico, proposto dagli studiosi di Palo Alto e in parte condiviso dai filosofi del linguaggio, propone che tra emittente e ricevente esista una interazione circolare simile a quanto accade in un circuito dotato di feed-back; un messaggio in questo caso è di più e diverso dalle parole che si usano nella comunicazione, poiché la comunicazione è comportamento e in quanto tale analizzabile in un contesto antropologico dato. Anche il silenzio dunque è messaggio e messaggio complesso (e la psicoterapia evidenzia bene come sia significativa la scelta del silenzio e della parola in fasi diverse della relazione); può significare accordo, disaccordo, noia.

Nell'ambito strettamente medico, se un operatore non parla, potrebbe voler dire:

- 1) non è d'accordo, non gli interessa;
- 2) non è attento, pensa ad altro;
- 3) è d'accordo con ciò che si sta dicendo o facendo.

La retroazione a queste tre possibili risposte da parte dell'équipe potrebbe essere arrabbiatura, richiamo all'attenzione, soddisfazione per il consenso. Un esempio più calzante ancora: la relazione tra marito e moglie che ha subito una mastectomia.

- 1) Il marito lascia tranquilla la moglie dopo l'intervento e non le fa richieste affettive e sessuali, pensando che le occorra del tempo per adattarsi alla situazione.
- 2) La moglie risponde chiudendosi in se stessa, perché pensa di essere rifiutata dal marito.
- 3) Il marito pensa di essere nel giusto, che la sua azione sia corretta perché confermata dal silenzio della moglie, e pertanto insiste nel suo stare a distanza per lasciarla tranquilla.
- 4) La moglie si deprime e accentua la sua chiusura.

Come è possibile analizzare questo tipo di comunicazione fatta di silenzi nei termini classici di causa-effetto? Possiamo decifrarla, e quindi cambiarla, solo se sottolineiamo che, al di là dell'aspetto verbale o «logico» del messaggio, esiste ed è anzi portante per i vissuti relazionali un livello non verbale o «analogico» che è quello della mimica, della gestualità, del tono. Allora le parole hanno significato quando i due livelli sono coerenti tra loro,