

La malattia cardiaca cronica come evento critico familiare

Silvana Rocchi¹, Antonella Boraso², Ornella Bettinardi³, Claudio Ghidelli⁴

¹Servizio di Psicologia, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Gussago (BS).

²Centro di Fisiopatologia Cardiovascolare, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Gussago (BS), ³Servizio di Psicologia, Ospedale Privato Accreditato San Giacomo, Ponte dell'Olio (PC),

⁴Cattedra di Psicopatologia Generale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia

Key words:

Family;
Family life cycles;
Heart failure;
Stressful events.

The family greatly influences any of its members and significantly contributes to the patient rehabilitation. A limited and superficial interest from the family as well as an overprotective and anxiogenic behavior may lead to chronicization, relapse or even to progression of the disease.

The close relationship between the patient and the physician is an illusion, since family members deeply affect this interaction. They may first influence the cardiologist's choice and later, through comments or actions, treatment expectations, diagnosis and therapy by sustaining or, on the contrary, minimizing the patient-physician interaction. A therapeutic triangle, which includes the family, the patient and the physician, develops from the beginning; thus the physician needs to be aware of it to use these interactions in the best interest of the patient himself.

In this context clinical psychologists play a pivotal role first in identifying dysfunctional relations within the family and then in supporting the family to overcome crisis events.

(GIC - G Ital Cardiol 2006; 7 (3): 186-191)

© 2006 CEPI Srl

Ricevuto il 4 ottobre 2005; nuova stesura il 6 dicembre 2005; accettato il 9 dicembre 2005.

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Silvana Rocchi
Servizio di Psicologia
Istituto Scientifico
Fondazione S. Maugeri
IRCCS
Clinica del Lavoro
e della Riabilitazione
Via Pinidolo, 23
25064 Gussago (BS)
E-mail: sroccoli@fsm.it

Premessa

Raramente un paziente entra nella malattia da solo. Anche se si ammala da solo, tutti gli altri membri della famiglia risentono immediatamente delle conseguenze: la malattia, infatti, modifica spesso in misura significativa i ritmi e le abitudini di vita quotidiana di tutti e porta un "attacco invisibile" proprio al tessuto familiare che tiene uniti i membri fra loro¹.

In ambito medico si va sempre più affermando un modello di cura che prende in considerazione l'individuo nella sua interezza e che tenga conto del suo contesto relazionale come co-determinante dei risultati della terapia medica²⁻⁵. Questo modello biopsicosociale proposto da Engel^{6,7} definisce l'influenza che fattori psicologici, familiari e sociali possono avere sui risultati delle cure mediche.

L'evento critico "malattia" costringe diversi sistemi ad incontrarsi. Il sistema sanitario, terapeutico, delle cure spesso istituzionalizzate presso ospedali, ambulatori, ecc., viene avvicinato dal sistema familiare. L'intersezione è costituita dal paziente, e il rapporto è mediato dai membri del sistema sanitario che vengono in diretto contatto con i bisogni del malato e della sua fa-

miglia. Doherty e Baird⁸ hanno coniato il termine "illusione della diade nella pratica medica", dato che i membri della famiglia del paziente influiscono pesantemente sulla relazione medico-paziente.

In generale il ruolo del coniuge e degli altri familiari presenti nel nucleo, il loro sistema di atteggiamenti e di comportamenti, risultano essenziali nel favorire o, invece, nel rendere più difficili sino a contrastare l'adesione ai programmi di cura, il raggiungimento degli outcome riabilitativi e il reinserimento sociale e occupazionale del paziente stesso. Già dal primo incontro si viene perciò a creare un triangolo terapeutico di cui il medico deve essere consapevole per poterlo utilizzare nel modo migliore e nell'interesse del paziente stesso.

Famiglia tra crisi e sviluppo

Il ciclo di vita: la famiglia come sistema che si modifica nel tempo

Nel pensiero sistemico-relazionale, la famiglia è un sistema vivente, il cui sviluppo avviene per stadi all'interno della dimensione tempo e passa attraverso una serie di "epoche", ognuna consistente in un periodo di *plateau* e di transizione.

I periodi di *plateau* presentano una relativa stabilità strutturale, mentre durante le transizioni si verificano profonde trasformazioni psicologiche e strutturali. Minuchin⁹ descrive periodi di equilibrio e di adattamento, caratterizzati dalla padronanza di funzioni e capacità appropriate, e periodi di squilibrio, che provocano un salto verso un nuovo e più complesso stadio durante il quale vengono sviluppate nuove funzioni e nuove capacità.

Il processo evolutivo che la famiglia compie nel corso degli anni, il suo ciclo di vita, attraverso il passaggio da una fase all'altra, è visto come un processo di continua ristrutturazione della trama dei rapporti tra i componenti della famiglia. Ad ogni fase, la famiglia si trova ad affrontare una situazione nuova – data dall'evento – che mette in crisi le vecchie modalità di funzionamento non più idonee al cambiamento avvenuto, riscrivendo un nuovo assetto familiare¹⁰.

Secondo Terkelsen¹¹ due sono i tipi di eventi che spingono il passaggio ad una nuova fase: eventi “normativi” attesi, che accadono regolarmente nella maggior parte delle unità familiari, ed eventi “paranormativi”, inattesi e/o difficilmente prevedibili, come la malattia.

Le famiglie presentano modi diversi di affrontare situazioni simili, o pur utilizzando le stesse modalità, differiscono nei risultati ottenuti. Infatti, la vulnerabilità e le capacità rigenerative della famiglia, quando affronta più di un evento stressante, sono strettamente influenzate da come i membri vivono e interpretano le situazioni critiche¹². Ciò vuol dire che l'entità dell'evento critico non dipende solo dalle caratteristiche dell'evento stesso ma anche, e in larga misura, dall'interazione tra queste, ovvero dal significato che viene loro attribuito dalle famiglie.

Attaccamento e cura

Ogni evento critico, quale la malattia, richiede l'attarsi di uno specifico equilibrio di vicinanza/separazione; anzi è critico proprio perché sollecita un cambiamento delle forme di legame precedentemente attuate. Per questo la regolazione delle distanze è non *un* processo, ma *il* processo fondamentale del benessere della famiglia.

Il termine “attaccamento”^{13,14}, originariamente elaborato per descrivere il legame affettivo che lega il bambino alla madre, oggi viene sempre più concepito in termini di reciprocità e fa luce su altri tipi di relazione, quali la relazione coniugale e il rapporto figli adulti-genitori anziani. L'attaccamento, una volta instaurato, segue un itinerario evolutivo: non basta stabilire un legame di attaccamento, bisogna svilupparlo affinché traduca benessere. La qualità dell'attaccamento è data da un equilibrio – sempre diverso secondo le fasi del ciclo di vita – tra bisogni di vicinanza e di separazione, bisogni di appartenenza e di libertà personale.

È per questo che la malattia, riattivando il problema della perdita, fa spesso scatenare gravi angosce nelle famiglie che non hanno ben risolto l'equilibrio tra vicinanza e separazione nei legami.

Stili familiari

Gli effetti di una malattia somatica grave, come lo scompenso cardiaco, sull'organizzazione familiare non sono mai esattamente prevedibili, anche se diversi autori di orientamento sistemico hanno individuato delle costanti nella geometria relazionale di famiglie psicosomatiche fino a descrivere alcune tipologie standard^{9,15}.

Le famiglie in cui il modello di funzionamento è basato sul distacco, sull'individuazione esasperata e sull'estrema rigidità dei ruoli – *stile disimpegnato* – possono presentare reazioni varie, nelle quali è comune il disinteresse e la scarsa partecipazione alle vicende del membro malato. Difficile in questo caso che la famiglia colpita dalla malattia chieda aiuto secondo modalità costruttive¹⁶.

Diverso è il caso in cui all'opposto sia evidente una mancanza assoluta di confini, con sovrapposizione degli spazi, ipercoinvolgimento reciproco, iperprotezione – *stile invischiato* –. In questi casi, i comportamenti estremamente invadenti dei familiari, sia verso il malato sia verso l'équipe sanitaria, con capacità di difesa poco solide portano alla manifestazione di frequenti crisi emozionali di uno o più componenti sani.

Il funzionamento centrifugo o centripeto non sono in sé negativi, ma è tanto più sano quanto più la famiglia ha la capacità di passare da uno stile all'altro secondo la situazione. Lewis¹⁷ ha notato che “le famiglie con *stile disimpegnato*, che sono poco coese e usano spesso meccanismi centrifughi di relazione con l'ambiente, sono più abili delle famiglie con *stile invischiato* nel trattare la malattia cronica. All'opposto esse sono meno in grado di affrontare la malattia acuta”.

Scompenso cardiaco cronico: destrutturazione e ristrutturazione dei legami familiari

È noto che la patologia dello scompenso cardiaco cronico rafforza l'unità di alcune famiglie, mentre altre ne vengono disgregate; le relazioni di attaccamento sicure contengono meglio la minaccia della malattia. Famiglie con stili relazionali insicuri corrono un rischio più elevato di avere un adattamento psicologico inadeguato; quanto più i processi relazionali si adeguano alle minacce di separazione e perdita, tanto maggiore sarà l'adattamento psicologico¹³.

Alcuni studi hanno effettuato la rilevazione dell'emotività espressa, indice dell'intensità della risposta emotiva del familiare in un dato momento temporale, in famiglie di pazienti affetti da malattie organiche croniche (nefropatia, cardiopatia, sclerosi multipla e tumore della mammella) focalizzandosi sull'interazione tra clima emotivo familiare e adattamento alla malattia.

I risultati indicano che le componenti emotive familiari nelle malattie organiche croniche si distribuiscono

secondo un andamento caratteristico: l'atteggiamento critico si dimostra l'unico fattore di rischio, il calore affettivo si conferma un fattore protettivo, infine il ruolo dell'ipercoinvolgimento emotivo segue un andamento più incostante. Secondo gli autori, il motivo fondamentale per cui le ricerche sulle patologie organiche mostrano delle difficoltà è quello di trovare un indice abbastanza attendibile dell'andamento della malattia, analogo alle recidive sintomatologiche che tanto rilievo hanno avuto nelle ricerche psichiatriche e, in particolare, sulla schizofrenia¹⁸.

Una vasta esperienza è stata fatta nell'ambito del cancro in relazione all'impatto della malattia sul sistema familiare documentando un alto livello di distress del partner^{19,20}. Il coniuge è il principale fornitore di supporto materiale ed emotivo²¹ che influenza la morbilità e mortalità dei pazienti²². Il coniuge manifesta in genere ansia, incertezza, paura della malattia e della morte, aumentate richieste nella vita quotidiana. Un distress clinicamente significativo viene riportato in un terzo dei coniugi e dei figli adulti di pazienti con cancro anche dopo 1 anno²³. Analogamente, nell'ambito della cardiomiopatia dilatativa, il caregiver esprime un impatto negativo nella performance, nelle gratificazioni personali e nella resistenza psicofisica²⁴.

Bressi et al.²⁵ osservano come il paziente con scompenso cardiaco cronico che riceve un atteggiamento di ipercoinvolgimento empatico lo viva come un fatto positivo, da cui traspare un'attenzione "calda" ed empatica e l'accettazione piena della malattia e delle sue conseguenze.

Invernizzi et al.²⁶, in uno studio su un gruppo di pazienti sottoposti ad intervento cardiocirurgico, hanno trovato una correlazione tra recidiva ad 1 anno e il "profilo sintomatologico" (ricavato attribuendo un punteggio da 0 a 5 ai seguenti parametri: valutazione dell'elettrocardiogramma, del grado di scompenso cardiaco, dell'ecocardiogramma, del test da sforzo, del sintomo di angina) a basso "coinvolgimento empatico", indicando un rischio maggiore rispetto a quelli che vivono in famiglia a elevato "ipercoinvolgimento empatico".

Altri risultati importanti, sebbene risalenti agli anni '80, mostrano che l'intervento familiare può migliorare il trattamento della malattia. Morisky et al.²⁷ hanno osservato in 400 pazienti ipertesi che l'intervento familiare apporta effetti positivi anche a 5 anni.

È noto che esistono differenze specifiche per sesso, per età e per struttura del nucleo coabitante nel dare aiuto sanitario informale: le donne hanno in genere un carico maggiore, così come i bambini e gli anziani dipendono dalle classi di età intermedia, mentre le famiglie deboli (a un solo genitore, frammentate, ecc.) dipendono da consistenti aiuti esterni. A poco a poco questo allargamento di prospettive ha indotto gli studiosi a considerare l'importanza di tutta la rete relazionale che si muove dentro e attorno alla famiglia, non limitandosi ai membri dello stesso nucleo familiare.

Relazione di coppia: funzionale o disfunzionale?

Tra i sottosistemi familiari, la relazione di coppia è quella che più risente della malattia. Da più ricerche risulta come raramente la malattia sia in grado di trasformare il rapporto di coppia: essa piuttosto lo rivela nella sua essenza²⁸. Il deterioramento della relazione di coppia pertanto sembra essere la conseguenza di conflitti precedenti alla malattia.

Una domanda che di frequente il medico si pone è se la relazione di coppia favorisca la presa in carico della malattia da parte del paziente e lo sostenga nell'obiettivo terapeutico. Nella nostra esperienza clinica, in accordo con la teoria precedentemente descritta, risulta fondamentale considerare la qualità delle relazioni di coppia. Infatti, nel colloquio clinico, lo psicologo può cogliere come non pochi legami di coppia si caratterizzano per la lotta con l'altro affinché il partner riconosca il bisogno di cura del paziente e vi provveda. In questi casi il "legame disperato", dovuto alla dura lotta reciproca per imporre il proprio bisogno, trascura la realtà della malattia. Di conseguenza il medico non avrà nel coniuge un alleato nella cura, anzi la relazione di coppia peggiorerà la condizione del malato.

La signora Anna di 56 anni, con diagnosi di scompenso cardiaco cronico e in classe NYHA III, nega la sua malattia. Le impone, infatti, regole e divieti che la limitano nel suo agire e nel suo essere autonoma, specie in riferimento al lavoro. Scarica così sul marito i compiti di cura e di controllo che il cardiologo tanto raccomanda. Solo che il marito si defila e protesta a sua volta: egli non è in condizione di fare alcunché perché anche lui è malato. Anzi spetterebbe alla moglie occuparsi di lui e lasciar perdere il lavoro che da tempo l'ha allontanata da casa!

C'è però un'altra forma di legame di coppia che potremmo chiamare "salvifica". La caratteristica di questo legame è di riconoscere da un lato la presenza della malattia di cui prendersi cura e dall'altro di accogliere la cura che viene dal partner. Potremmo dire che tale legame è espansivo, nel senso che accoglie risorse e aiuti provenienti dalla relazione, sia essa di coppia che sociale²⁸.

Il signor Gianni di 52 anni, con scompenso cardiaco cronico in classe NYHA II, lo vive come un "segnale". La malattia è temuta, ma in un certo senso è anche "da ringraziare". Sente che ha bisogno di una guida-sostegno ed è proprio la moglie che offre, insieme alla speranza, anche tale guida, sostenendo tra l'altro il lavoro che viene fatto presso il Centro Riabilitativo.

Robertson e Suinn²⁹ riportano come la riabilitazione di persone colpite da cardiopatia possa essere favorita dal grado di empatia e calore affettivo del coniuge. Il buon adattamento coniugale è anche determinato da fattori legati alla malattia e al trattamento, come lo stadio precoce, una buona prognosi e la risposta favorevole alla malattia. Viceversa, è stata evidenziata una stretta relazione tra stadio avanzato della malattia e distress emotivo del coniuge. Da un'analisi delle problematiche dei coniugi di pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico nel nostro Istituto sono stati osservati elevato

sovraccarico emozionale, pensieri relativi alla morte del congiunto e maggior utilizzo di risorse esterne al nucleo familiare³⁰.

In accordo con le più recenti linee guida italiane³¹, gli studi favoriscono la convinzione che una precoce e adeguata analisi delle relazioni familiari migliora il decorso e il risultato finale del trattamento medico, e questo succede in una vasta gamma di malattie.

Per lo studio della complessità e dinamicità del funzionamento relazionale gli strumenti, descritti in letteratura e a disposizione dello psicologo, sono relativamente pochi³², pur rimanendo il colloquio clinico lo strumento di eccellenza. Presso il Servizio di Psicologia dell'Istituto Scientifico di Gussago, Fondazione S. Maugeri, IRCCS, sono stati scelti quattro questionari (Tabella 1)³³⁻³⁷.

Il triangolo terapeutico

Alla luce di quanto esposto, risulta centrale il ruolo della famiglia per la buona riuscita di una cura, di un trattamento, di prescrizioni sanitarie preventive e/o tera-

peutiche; la famiglia, allo scopo di proteggere i propri membri, osserva e valuta le competenze, le capacità professionali, la sollecitudine del personale sanitario, creando fiducia, cooperazione e alleanze o, all'opposto, sfiducia, diffidenza e coalizione contro di esso.

Semplici esempi a questo riguardo sono leggibili nelle espressioni tipo:

- "il Dottor X, quel medico biondino, sa sempre quello che ti sta dicendo";

- "è inutile che tu parli con il Dottor Y, non ascolta i tuoi problemi perché è sempre troppo occupato".

Già queste due affermazioni esemplificano quanto la famiglia del paziente si caratterizzi quale elemento determinante nella costruzione di una relazione positiva o, per converso, distruttiva con l'équipe curante. È chiaro allora che la qualità del rapporto tra personale sanitario e la famiglia del paziente può avere un'importanza cruciale nella cooperazione che deve intercorrere tra infermiere, medico e paziente. Possiamo rifarci in merito allo schema proposto da de Bernart¹ utilizzando la Figura 1 del "triangolo terapeutico". Il triangolo rappresenta il blocco da costruire o il nucleo di un sistema emotivo³⁸ e contemporaneamente costringe ad interro-

Tabella 1. Test di valutazione delle relazioni familiari applicati presso il Servizio di Psicologia dell'Istituto Scientifico di Gussago, Fondazione S. Maugeri, IRCCS.

Family environment scale (FES) ³³ *	
Coesione familiare	Valuta l'impegno e il sostegno esistente tra i membri della famiglia (FES 1)
Conflittualità manifesta	Grado con cui i coniugi esprimono i propri sentimenti o la tensione o i conflitti (FES 2)
Impegno di realizzazione	Fattori che favoriscono lo sviluppo e la crescita di ogni componente (FES 3)
Questionario di comunicazione coniugale (QCC) ³⁴ **	
Comunicazione efficace	Capacità dei coniugi di usare una comunicazione accurata, a seconda delle circostanze, nelle espressioni, nell'ascolto e nelle capacità di porsi a livello dell'altro (QCC 1)
Evitamento della comunicazione	Tendenza ad evitare alcune situazioni o argomenti di discussione con il proprio coniuge e difficoltà a condividere emozioni, preoccupazioni e pensieri (QCC 2)
Porre ostacoli alla comunicazione	Modo in cui i coniugi pongono ostacolo al flusso comunicativo tra di loro, impedendo così una comunicazione intima e fiduciosa (QCC 3)
Comunicazione manipolativa	Grado della comunicazione distorta per cercare di controllare le azioni dell'altro (QCC 4)
Family strain questionnaire (FSQ) ³⁵ §	
Sovraccarico emozionale	Sintomi depressivi, ansiosi connessi alla malattia (FSQ 1)
Coinvolgimento sociale	Difficoltà nel partecipare a più attività (FSQ 2)
Conoscenza della malattia	Necessità di possedere più informazioni (FSQ 3)
Relazioni familiari	Qualità percepita delle relazioni familiari (FSQ 4)
Pensieri di morte	Idee di perdita (FSQ 5)
Family crisis personal evaluation scales (F-COPES) ³⁶ §§	
Modelli di coping familiare interno	Ridefinire il problema (F-COPES 2)
	Accettare passivamente gli aspetti problematici (F-COPES 5)
Modelli di coping familiare esterno	Procurarsi il sostegno della comunità (F-COPES 1)
	Cercare il sostegno spirituale (F-COPES 3)
	Procurarsi l'aiuto dei servizi socio-sanitari (F-COPES 4)

* adattato per la realtà italiana da Cristante³⁷, è un questionario articolato in dieci scale, di cui sono state considerate le seguenti tre dimensioni del funzionamento familiare; ** consiste di scale di comunicazione utilizzate per la valutazione delle interazioni familiari, del livello di intimità, della gestione del potere e dei vari ruoli in ambito familiare, del processo di socializzazione e di adattamento familiare; § è uno strumento che indaga la percezione soggettiva delle problematiche correlate al caregiving; §§ adattato per la realtà italiana da Cristante³⁷, è composto di scale di valutazione che identificano strategie di comportamento nella risoluzione di problemi, utilizzate da famiglie in situazioni difficili.

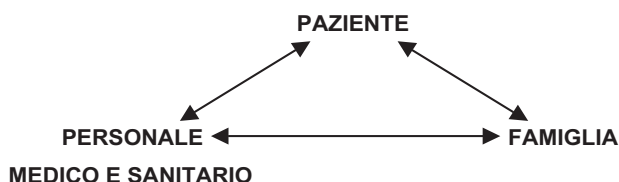


Figura 1. Il "triangolo terapeutico" proposto da de Bernart¹.

garci sul problema delle alleanze, delle relazioni nelle triangolazioni. All'interno del triangolo terapeutico si possono avere momenti di alleanze che favoriscono la salute, per esempio tutte le volte che la famiglia influenza la valutazione della diagnosi fatta da parte di un certo medico e sostiene il trattamento prescritto. Ma spesso avvengono anche coalizioni che ostacolano la presa in carico del paziente da parte della famiglia.

Nell'équipe multidisciplinare, lo scopo dell'intervento dello psicologo è quello di ricreare nuove basi relazionali attraverso le quali le famiglie possano generare le proprie risorse per consentire una migliore risposta terapeutica.

La malattia grave ha diversi significati ed effetti nei differenti momenti del ciclo di vita familiare; ad esempio, nella famiglia con adolescenti, la malattia grave di un genitore può interferire pesantemente sul processo di separazione-individuazione in atto, ponendo il figlio maggiore nel ruolo di sostituto parentale nei confronti dei fratelli e legandolo così troppo strettamente all'ambito familiare. Queste e altre situazioni, che possono essere definite critiche per la famiglia, richiedono la capacità di analizzare le nuove situazioni, di elaborare nuovi modelli di funzionamento e di gestione nelle situazioni concrete.

È altresì importante, per lo psicologo, non solo identificare la fase in cui si trova la famiglia "qui e ora", ma poterne osservare il cambiamento e la riorganizzazione nel passaggio da una fase all'altra. La gravidanza della parola "crisi" sta nel non avere una denotazione fissa, né positiva né negativa, d'altra parte anche nella medicina ippocratica la parola "crisi" significava "improvviso cambiamento" in meglio o in peggio di una malattia. L'evento malattia è oggettivamente verificabile, ma l'acquisizione psicologica e l'integrazione delle nuove modalità comportamentali nelle vecchie non sono automatiche e soggiacciono a processi complessi³⁹.

Sono ipotizzabili diverse tipologie di intervento che lo psicologo clinico può scegliere di utilizzare rispetto alla disfunzionalità familiare: *counseling* familiare, cicli di psicoterapia di coppia e/o familiare, interventi educazionali finalizzati al miglioramento dei meccanismi di *coping* familiari nelle fasi terminali della malattia, consulenza sistemica centrata sulle relazioni tra il paziente, la famiglia e l'équipe.

In conclusione, gli autori sottolineano il ruolo centrale che la famiglia riveste per ogni suo componente e il contributo fondamentale ad esempio alla riabilitazione di un paziente. Un interesse scarso o superficiale da

parte della famiglia, come pure un interesse eccessivo possono portare ad una cronicizzazione e persino ad un aggravamento⁴⁰.

Le strategie per la gestione dei sintomi fisici, del disagio psicologico, nonché quelle relative all'attivazione delle risorse familiari devono essere riunite all'interno di un unico e articolato processo terapeutico, pur nel rispetto delle specifiche competenze professionali.

È quindi auspicabile che anche il personale medico-sanitario affini le proprie sensibilità e capacità verso un'ottica relazionale per meglio entrare in rapporto con il paziente, considerando, al tempo stesso, le relazioni familiari più significative.

Riassunto

La famiglia ha un'influenza rilevante su ogni suo componente e può contribuire in modo significativo alla riabilitazione di un paziente. Un interesse scarso e superficiale, come pure un atteggiamento iperprotettivo e ansiogeno da parte della famiglia, possono portare ad una cronicizzazione della malattia, a ricadute e persino ad un aggravamento.

La diade medico-paziente è un'illusione, dato che i membri della famiglia del paziente influiscono pesantemente su questa relazione. Essi possono condizionare inizialmente la scelta del medico e successivamente influenzare con commenti o azioni le aspettative di cura, la diagnosi, le terapie prescritte, sostenendo, o al contrario, sminuendo il rapporto fra il paziente e il medico. Già dal primo momento si viene perciò a creare un triangolo terapeutico di cui il medico deve essere consapevole, per poterlo utilizzare nel modo migliore nell'interesse del paziente stesso.

Lo psicologo clinico assume in questo ambito un ruolo fondamentale, in una prima fase, per identificare eventuali relazioni disfunzionali e, successivamente, per poter supportare la famiglia nei momenti di crisi.

Parole chiave: Cicli di vita familiare; Eventi stressanti; Famiglia; Scompenso cardiaco.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano la Dr.ssa Anna Maria Zotti del Servizio di Psicologia, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Veruno (NO), e la Dr.ssa Simonetta Scavini della Divisione di Cardiologia, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Gussago (BS) per i suggerimenti forniti nella fase di preparazione del lavoro.

Bibliografia

1. de Bernart R. La formazione all'approccio biopsicosociale: l'esperienza italiana. In: Cigoli V, Mariotti M, eds. Il medico, la famiglia e la comunità. Milano: Franco Angeli Editore, 2004: 171-83.
2. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (Suppl): S110-S127.
3. Kennedy S, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Immunological consequences of acute and chronic stressors: mediating role

- of interpersonal relationships. *Br J Med Psychol* 1988; 61 (Pt 1): 77-85.
4. Seaburn DB, Lorenz AD, Gunn WB, Gawinski B, Mauksch L. Models of collaboration. A guide for mental health professionals working with health care practitioners. New York, NY: Basic Books, 1996.
 5. Williams GC, Frankel RM, Campbell TL, Deci EL. Research on relationship-centred care and health-care outcomes from the Rochester biopsychosocial program: a self-determination theory integration. *Families, System and Health* 2000; 18: 79-90.
 6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
 7. Engel GL. From biomedical to biopsychological: I. Being scientific in the human domain. *Families, System and Health* 1996; 14: 425-33.
 8. Doherty WY, Baird MA. Family therapy and family medicine. New York, NY: Guilford Press, 1983.
 9. Minuchin S. Famiglia e terapia della famiglia. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1976.
 10. Malagodi Togliatti M, Telfener V. Dall'individuo al sistema. Torino: Boringhieri, 1992.
 11. Terkelsen KG. Toward a theory of the family life cycle. In: Carter E, McGoldrick M, eds. The family life cycle: a framework for family therapy. New York, NY: Gardner Press, 1980.
 12. Andolfi M. Manuale di psicologia relazionale. Roma: Accademia di Psicoterapia della Famiglia, 2003.
 13. Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol I. Torino: Boringhieri, 1989.
 14. Kobak RR, Hazan C. L'attaccamento nel matrimonio: effetti della sicurezza e della accuratezza dei modelli operativi. In: Carli L, ed. Attaccamento e rapporto di coppia. Milano: Raffaello Cortina, 1995: 205-28.
 15. Stierlin H. Constellations relationelles psychosomatiques. In: AA.VV. Approche familiale des troubles psychosomatiques. Paris: EPA, 1987.
 16. Beavers WR. Famiglie sane, intermedie e gravemente disfunzionali. In: Walsh F, ed. Stili di funzionamento familiare. Milano: Franco Angeli Editore, 1986: 101-29.
 17. Lewis JM. Family structure and stress. *Fam Process* 1986; 25: 235-47.
 18. Bertrando P. Misurare la famiglia. Torino: Boringhieri, 1997.
 19. Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA. A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 1985; 55: 72-6.
 20. Biondi M, Costantini A, Grassi L. La mente e il cancro. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
 21. Smith EM, Redman R, Burns TL, Sagert KM. Perceptions of social support among patients with recently diagnosed breast, endometrial and ovarian cancer. *J Psychosocial Oncol* 1985; 3: 65-81.
 22. Schultz KH, Schultz H, Schultz O, Von Kerekjarto M. Family structure and psychosocial stress in family of cancer patients. In: Baider L, Cooper CL, Kaplan De-Nour A, eds. Cancer and the family. Chichester: John Wiley and Sons, 1996: 225-56.
 23. Keller M, Henrich G, Sellschopp A, Beutel M. Between distress and support spouses of cancer patients. In: Baider L, Cooper CL, Kaplan De-Nour A, eds. Cancer and the family. Chichester: John Wiley and Sons, 1996: 74-89.
 24. Tiozzo M, Giardini A, Maiani G, Pierobon A, Callegari S. Presentazione del disease impact on caregiver (DIOC): un nuovo questionario per la rilevazione del disagio del caregiver. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2002; 8: 233-46.
 25. Bressi C, Bertrando P, Clerici M, Colmegna F, Invernizzi G, Cazzullo CL. Emotività espressa familiare. Dalla schizofrenia alle malattie organiche croniche. *Schizofrenia* 1990; 2: 26-37.
 26. Invernizzi G, Bressi C, Bertrando P, et al. Emotional profiles of families with a heart-operated patient: a pilot study. *Psychother Psychosom* 1991; 55: 1-8.
 27. Morisky DE, Levine DM, Green LW, Shapiro S, Russell RP, Smith CR. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Health* 1983; 73: 153-62.
 28. Cigoli V, Mariotti M. Il medico, la famiglia e la comunità. Milano: Franco Angeli Editore, 2004.
 29. Robertson EK, Suinn RM. The determination of rate of progress of stroke patients through empathy measures of patient and family. *J Psychosom Res* 1968; 12: 189-91.
 30. Rocchi S, Scalvini S, Bettinardi O, Ghidelli C, Rosa E, Giordano A. Stress e coping dei caregiver di pazienti affetti da patologia cardiaca post-acuta e cronica. Dati preliminari. (abstr) *Ital Heart J* 2002; 3 (Suppl 2): 144S.
 31. Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR). Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 184-234.
 32. Cusinato M, Cristante F, Morino Abbele F. Dentro la complessità della famiglia. Firenze: Giunti Editore, 1999.
 33. Moos RR, Insel PM, Humprey B. Preliminary manual of the family environmental scales. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1995.
 34. Cusinato M, Salvo P. Lavorare con le famiglie. Programmi, interventi, valutazione. Roma: Carocci Editore, 1998.
 35. Rossi Ferrario S, Baiardi P, Zotti AM. Assessment delle problematiche caregiving-correlate: il Family Strain Questionnaire. *G Ital Med Lav Ergon* 2001; 23: 25-9.
 36. McCubbin H, Larsen A, Olson DH. Family Crisis Personal Evaluation Scales (F-COPES). St Paul, MN: University of Minnesota, 1981.
 37. Cristante C. La valutazione nella ricerca sulle relazioni familiari. Alcuni problemi metodologici e scale di valutazione. In: Cusinato M, Tassarolo M, eds. Ruoli e vissuti familiari. Nuovi approcci. Firenze: Giunti Editore, 1993: 313-24.
 38. Bowen M. Dalla famiglia all'individuo. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1979.
 39. Hertz F. The impact of serious illness and death on the family life cycle. In: Carter EA, McGoldrick M, eds. The family life cycle: a framework for family therapy. New York, NY: Gardner Press, 1980.
 40. Dell'Antonio A. Elementi di psicodinamica delle relazioni familiari. Roma: Kappa Edizioni, 1992.