



La psiconcologia
psicologia clinica
Percorsi psicologici
«dal dolore indicibile alle parole per dirlo...»

Florence Didier
Psicologa, psicoterapeuta
Divisione di Psiconcologia
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

La psiconcologia

psicologia clinica

Percorsi psicologici in ospedale

«dal dolore indicibile alle parole per dirlo...»



Definizioni

Il modello è un modello clinico che coniuga la dimensione individuale del disagio psichico con quella familiare e relazionale e ISTITUZIONALE.

Il cancro, «una faccenda della famiglia», «una malattia della famiglia» perché riguarda e coinvolge tutta la famiglia.

L'obiettivo della Psiconcologia riguarda la presa in carico di tutte le dimensioni del paziente e della sua famiglia: emozionali, comportamentali, interpersonali e spirituali* (cure palliative, fase terminale e fine vita).

Il lavoro con l'équipe in ospedale; un asse importante del lavoro dello psicologo.

Pone un'attenzione all'équipe curante, agli aspetti emozionali e relazionali dell'équipe che interagisce, comunica con il paziente e la sua famiglia.

Perché:

-> gli studi hanno dimostrato che l'adattamento del paziente alla malattia e ai trattamenti dipende in larga misura dalla qualità dell'approccio relazionale/comunicativo dell'équipe curante.

-> gli studi mostrano che l'équipe oncologica è ad alto rischio di burn out (esaurimento psico fisico)

LA PSICONCOLOGIA

definizione

«La psiconcologia si situa come **INTERFACCIA**
da un lato dell'oncologia
dall'altro
della psicologia e della psichiatria.»
(SIPO società italiana di psiconcologia)

Per la sua applicazione è importante l'intervento di professionisti,
psicologi e psichiatri preparati in questo ambito.

STORIA E STATO DELL'ARTE DELLA PSICONCOLOGIA

**LA PROSPETTIVA PSICOSOCIALE IN ONCOLOGIA SI SVILUPPA A PARTIRE
DEGLI ANNI 50 NEGLI STATI UNITI.**

SI SVILUPPA LA PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE

- (PSICHIATRIA DI LIAISON- PSICHIATRIA DI COLLEGAMENTO) –

**UNA BRANCA SPECIFICA DELLA PSICHIATRIA CHE SI RIVOLGE ALLA VALUTAZIONE E AL TRATTAMENTO DI PROBLEMI
PSICOLOGICI IN PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE SOMATICHE.**

LA FIGURA DELLO PSICHIATRA ENTRA NELL'OSPEDALE GENERALE.

**IN ONCOLOGIA, NASCONO GLI INTERVENTI A CARATTERE PSICOSOCIALE TESI A GARANTIRE IL SOLLIEVO
RISPETTO ALLA SOFFERENZA PSICOLOGICA SECONDARIA AL CANCRO.**

Intorno agli anni '50, sempre negli Stati Uniti, si costituiscono le prime associazioni di pazienti che hanno subito interventi per diagnosi neoplastiche e tipologia di intervento,

- per pazienti laringectomizzati,
- pazienti colostomizzati,
- donne con tumore al seno,

in quanto si comincia a comprendere l'importanza
dell'informazione,
del confronto e

del sostegno reciproco in momenti critici, come quello di una malattia organica
importante, della malattia fisica grave.

PRIME PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE DELL'AREA PSICONCOLOGICA
FINE ANNI 70 INIZIO ANNI 80.
PRIMO HANDBOOK 1989, JC HOLLAND, JH ROWLAND.



Jimmie Holland

April 9, 1928 – December 24, 2017
chief of the Psychiatry Service, she helped create
New York's Memorial Sloan-Kettering (MSK) Cancer Center from 1977 to 1996.
She was the founding president of both the International Psycho-oncology Society IPOS and the
American Psychosocial Oncology Society APOS.

In Europa

l'attenzione all'aspetto psicosociale (da parte di discipline come l'oncologia, la psichiatria, la psicologia, l'assistenza sociale e l'assistenza infermieristica) prende corpo intorno agli anni '70.

Per quanto riguarda l'Italia, la Psiconcologia si sviluppa negli anni '70 e '80.

Nel 1980 l'Istituto Nazionale per la Ricerca sul cancro di Genova (Gabriella Morasso, Psicologa psicoterapeuta).

E' la prima struttura a contemplare tra le proprie Unità/reparti un **Servizio di Psicologia** specifico per l'assistenza a pazienti oncologici.

A Milano nel 1985 viene fondata la SIPO (Società Italiana di Psiconcologia), www.sipo.it.

Società Italiana di Psiconcologia, Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica in **Psiconcologia, SIPO, 1998.**

La Psiconcologia rappresenta un'area scientifica in rapida e continua espansione.

Un risultato importante è dato dal recente **Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 del Ministero della Salute** dell'approvazione del Documento Tecnico di Indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anno 2011-2013 approvato dalla Conferenza Stato Regione e con L'intesa del 30 ottobre 2014 viene riconfermato.
«promuovere la fruibilità del supporto psiconcologico» (p.8, p.11)

Per la prima volta si prevede, in modo definitivo e strutturato, la necessità di supporto e cure psicologiche nelle diverse fasi della malattia, facendo esplicito riferimento alla Psiconcologia.

LA SPECIFICITÀ DELLA PSICO-ONCOLOGIA (Linee guida SIPO)

Consiste nel rivolgersi ad una persona (paziente) il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma è generato dalla **situazione traumatizzante della diagnosi e/o dei trattamenti**.

Il Servizio di Psiconcologia è orientato:

- alla promozione dell'adattamento alle cure, alla promozione del benessere emotivo, psico-fisico del paziente in un'ottica bio-psico-sociale e
- alla prevenzione e cura dei disturbi psicologici ad insorgenza reattiva
- prevenire, limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche,
- trattare le conseguenze psicologiche della diagnosi tumorale/dei trattamenti in termini di disturbi sviluppati dai pazienti correlati allo stress, in termini di disturbi dell'adattamento,
- trattare i disturbi depressivi, disturbi ansiosi, post-traumatici da stress.

Si occupa del sostegno del paziente con pregressa patologia psichiatrica, disturbi di personalità (es. fobie specifiche, disturbo depressivo, disturbi di personalità borderline, disturbo bipolare, disturbo d'ansia generalizzato)

Valutazione psicosociale assessment psiconcologico

Linee guida SIPO, 1998
www.sipo.it

Negli Stati Uniti:

il National Comprehensive Cancer Network (NCCN www.ncc.org)
fondato nel 1997 con lo scopo di creare le linee guida,
includendo l'integrazione delle cure psicosociali,

in particolare anche delle linee guida per la valutazione e il trattamento del distress.

VALUTAZIONE PSICOSOCIALE

il primo step (3 incontri, «fase di conoscenza»)
per scegliere la tipologia di intervento psicologico appropriato

- Anamnesi psicologica/psichiatrica: Valutazione della storia autobiografica della persona in relazione agli stress psico-fisici vissuti nel ciclo di vita, come fattori che possono influenzare la capacità di fronteggiare l'evento-malattia. Problemi psicologici/psichiatrici passati?
- Valutazione delle modalità di fronteggiamento e superamento (?) delle difficoltà passate nella biografia
- Valutazione dei meccanismi di difesa, tratti di personalità
- Valutazione delle risorse personali/interne e esterne
- Valutazione del sistema di supporto (familiare, sociale, lavorativo)
- Valutazione dello stile di coping nel presente
- Qual è la domanda del paziente?
- Quali sono le cause del disagio?

IL CONCETTO DI CRISI

Consiste nel rivolgersi ad una persona (paziente) il cui disagio psicologico non dipende primariamente da un disturbo psicopatologico ma è generato dalla situazione **traumatizzante** della diagnosi e/o dei trattamenti.

Ciò implica il riferimento ad alcuni concetti psicologici (SIPO):

- Il concetto di CRISI
- Il concetto di TRAUMA

L'evento cancro come evento traumatico.

- Il concetto di strategie di DATTAMENTO/stili di COPING
 - Il concetto di STRESS (acuto, cronico)
(Modello biologico, psicofisiologico di Selye H.)



I VISSUTI DEI PAZIENTI

«dal dolore indicibile alle parole per dirlo...»
dalla valutazione/consulenza... al supporto... alla psicoterapia.

approccio integrato: ad esempio: approccio psicoanalitico, psicosomatico/la PNEI
psiconeuroendocrinoimmunologia/cognitivo-comportamentale,
sistemico-relazionale.

Importanza data a:

il contenuto manifesto, il contenuto latente
gli aspetti transferali, controtransferali

i significati personali, biografici (storia personale/storia familiare), i significati
emotivi/ relazionali somatici e simbolici (dal corpo «che parla» verso un livello più
evoluto; il livello simbolico, la mentalizzazione)

I VISSUTI INIZIALI DEI PAZIENTI alla diagnosi SHOCK



Ho ricevuto un colpo sulla testa.
Ho ricevuto una mazzata sulla testa.
Mi è crollato il mondo addosso.

Mi sono sentita stordita, frastornata. Mi sembrava di essere
in un frullatore.

Quello che accadeva mi sembrava irreali, come se stessi
vedendo un film.

Non mi sembrava vero. Mi sembrava di essere in un brutto
sogno e di voler risvegliarmi come se non fosse successo
nulla.

Mi sembrava che tutto stesse accadendo ad un'altra persona.

Mi vedevo fuori da me stessa, come sdoppiata.



“Quando mi hanno detto che avevo un cancro è stato un terribile shock. Non ci pensiamo mai ma diamo il nostro corpo per scontato. Io mi sentivo tradita dal mio. La prima cosa che ho fatto è stata abbracciare mio marito e piangere. Piangevo per niente, piangevo per tutto. Dormire? Per un periodo ho dimenticato cosa volesse dire”.

« quando mi sono ammalata, ho avuto paura di morire. Ero terrorizzata. Pensavo al fatto che potevo morire e lasciare i miei figli e sentivo il bisogno di dire quanto li amavo. Ho iniziato ad utilizzare questa frase che non dicevo mai prima «ti voglio bene». Avevo bisogno di dirlo spesso.»



“Ho detto della mia malattia alle persone a me più vicine in maniera molto diretta. Non capivo niente all’inizio quindi ho semplicemente detto che avevo un tumore della cervice al primo stadio. Sono stata colpita dalle reazioni: alcuni amici li ho sentiti molto vicini mi hanno detto di chiamarli in qualsiasi momento. Altri era come se cercassero di sminuire quello che mi stava accadendo. Mi dicevano che la medicina ormai fa miracoli e che io sarei sicuramente guarita. Il vero aiuto mi è arrivato da chi sapeva ascoltarmi e capire il mio stato d’animo”.

“Io stranamente mi sono sentita supportata da chi non ha cercato di supportarmi! Quando mi dicevano: “Vedrai, so che andrà tutto bene” io mi sentivo un fuoco dentro. Perché quello che io provavo in quel momento era che nulla stava andando bene e niente avrebbe mai potuto cambiare la mia sensazione”. Invece quando le persone si comportavano d’istinto e mi facevano sentire che, anche loro, come me, erano sconvolte e sofferenti mi sentivo confortata. Sapevo che, semplicemente, loro c’erano, erano lì per me.”

«il giorno in cui abbiamo sentito parlare di questo intervento per la prima volta, non ci siamo parlati per tutto il tempo del viaggio di ritorno in macchina, eravamo sotto shock”

Il trauma

“Il trauma è il risultato mentale di un evento o una serie di eventi improvvisi ed esterni, in grado di rendere l'individuo temporaneamente inerme e di disgregare le sue strategie di difesa e di adattamento”

OMS, 2002

Definizione del trauma

*Qualsiasi evento può assumere una valenza traumatica a patto che il viverlo implichi l'esperienza di un senso di **impotenza** e vulnerabilità a fronte di **una minaccia, soggettiva o oggettiva, che può riguardare l'integrità e condizione fisica della persona, il contatto con la morte** oppure elementi della realtà da cui dipende **il senso di sicurezza** psicologica dell'individuo.*

*Freud, Bowlby,
Caretti e Craparo*

La specificità del trauma in Oncologia

L'immaginario legato al cancro?

(altre patologie gravi mortali, cardiologia, diabete)

«il trauma arriva dall'interno, dal corpo»

All'inizio, non c'è un «piccolo tumore»

a livello emotivo,

c'è il tumore e la paura di morire.

(il tumore è vissuto all'inizio come una condanna, è associato all'incertezza della guarigione sindrome della Spada di Damoclé)

“Qualsiasi situazione che provochi un senso opprimente di vulnerabilità o perdita di controllo”
(Roger M. Salomon, Ph.D)

“Qualsiasi situazione che porta le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti, tali da interferire in maniera importante con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito e per tempi diversi ed individuali”
(Jeff Mitchell, Ph.D).

Gli eventi critici sono sempre caratterizzati da alcune precise connotazioni:

- sono improvvisi ed inaspettati
- travolgono la nostra sensazione di avere il controllo delle situazioni
- comportano la percezione di una minaccia potenzialmente letale
- possono comprendere perdite emotive o fisiche
- violano i presupposti su come secondo noi funziona il mondo (mappe cognitive).

Sintomatologia psicologica post-evento traumatico

LE REAZIONI SONO:

- Insonnia, incubi o flashback
- Pensieri ed immagini intrusive
- Sintomi dissociativi (derealizzazione, sentimento di irrealtà, amnesia, diff. a ricordare)
- Iperattivazione, ipervigilanza, stato di allarme
- Nervosismo, scoppi d'ira, irritabilità
- Evitamento (luoghi, persone)
- Isolamento, distacco dagli altri
- Astenia ed esaurimento fisico
- Difficoltà a concentrarsi, a prendere decisioni
- Senso di colpa per l'accaduto (significato soggettivo attribuito all'evento), dubbi su di sé, pensiero «ho sbagliato qualcosa»
- Disagio al ricordo
- Sensazione di perdita di controllo

FASI DI REAZIONE ALLA CRISI

(Kubler-Ross, 1969)

UNA MALATTIA GRAVE, per il suo significato di perdita (perdita della salute, del benessere), scatena sempre una REAZIONE DI LUTTO.

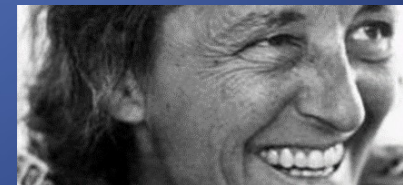
Ammalarsi di cancro è un po' morire in parte.

Fasi non sequenziali, processo oscillatorio:

Shock
Reazione
Elaborazione
Riorientamento

Rifiuto ed isolamento
Rabbia, Collera
Patteggiamento
Depressione
Accettazione

Elisabeth Kubler-Ross
On death and dying, Macmillan, 1969



(1926-2004)

FASE DI NEGAZIONE/ RIFIUTO

rigetto dell'esame di realtà, e ritiene impossibile avere quella malattia. Il rifiuto (negazione nevrotica o diniego psicotico) della verità sul suo stato di salute può essere utile al malato per proteggerlo dall'eccessiva ansia di morte e **per prendersi il tempo necessario a organizzarsi.**

Con il progredire della malattia, tale difesa diventa sempre più debole, a meno che non s'irrigidisca toccando livelli ancor più psicopatologici.

FASE DI RABBIA

incominciano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni, investendo i familiari, il personale ospedaliero, Dio.

Una tipica domanda è “Perché proprio a me?”.

È una fase molto delicata dell'iter psicologico e relazionale del paziente.

Corrisponde alla ricerca di un senso (serve ad uscire dall'impotenza depressiva)

Rappresenta un momento critico che può essere sia il momento di massima richiesta di aiuto, (l'io si rifornisce di energia) ma anche il momento del rifiuto, della chiusura e del ritiro in sé (fase depressiva).

Rischio di auto colpevolizzazione (alla ricerca di un senso); depressiva o di recupero narcisistico (meccanismo riparatore antidepressivo).

Fase della contrattazione o del patteggiamento:

la persona comincia a pensare cosa può fare attivamente e in quali progetti può orientare e investire la speranza.

“Se prendo le medicine, crede che potrò...”, “Se guarisco, poi farò...”.

La persona riprende il controllo della sua vita e cerca di riparare il riparabile.

FASE DELLA DEPRESSIONE

Il paziente comincia a prendere consapevolezza delle perdite che sta subendo o sta per subire. Affronta... il piano di realtà.

Si manifesta in maniera intensa quando la malattia progredisce e il livello di sofferenza aumenta.

Questa fase viene distinta in due tipi di depressione: una reattiva e una preparatoria.

La depressione reattiva (vissuto di perdita) è connessa alla presa di coscienza di quanti aspetti della propria identità, della propria immagine corporea e a volte delle proprie relazioni sociali, sono andati persi.

La depressione preparatoria ha un aspetto anticipatorio rispetto alle perdite che si stanno per subire. In questa fase della malattia la persona non nega la sua condizione di salute.

Quanto maggiore è la sensazione dell'imminenza della morte, tanto più probabile è che la persona viva fasi di depressione.

FASE DELL'ACCETTAZIONE

Nella fase di prima diagnosi, il paziente ha potuto superare la fase di shock e rifiuto, elaborare i vissuti emotivi e arrivare a un'accettazione della nuova situazione, della propria condizione.

Nello specifico, nella fase pre terminale e terminale,

il paziente ha potuto elaborare e arrivare a un'accettazione della propria condizione e a una consapevolezza di quanto sta per accadere.

Il paziente può apparire più silenzioso, è debole, le energie si spengono lentamente. Sono frequenti momenti di profonda comunicazione con i familiari e con le persone che gli sono accanto.

È il momento dei saluti e della restituzione a chi è stato vicino al paziente.

È il momento del “testamento” e della sistemazione di quanto può essere sistemato, in cui si prende cura dei propri “oggetti” (sia in senso pratico, sia in senso psicoanalitico «gli oggetti interni»).

La fase dell'accettazione non coincide necessariamente con lo stadio terminale della malattia o con la fase pre-morte, può accadere prima.

Un importante contributo è venuto dai lavori di Elisabeth Kubler Ross sulle reazioni psicologiche del malato all'avvicinarsi della morte.

Questi lavori sono stati molto importanti per vari aspetti:

- 1) **un maggior sviluppo delle cure palliative** e la creazione degli hospice, favorendo una maggiore attenzione sui temi della qualità della vita sia durante il percorso della malattia che in fase avanzata e/o terminale;
- 2) hanno inoltre aiutato a comprendere quali **meccanismi di difesa** una persona può utilizzare dalla diagnosi alla cura, nel fine vita.

Elaborazione del lutto

perdita della salute e altre perdite... Un susseguirsi di perdite

Nell'intervento psicologico si tratta di incoraggiare l'elaborazione del lutto, cioè di questa esperienza tragica, di **questo morire in parte (paura di morire)** (generato dalla diagnosi e da certi interventi chirurgici).

Aiutare il paziente a liberarsi dai "pesi" emotivi che ingombrano la mente e il corpo per fare spazio e/o riscoprire nuove energie.

Esempi: l'importanza della comunicazione nel processo di adattamento

Una donna giovane con un figlio di 7 anni, Ca ovarico (prognosi infausta). Shock, trauma.
« se mi avessero detto che non ero a rischio di morire adesso mi avrebbe aiutata ad uscire dal mio terrore. Ho vissuto mesi con la paura di morire.»

Una persona anziana, complicanze post operatorie di chirurgia addominale.

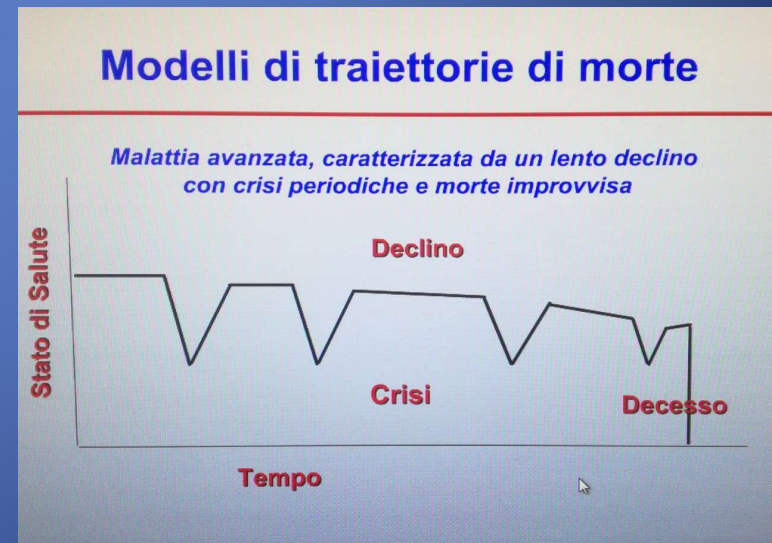
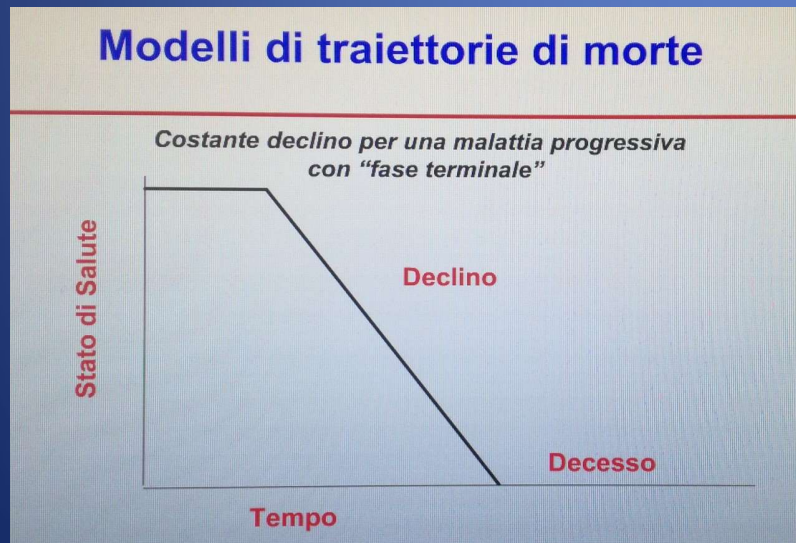
Si deprime, si chiude, non reagisce più, « si lascia andare»: la paura indicibile: «sto morendo», domanda che non aveva il coraggio di chiedere ai medici.

L'elaborazione psichica verso «l' accettazione» del fine vita richiede tempo ed è influenzato da vari fattori

Un processo oscillatorio
(modello teorico di Kubler Ross)

Ci sono diverse traiettorie verso la morte

Modelli di traiettorie verso la morte (W. Breibart, corso on line IPOS).



Modelli di intervento il modello delle cure simultanee oncologiche e palliative

Dal modello frequente in cui le cure attive «aggressive»
(l'oncologo si occupa del controllo dei sintomi e del dolore) sono separate e
ben distinte dalle cure palliative/ di supporto, terapia del dolore nel fine vita:
passaggio rapido e brusco / traumatizzante per il paziente e la sua famiglia

al

modello integrato delle cure simultanee
nel quale durante le cure oncologiche attive si può iniziare a lavorare con
l'équipe delle cure palliative che si occupa più specificamente del controllo
dei sintomi e del dolore **prima della fase terminale.**

Le fasi della risposta allo stress
FASE DI SHOCK e
ADATTAMENTO

Le ricerche del **Dr. Hans Selye** e di altri scienziati hanno chiarito la complessa fisiologia delle **tre fasi della sindrome generale di adattamento.**

Selye H., (1956) *The Stress of life*. McGraw-Hill (Paperback), New York.

Selye H., (1971) *Hormones and Resistance*. Springer-Verlag, Berlin.

IL CONTINUUM DEL DISTRESS IN ONCOLOGIA

CRISI/SHOCK

- sentimento di irrealtà
 - Vulnerabilità
 - Tristezza
- Paura, pensieri intrusivi
 - Demoralizzazione
 - Preoccupazione
 - Irritabilità
 - Sconforto
- Forti tensioni fisiche
 - Insonnia

DIFFICOLTA' NEL PROCESSO DI ADATTAMENTO

- Abbattimento del tono dell'umore marcato e prolungato
- DEMORALIZZAZIONE SECONDARIA**
ad un accumulo di eventi stressanti
 - Ansia
 - Colpa eccessiva, patologica
 - Rabbia duratura e eccessiva
 - Isolamento sociale

← REAZIONI NORMALI / DISTURBO →

DISTURBO DELL'ADATTAMENTO

Disturbo depressivo



Da uno studio condotto da **Derogatis et al. (1983)** su una popolazione di uomini e donne e con diversi tipi di neoplasia è emerso che:

- Il **25-30 %** dei pazienti alla diagnosi manifestano elevati livelli di distress (**studi sulla popolazione italiana, 30-60%, a seconda della fase della malattia. Morasso G. et al, 1996**).
- Il **47%** di questi riceve una diagnosi psichiatrica/psicologica
- Il **68%** di questi, riceve una diagnosi di Disturbo dell' Adattamento.

Prevalenza dei disturbi mentali distress in Oncologia

SINTOMATOLOGIA ANSIOSA

circa il 50% dei pz (in un contesto di screening)

L'80% dei pz **in fase terminale**

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

circa il 50% dei pazienti, 77% dei pz **in fase terminale** (depressione preparatoria)

DISTURBI DELL'ADATTAMENTO

Circa il 50% dei pz

DISTURBI COGNITIVI (delirium)

Circa l'85% dei pz dei pz **in fase terminale**

Derogatis, 1983. Massie and Holland, 1990. Razavi, 1990. Breibart and Kivo, 1998.
Kissane et al, 2004. Grassi et al, 2005.

I risultati relativi alla prevalenza dei disturbi mentali in Oncologia

Influenzati da diversi fattori:

- **Fattori correlati alla malattia;**

il tipo di cancro,
lo stadio della malattia
curabile, non curabile/trattamenti palliativi,
tipo di terapia (CT, chirurgia,.....)

LE CAUSE DEI DISTURBI DELL'ADATTAMENTO, DEPRESSIVI, ANSIOSI

- Reazione emotiva all'impatto della diagnosi
- Distress dovuto a fattori fisici/alla malattia (tipo di malattia, esempio pancreas, M+ cerebrali) e ai trattamenti e farmaci e i loro effetti collaterali.

Dolore non controllato crea ansia e depressione, mancanza di sonno,
la chemiot. e la radioterapia creano fatigue,

Possibili disturbi metabolici (esempio tachicardia),

disturbi cognitivi (calo di memoria da chemio neurotossica)

Altri esempi; tossicità neurologica del cortisone, tossicità neurologica dei
chemioterapici/dolori neuropatici

- Stress decisionale
- Disturbo mentale, fragilità psicologiche preesistenti alla malattia

I fattori di rischio per sviluppare un disturbo ... dell'adattamento, depressivo, ansioso

- Il dolore non controllato (con ideazione suicidaria, richieste di eutanasia)
 - Lo stadio avanzato, la prognosi infausta
 - Limitazioni fisiche/ invalidità/ gravi alterazioni dell'integrità del corpo/dell'immagine del corpo
 - Pre morbidity psichiatrica
 - Età
- Risorse sociali e/o familiari scarse/ l'isolamento sociale

Perché occuparsi di psicologia in Oncologia e del distress /disturbi ... mentali

Perché influenzano negativamente:

- la compliance
 - il dolore
- la qualità di vita
 - la prognosi
- costi/durata ricoveri.

McDaniel et al, 1995. Carlson & Bultz, 2004.

LO PSICONCOLOGO

(psicologo o psicologo e psicoterapeuta)
presa in carico multidisciplinare



...psicoterapia

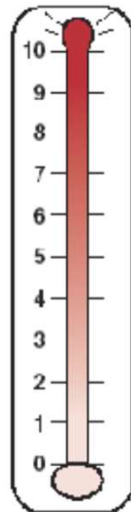
TERMOMETRO DEL DISTRESS

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

Cognome e Nome: _____ Sex **M** **F** Età _____ Diagnosi _____ Data _____

La preghiamo o di indicare con una crocetta su **SÌ** sul **NO** se qualcuna delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana oggi compreso

Istruzioni: La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di **disagio emotivo** che ha provato nell'ultima settimana oggi compreso



10 = MASSIMO DISAGIO EMOTIVO
(MASSIMO STRESS)

0 = NESSUN DISAGIO EMOTIVO
(NESSUNO STRESS)

SI NO A. PROBLEMI PRATICI:

- Problemi nella cura dei figli
- Problemi di alloggio
- Problemi economici
- Problemi scolastici/lavorativi
- Problemi di trasporto

B. PROBLEMI RELAZIONALI

- Nel rapporto con il partner
- Nel rapporto con i figli
- Nel rapporto con altri

C. PROBLEMI EMOZIONALI

- Depressione ;
- Paure
- Nervosismo
- Tristezza
- Preoccupazione
- Perdita di interessi nelle usuali attività

D. ASPETTI SPIRITUALI

- Problemi inerenti la propria fede o gli aspetti spirituali (ad es. il senso della esistenza)

Altro: specificare _____

SI NO E. PROBLEMI FISICI

- Problemi di sonno
- Dolore
- Problemi a lavarsi/vestirsi
- Nausea
- Senso di fatica e stanchezza
- Problemi a muoversi
- Problemi respiratori
- Ulcere alla bocca
- Problemi ad alimentarsi
- Difficoltà a digerire
- Stipsi
- Disturbi della minzione
- Febbre
- Secchezza della cute/prurito
- Naso chiuso o senso di secchezza
- Formicolio alle mani o ai piedi
- Senso di gonfiore
- Problemi sessuali
- Diarrea
- Problemi di memoria/concentrazione
- Problemi su come ci si vede e come si appare

QUANDO ? In quale momento dell'iter di cure? l'intervento psicologico

Ambito clinico

Pre ricovero

Ricovero (fase diagnostica, fase del trattamento Ct, chirurgia...)

Post dimissione (ambulatoriale)

Fase decisionale (interventi profilattici, Genetica)

Trattamenti oncologici, Ct , Rt, altro...

Follow up (ambulatoriale)

Fase pre terminale/terminale di malattia/fine vita (ricovero, ambulatoriale, domicilio)

Lutto dei familiari

Ambito della prevenzione, dell'educazione

Formazione

Ricerca

CANCRO E FAMIGLIA

Una malattia della famiglia

L'importanza delle relazioni familiari

in quanto non è pensabile prendersi cura di un paziente oncologico senza considerare le relazioni con le persone per lui significative.

Sappiamo bene che l'esperienza di malattia struttura e codifica le relazioni familiari incidendo sulla dinamica delle stesse.

Il cancro fa da terzo incomodo nella coppia, s'insinua nella relazione con i figli, e detta nuove regole di comportamento per tutti i componenti familiari.

Le reazioni da stress acuto e il processo di adattamento

la famiglia del paziente

“il cancro è una malattia della famiglia”

- 1- fase di shock, incredulità (sentenza di morte, vissuto di catastrofe)
- 2- confronto con la realtà, con le emozioni (oscillazione dell'umore, fra negazione e riconoscimento della realtà)
- 3- riorganizzazione; fase di coping
- 4- accettazione- integrazione (“prima, dopo “)
- 5- s’impara a convivere con il cambiamento introdotto dall’evento critico

Rischio dello stress cronico, cumulativo del paziente e dei caregivers; logora le risorse positive, l’energia vitale, crea fatica -> DEMORALIZZAZIONE → depressione

Holland J., Rowland J et al., 1979

Lazarus RS and Folkman S. Stress, appraisal and coping, Springer, 1984

Mary Burton and Maggie Watson. Counselling people with cancer. Wiley, 1998



Che cosa dire ai figli ?

I bambini, i figli adolescenti hanno il diritto di conoscere ciò che accade in famiglia.

Tenerli all'oscuro è una mancanza di fiducia nei loro confronti.

I bambini anche se molto piccoli intuiscono che qualcosa non va in famiglia.

Tacere pensando di proteggerli potrebbe indurli a sviluppare paure peggiori di quello che è la realtà e a pensare che ciò sia un argomento troppo drammatico da affrontare.

I bambini possono sentirsi isolati se non vengono informati.

Potrebbero sentirsi non abbastanza importanti, riconosciuti da essere inclusi in una "questione di famiglia".

Imparano con gli adulti ad esprimere le loro emozioni; atteggiamento migliore nelle famiglie «se ne può parlare», «si possono mostrare, esprimere le emozioni».

Possano rischiare di saperlo da altri, non significativi e senza tatto.

(esempio paziente con Ca polmone fulminante e figlia adolescente, pericolo dell'utilizzo dei gruppi whatsapp).

INTERVENTO CLINICO

prevenzione di sviluppo di
psicopatologia

Obiettivi

Intervento sulla crisi emotiva reazione post-traumatica

favorire l'elaborazione psichica del trauma e il superamento della fase traumatica

favorire l'adattamento: aiutare il paziente a riprendere la traiettoria della sua vita con consapevolezza e miglior capacità di adattamento

ripristinare nel paziente il senso di controllo sulla situazione attraverso una più chiara definizione dei vissuti e degli eventi che hanno scatenato la crisi stessa

favorire il passaggio dall'iniziale sentimento di perdita di controllo e di disorientamento al successivo ri-orientamento

aiutando il pz a riconsiderare la situazione in termini più realistici così da riprenderne il controllo e **mobilizzare le sue risorse** al fine di pianificare le strategie di coping più idonee per affrontarla.

3 fasi dell'intervento CRISI

un modello integrato psicodinamico e cognitivo-comportamentale

(Mardi J. Horowitz, Sindromi di risposta allo stress. Valutazione e trattamento, 2004)

Fasi dell'intervento: 3 primi incontri, accoglienza, valutazione, proposta terapeutica

. prestare ascolto ai vissuti del paziente

(tecnica: lasciare il tempo all'espressione, non giudicare, comprendere = l'empatia, l'ascolto empatico)

. comunicare comprensione

alla persona per quanto sta succedendo. Fornire un ascolto empatico, attivo (tecnica; rispecchiamento dei sentimenti)

. chiarire ciò da cui la persona si sente minacciata

dopo la fase di narrazione libera (libero sfogo), si aiuta la persona a chiarire la situazione percepita come minacciosa, si offre un contenimento emotivo / un contenimento della sofferenza

(tecnica: domande aperte per favorire la chiarificazione, il riepilogo, la riformulazione, il confronto. Si lavora sul conflitto o sul trauma)

fornire supporto

attraverso lo stabilirsi di una relazione significativa, il proprio modo di interagire con la persona, il fornire un riconoscimento alla persona **si offre una presenza continuativa che aiuta il pz a ricreare il senso di sicurezza**

(tecnica: fornire al soggetto una relazione contenitiva, rassicurante/comprendensiva, un oggetto anche manipolabile / disponibile quando ha bisogno. Atteggiamento tollerante per lo sviluppo dell'alleanza.

Leggittimare («normalizzare»)

Evitare le rassicurazioni, volte a minimizzare la portata dell'evento, evitare di sottolineare aspetti tranquillizzanti che la persona in questo momento non può o non vuole comprendere.

Ridare la speranza al pz che **può uscire dalla crisi, dall'angoscia.**

- affrontare un problema per volta:

spesso la persona ha la sensazione che i problemi si sovrappongono tra loro.

E' importante stabilire delle priorità in quanto non tutti i problemi necessitano di essere affrontati contemporaneamente. Scegliere un problema da affrontare per primo aiuta ad accrescere la sensazione di controllo

(tecnica: intervento più o meno direttivo (valutare il bisogno di dipendenza) :
la focalizzazione su un problema alla volta)

- lavorare su obiettivi raggiungibili
per uscire dalla crisi

. definire le strategie di coping, cognitive e comportamentali che possono essere utilizzate per superare la crisi; aiutare il pz a trovare le strategie individuate dalla persona stessa attraverso il riconoscimento sia delle difficoltà sia delle risorse disponibili personali ed esterne

Altra tecnica possibile per la riduzione dello stress e il contenimento della sofferenza:

fornire interpretazioni sotto forma di ipotesi che il pz può accettare o rifiutare es; quando le difese sono primitive (proiezioni, negazioni), «mi sembra che...»

CONCLUSIONE

dal dolore indicibile alle parole per dirlo...

Uscire dal senso di colpa, decolpevolizzare

- permette di liberare nuove energie, di liberare le tensioni
- aiuta il paziente a mettere in parole un **dolore inizialmente indicibile** (il pianto di dolore per la perdita, la rabbia / dolore per le ferite affettive del passato, per la mancanza d'amore subito nell'infanzia).

dal supporto alla psicoterapia...

Aiutiamo il paziente a guarire le sue ferite affettive.

Dal sostegno alla psicoterapia

Il percorso psicoterapeutico
va **dal contesto evocativo
della malattia
alla esplorazione dell'affettività
profonda
e dei conflitti personali.**

Emergono i conflitti psichici,
emotivi e relazionali.



Ogni sintomo corporeo offre l'opportunità di guardarci in profondità.

La psicoterapia serve non solo ad elaborare gli intrecci dinamici emotivi e affettivi
ma serve anche
per stimolare un'attivazione delle risorse personali.
La tecnica mira a promuovere le potenzialità maturative della persona.