

Psiconcologia e psicologia clinica

Percorsi psicologici

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

Interventi psicologici in ospedale

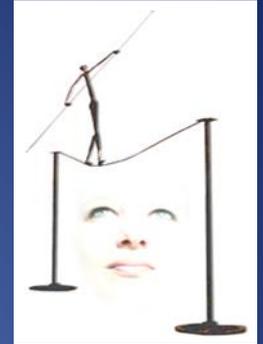
Florence Didier

Psicologa, psicoterapeuta

Divisione di Psiconcologia

ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA

- **Definizioni, storia**
- **Gli interventi psicologici**



Brevi (giorni, settimane)

- 1- **la consulenza psicologica, la valutazione psicosociale/ l'assessment (da 1 a 3 incontri)**
- 2- **il supporto psicologico: l'intervento sulla crisi emotiva (da 3-6 incontri)**

Continuativi (... mesi, anni)

- 3- **il supporto psicologico; sostegno delle capacità di coping e adattamento durante le cure**
- 4- **La psicoterapia**

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



Definizioni

L'obiettivo della Psiconcologia riguarda la presa in carico di tutte le dimensioni del paziente e della sua famiglia: fisico/biologico, emozionale, comportamentale, interpersonale e spirituale* (cure palliative, fase terminale e fine vita).

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

FAMIGLIA: il cancro, «una faccenda della famiglia», «una malattia della famiglia» perché riguarda e coinvolge tutta la famiglia. Quando si ammala una persona, si ammala la sua famiglia.

ISTITUZIONE: il lavoro quotidiano nei reparti con l'équipe in ospedale è un asse importante del lavoro dello psicologo.

Lo psicologo clinico pone un'attenzione all'équipe curante, agli aspetti emozionali e relazionali dell'équipe che interagisce, comunica con il paziente e la sua famiglia. Si prende cura dell'équipe e fa formazione agli operatori (l'équipe che cura e si prende cura di sé).

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

-> il paziente proietta sull'équipe medica/infermieristica desideri, aspettative, bisogni, (affetto/attaccamento, aggressività, opposizione, rifiuto), fantasie cosce e inconscie

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

LO PSICONCOLOGO

(psicologo o psicologo e psicoterapeuta)
presa in carico multidisciplinare



...psicoterapia

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.

FINE ANNI 70, INIZIO ANNI 80

**PRIME PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE DELL'AREA PSICONCOLOGICA
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
- QUINDI: è considerato importante 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).

1-

L' INTERVENTO PSICOLOGICO CLINICO

LA PRIMA FASE

Valutazione psicosociale assessment psiconcologico

L'analisi della domanda

Negli Stati Uniti: il **National Comprehensive Cancer Network (NCCN www.ncc.org)** fondato nel 1997 ha avuto lo scopo di creare le linee guida, che includono l'integrazione delle cure psicosociali.

Linee guida
per la valutazione e il trattamento del distress.

TERMOMETRO DEL DISTRESS

(consegnato dall'infermiere, pre ricovero, ricovero, DH, RT)

NCCN®

Practice Guidelines
In Oncology – v.1.2007

Distress Management



IEO

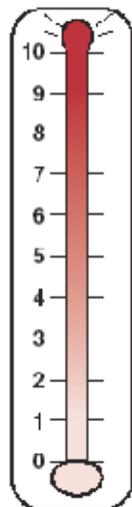
Istituto Europeo di Oncologia

Unità di Psico-Oncologia

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)

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

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)**

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

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)

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

Altro: specificare _____

LA CONSULENZA, VALUTAZIONE PSICOSOCIALE ASSESSMENT

analisi della domanda

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 (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 (/ malattia, trattamenti, équipe)

IL CONCETTO DI CRISI

L'intervento psicologico in oncologia
implica il riferimento ad alcuni concetti psicologici (SIPO):

Il concetto di CRISI

Il concetto di STRESS

Il concetto di strategie di ADATTAMENTO/stili di COPING

(Modello biologico, psicofisiologico di Selye H. stress acuto, cronico, sindrome di adattamento)

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 concetto di TRAUMA

L'evento cancro come evento traumatico.

L'impotenza (il trauma) paralizza la mente.

I VISSUTI DEI PAZIENTI



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

approccio integrato: psicoanalitico, psicosomatico/PNEI psico neuro endocrino immunologico/cognitivo-comportamentale, sistemico-relazionale.

Importanza data a:

il contenuto manifesto, esplicito, il contenuto latente, implicito
gli aspetti relazionali transferali, controtransferali

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

l'importanza data al conflitto interno (desideri, divieti, piacere/dovere, desideri propri/ desideri degli altri «come gli altri mi vogliono, come penso che gli altri mi vogliono»).

Il «vero Sé», WINNICOTT.

Il colloquio psicologico diventa uno spazio di libertà, liberatorio, un spazio tutto suo.
Ripristinare **un'area di gioco**, dove due persone giocano insieme.

I VISSUTI INIZIALI DEI PAZIENTI alla diagnosi



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 irreale, 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”.

«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».

« 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 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 sempre associato **all'incertezza della guarigione**
/ **sindrome della Spada di Damoclé.**

Altre definizioni Psicotraumatologia, psicologia dell'emergenza

“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 (riduzione dei contatti)
- 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)

Le fasi della risposta allo stress
FASE DI SHOCK e
ADATTAMENTO

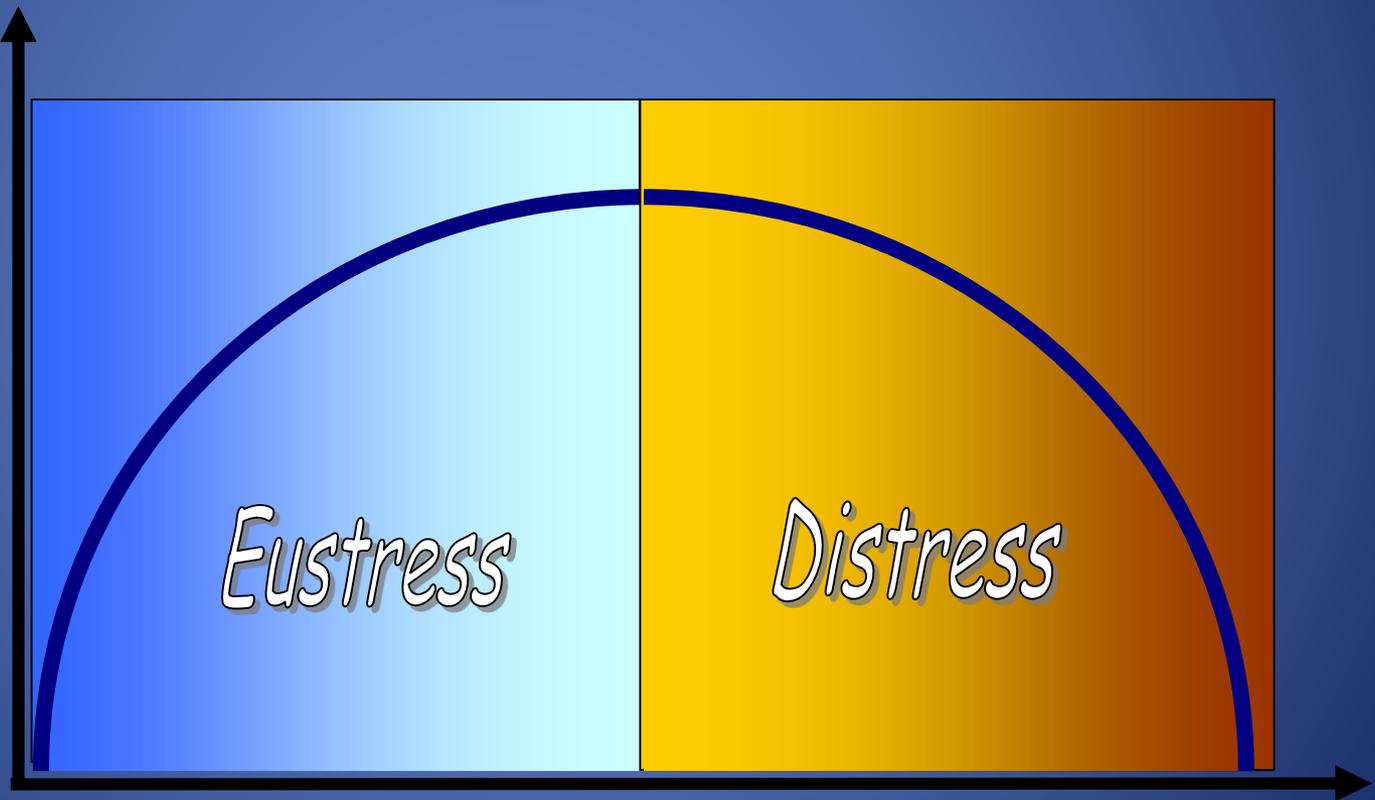
Le ricerche del **Dr. Hans Selye** e di altri scienziati hanno chiarito la complessa fisiologia delle **tre fasi della sindrome generale di adattamento.**

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

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

Curva della prestazione sotto stress

Qualità / efficacia
della prestazione



Intensità e
durata
dello stress

FASI DI REAZIONE ALLA CRISI (Kubler-Ross, 1969)

Fase di negazione/ di 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? 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 corrisponde a un momento in cui l'io si rifornisce di energia (fase depressiva).

Rischio di auto colpevolizzazione (alla ricerca di un senso);

di tipo depressiva o di recupero narcisistico (= meccanismo riparatore antidepressivo).

Fase della contrattazione o del patteggiamento (ADATTAMENTO):

la persona comincia a verificare cosa può fare e in quali progetti può investire **la speranza di vivere (che deve superare la paura di morire*)**, cominciando una specie di negoziato che, a seconda dei valori personali, si può instaurare con parenti e amici, o con figure religiose.

“Se accetto la chemioterapia, crede che potrò...”, “Se guarisco, poi farò...”.

La persona riprende il controllo della sua vita e cerca di riparare il riparabile.
Esce dal sentimento di impotenza.

Interventi psicologici/psicoterapia (uscire dalla nevrosipreesistente)

la paura di morire* da interpretare come **una paura di vivere**..... (Alexander Lowen, 1980)

la nevrosi come paura della vita, è proprio questo che è: il nevrotico ha paura di aprire il proprio cuore all'amore, paura di scoprirsi o di farsi valere, paura di essere pienamente se stesso.

«il miglior antidoto alla paura di morire è vivere»

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 è conseguente alla presa di coscienza di quanti aspetti della propria identità, della propria immagine corporea, del proprio potere decisionale e 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 può più negare la sua condizione di salute, e incomincia a prendere coscienza che la ribellione non è possibile, per cui la negazione e la rabbia vengono sostituite da un forte senso di sconfitta. *Quanto maggiore è la sensazione dell'imminenza della morte, tanto più probabile è che la persona viva fasi di depressione.*

Fase dell'accettazione

quando il paziente ha avuto modo di elaborare quanto sta succedendo intorno a lui, arriva a un'accettazione della propria condizione e a una consapevolezza di quanto sta per accadere;

durante questa fase possono sempre e comunque essere presenti livelli di rabbia e depressione, che però sono di intensità moderata.

Nello specifico, nella fase pre terminale e terminale, il paziente tende a essere silenzioso e a raccogliersi, inoltre 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.

Sono momenti in cui i pazienti possono comunque sperimentare diniego, ribellione o depressione in un processo oscillatorio di elaborazione psichica.

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) (a livello clinico) Elisabeth Kubler Ross ha 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** (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 il mio rischio di morire non era a breve ma a lungo termine mi avrebbe aiutata ad uscire dal mio terrore. Ho vissuto mesi con la paura di morire.»

Una persona anziana, complicanze post operatorie di chi. addominale.

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

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.**

IL CONTINUUM DEL DISTRESS IN ONCOLOGIA

in qualsiasi fase della malattia

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.

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

Quali strumenti per la valutazione ?

MINI-MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER SCALE

valutazione dell' adattamento

1. Per ora vivo alla giornata0 0 0 0
2. Vedo questa malattia come una sfida.....0 0 0 0
- 3 Mi sono messo/a nelle mani di Dio.....0 0 0 0
4. Ho voglia di lasciar perdere tutto0 0 0 0
5. Mi sento molto arrabbiato/a per quello che mi è capitato.....0 0 0 0
6. Mi sento completamente perduto/a su cosa fare0 0 0 0
7. Provo sensazioni terribili.....0 0 0 0
8. Tengo conto di ciò che ho di buono0 0 0 0
9. Ho paura che il tumore ricompaia o si aggravi0 0 0 0
- 10.Tento di combattere la mia malattia0 0 0 0
- 11.Quando mi vengono in mente pensieri che riguardano
il tumore cerco di distrarmi.....0 0 0 0
- 12.Non riesco a controllare la situazione.....0 0 0 0
- 13.Sono molto preoccupato/a.....0 0 0 0
- 14.Non ho molta speranza per il futuro.....0 0 0 0
- 15.Sento che non c'è nulla che io possa fare per aiutarmi0 0 0 0
- 16.Mi pare che il mondo mi stia crollando addosso.....0 0 0 0

17. Il non pensarci mi aiuta a reagire..... 0 0 0 0
18. Sono molto ottimista..... 0 0 0 0
19. Mi sento che ogni giorno che resta è regalato..... 0 0 0 0
20. Sento che la vita è senza speranza..... 0 0 0 0
21. Non riesco a far fronte alla situazione 0 0 0 0
22. Sono sconvolto da questa malattia..... 0 0 0 0
23. Sono determinato/a a sconfiggere il tumore..... 0 0 0 0
24. Da quando mi è stata diagnosticato il cancro,
ho capito quanto sia preziosa la vita e cerco di approfittarne..... 0 0 0 0
25. Mi è difficile credere che questo sia capitato a me 0 0 0 0
26. Mi sforzo di non pensare a questa malattia..... 0 0 0 0
27. Scaccio volutamente i pensieri riguardanti il tumore..... 0 0 0 0
28. Mi sento molto in ansia per questa malattia..... 0 0 0 0
29. Sono spaventato/a..... 0 0 0 0

Scoring

Scoring Inglese

Fighting Spirit = 2 + 10 + 18 + 23.

Hopeless/helplessness = 4 + 6 + 12 + 14 + 15 + 16 + 20 + 21.

Fatalism = 1 + 3 + 8 + 19 + 24.

Anxious Preoccupation = 5 + 7 + 9 + 13 + 22 + 25 + 28 + 29.

Avoidance = 11 + 17 + 26 + 27.

Scoring Italiano (dopo analisi fattoriale)

Fighting Spirit = 2 + 10 + 18 + 23 + 24

Hopeless/helplessness = 4 + 6 + 7 + 12 + 14 + 15 + 16 + 20 + 21

Fatalism = 1 + 3 + 8 + 19

Anxious Preoccupation = 5 + 9 + 13 + 22 + 25 + 28 + 29.

Avoidance = 11 + 17 + 26 + 27.

ADATTAMENTO- ADJUSTMENT TO CANCER

«locus of control» interno, esterno

Rotter J.B., (1954, 1966) psicologo statunitense

la capacità di controllo personale degli eventi per cui la convinzione di essere in grado di controllare la situazione, la malattia, è associata ad un buon adattamento psicologico.

Gli stili di coping verso la malattia oncologica

Spirito combattivo

Hopelessness/helplessness/disperazione

Accettazione storica/atteggiamento fatalistico

Preoccupazione ansiosa

Negazione/evitamento

M. WATSON, S. GREER, C. BURGESS

Da Burgess e coll, 1988

Hopelessness Helplessness

Elevati livelli di ansia e di depressione
Assenza di strategie cognitive
Numerose risposte comportamentali
Convinzione di «controllo esterno» sulla malattia

Spirito combattivo

Moderati livelli di ansia e di depressione
Presenza di numerose strategie cognitive
Convinzione di «controllo interno» sulla malattia

Accettazione stoica

Bassi livelli di ansia e di depressione
Strategie cognitive numerose
Attitudine fatalistica
Convinzione di «controllo esterno» sulla malattia

Negazione/evitamento

Assenza di ansia e di depressione
Assenza di strategie cognitive
Convinzione di «controllo esterno e interno» sulla malattia

Nel corso dell'ultima settimana:

1. Pensa che la sua voglia di parlare con gli altri sia diminuita?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

2. Si è sentita/o tranquilla/o?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

3. Ha avuto momenti di ansia, di tensione interna?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

4. Si è sentita/o stanca/o, senza energia?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

5. Si è sentita/o più sola/o?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

6. Si è sentita/o meglio?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

7. Ha avuto momenti di sconforto o depressione?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

8. Pensa che la sua malattia possa averle creato problemi di immagine fisica che prima non c'erano?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

9. Si è sentita/o senza valore?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

10. Si è sentita/o senza volontà?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

11. L'interesse per il mondo che la circonda è diminuito?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

12. Le è sembrato che il suo desiderio sessuale sia diminuito?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

13. La sua malattia ha influenzato negativamente le sue relazioni con gli altri?

- per nulla.....
 poco.....
 abbastanza.....
 molto.....
 moltissimo.....

Strumenti di valutazione del distress

Psychological distress inventory
 PDI, G. Morasso

umore
 ansia
 immagine di sé
 autostima
sessualità

2-

L'INTERVENTO PSICOLOGICO CLINICO

prevenzione di sviluppo di psicopatologia

l'intervento sulla crisi emotiva

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 psicomotorio 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 (empatia, exotopia, l'ascolto attivo, empatico)

. comunicare comprensione

alla persona per quanto sta succedendo. Fornire un **ascolto attivo non giudicante** (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**»* (*nei reparti), disponibile **quando ha bisogno**. Atteggiamento tollerante per lo sviluppo dell'alleanza.)

Legittimare («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.



L'approccio psicosomatico ci insegna che:
ogni sintomo corporeo offre l'opportunità di guardarci in profondità.

L'inconscio parla attraverso il corpo.
Il corpo accoglie ciò che la mente vorrebbe rifiutare.
Resnik: il corpo è il luogo più lontano delle nostre proiezioni.

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.

Quando l'evento-cancro non è sempre la principale causa della sofferenza:

ogni persona porta con sé quanto ha avuto dalla vita e in molte persone che incontriamo nel nostro lavoro, c'è l'esigenza di guardare e di guarire una ferita invisibile che era preesistente alla malattia.

Alcune persone non sono nemmeno consapevoli di questa ferita invisibile e si sforzavano da anni inconsapevolmente, per trovare un equilibrio nella vita.

Ma come sempre, come lo indicano molte narrazioni di pazienti quando non vogliamo ascoltare le nostre emozioni,

perché sarebbe vissuto troppo dolorosamente, perché ci si sente in colpa di provare rabbia per i genitori ad esempio,

perché bisogna essere bravi, gentili e cordiali, normali etc etc

IL CORPO SI METTE A PARLARE.

CONCLUSIONE

La psicoterapia viene intesa come una ricerca di senso all'interno di una relazione terapeutica.

Se per il paziente

Il punto di partenza è il cancro , la ricerca di un senso, dell'origine della malattia nella propria storia presente e/o passata.

Per il terapeuta

è più importante permettere **l'espressione della sofferenza** personale e **comprendere il significato di questa sofferenza**

piuttosto che il fare un collegamento e una spiegazione causa-effetto fra emozioni, conflitti e cancro.

Bibliografia, referenze

Manuale pratico di Psico-oncologia

Luigi Grassi, Massimo Biondi, Anna Costantini.

© 2003 Il Pensiero Scientifico Editore. Seconda ristampa 2009

www.ipos-society.org

(for professionals; multilingual core curriculum in Psycho-Oncology)

www.apos-society.org

www.sipo.it

Trauma e psicopatologia, a cura di Vincenzo Caretti, Giuseppe Craparo. Ed Astrolabio, 2008.

Sindromi di risposta allo stress, valutazione e trattamento. Mardi J. Horowitz. Raffaello Cortina Editore, 2004.

Elisabeth Kübler-Ross

La morte e il morire, Assisi, Cittadella, 1976 (edizione originale 1969). 17^a ed.: 2015

Impara a vivere impara a morire. Riflessioni sul senso della vita e sull'importanza della morte, Gruppo Editoriale Armenia S.p.A., 2001 (edizione originale 1995).

“Cancro: una faccenda di famiglia”

by Lea Baider PhD

Translators: Paolo Gritti MD and Rossana De Feudis PhD

“Lutto, Cordoglio e Perdita”

by David Kissane MD

Translators: Marina Bertolotti, Patrizia Buda and Gabriella Morasso

“Le cure palliative per lo Psiconcologo”

by William Breitbart MD

Translators: Luigi Grassi MD and Anna Costantini PhD

“Implicazioni Etiche in Psico-Oncologia”

by Antonella Surbone MD, PhD, FACP

Translators: Salvatore Palazzo MD, Eleonora Capovilla PhD and Antonietta Annunziata PhD

“Interventi psicosociali: Evidenze e metodi per il supporto dei malati di cancro”

by Maggie Watson PhD & Barry Bultz PhD

Translators: Luigi Valera, Eleonora Capovilla and Chiara Da Ronch

“Abilità comunicative ed interpersonali nella cura del cancro”

by Walter F. Baile MD

Translators: Dr.ssa Maria Antonietta Annunziata, Dr. Marco Bellani and Dr.ssa Anna Costantini

“Disturbi di Ansia e di Adattamento nei pazienti neoplastici”

by Katalin Muszbek MD

Translators: Prof. Paolo Gritti and Prof. Riccardo Torta

“Gestione del disagio emotivo nel cancro: Standards e Linee guida per la pratica clinica”

by Jimmie C. Holland MD

Translators: Dr.ssa Gabriella Morasso and Prof. Luigi Grassi

“Depressione e disturbi depressivi nei pazienti con cancro”

by Luigi Grassi MD and Yosuke Uchitomi MD, PhD

Translator: Prof. Luigi Grassi

“La valutazione psicosociale dei pazienti oncologici”

by Uwe Koch MD, PhD and Anja Mehnert PhD

Translators: Dr.ssa Eleonora Capovilla, Dr.ssa Anita Caruso, Dr. Walter Orrù and Dr.ssa Lucia Toscano

GRAZIE !

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».

Possono 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).