



**SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTALE
SEDE PALERMO**

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

**CURE PALLIATIVE: L'INTERVENTO PSICOLOGICO NEL PAZIENTE ONCOLOGICO
IN FASE AVANZATA DELLA MALATTIA
UNA REVIEW NARRATIVA**

Dott.ssa Caterina Passanante

ANNO 2025

ABSTRACT. La fase avanzata della malattia oncologica per il paziente e la sua famiglia è un momento di grande vulnerabilità sia da un punto di vista fisico che emotivo. Il cancro rappresenta una delle minacce più traumatiche e stressanti con il quale confrontarsi (interfacciarsi); infatti secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2020, sono stati rilevati circa 10 milioni di decessi e in particolare in Italia sono stati diagnosticati all'incirca 377.000 nuovi casi. Pertanto diviene sempre più necessario intervenire in maniera tempestiva in un paziente affetto da una neoplasia o da una patologia cronica ed evolutiva che non risponde più alle cure attive, non trattandosi solo di dolore fisico, ma anche di dolore psicologico, sociale ed esistenziale, acquisiscono un ruolo di grande importanza le cure palliative. In tale contesto, tra i vari professionisti presenti nell'equipe multidisciplinare di assistenza domiciliare, la figura dello psicologo ricopre un tassello essenziale nel supporto alla qualità di vita (QoL) del paziente e nell'affrontare la Sofferenza Totale (Total Pain). Questa review narrativa analizza l'applicabilità e gli adattamenti degli strumenti della Psicoterapia Cognitivo Comportamentale (CBT) e dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), entrambi approcci *evidence-based* – nel sostenere la QdV e mitigare il *distress* del paziente in fase avanzata, analizzandone l'efficacia e la potenziale sinergia clinica. L'intervento mira a garantire, tramite strategie concrete supportate dall'evidenza, il mantenimento dell'autonomia decisionale, della dignità e del senso di completezza esistenziale del paziente oncologico.

INTRODUZIONE

La diagnosi di una malattia oncologica in fase avanzata segna un momento di profonda trasformazione, sia per il paziente che per la sua famiglia. Non si tratta solo di un evento clinico, ma di una vera e propria frattura nella storia di vita: la continuità della propria esistenza viene interrotta bruscamente, aprendo la strada a un nuovo orizzonte in cui la speranza di guarigione si affievolisce, lasciando spazio a bisogni diversi, più focalizzati sul sollievo, sulla dignità e sulla qualità del tempo che resta. È proprio in questo frangente che il percorso di cura cambia direzione: l'obiettivo non è più quello di prolungare la vita a tutti i costi, ma di garantire al paziente il miglior livello possibile di benessere fisico, psicologico ed esistenziale. Le cure palliative, come sottolinea l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), rispondono a questo nuovo scenario con un approccio globale alla sofferenza. Non si limitano a gestire il dolore fisico, ma abbracciano anche le dimensioni psicologiche, relazionali, sociali e spirituali che caratterizzano l'esperienza umana del fine vita.

La sofferenza in questa fase è così complessa da richiedere una visione multidisciplinare, in cui medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altre figure professionali lavorano insieme e in maniera costante, con un obiettivo comune, ovvero quello di proteggere la qualità della vita e sostenere il paziente nella sua vulnerabilità. Molti pazienti esprimono infatti il desiderio di trascorrere l'ultima parte della loro vita nel proprio ambiente domestico, un luogo carico di ricordi e significati personali, in cui la famiglia assume un ruolo centrale, fungendo da caregiver e da testimoni di trasformazioni fisiche e psicologiche profonde. Inoltre, il rientro al domicilio viene spesso percepito come un atto di autonomia, un modo per preservare la dimensione più intima della quotidianità e per ricostruire, seppur in parte, un senso di normalità. Tuttavia, questo ritorno porta con sé sfide importanti: la casa, da luogo di vita, si trasforma inevitabilmente anche in luogo di cura, diventando il teatro in cui si manifestano i sintomi, le crisi, i dubbi e le angosce legate al progredire della malattia.

L'intervento dello psicologo, infatti, non ha l'obiettivo di "curare" la malattia o di modificare un destino inevitabile, ma di sostenere il paziente nella gestione dei vissuti emotivi, nel mantenimento della dignità, nell'elaborazione delle paure e nella ricostruzione di un senso, anche nel tempo limitato che resta. Lavorando sul presente e sulla modulazione dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti, la CBT consente di attuare interventi brevi, focalizzati, concreti e facilmente integrabili nella quotidianità del paziente.

La presente review narrativa nasce proprio dall'esigenza di approfondire il ruolo della CBT e dell'ACT nelle cure palliative oncologiche analizzando come questo modello terapeutico possa essere adattato al particolare contesto del fine vita e integrato efficacemente all'interno dell'équipe di cura. In un panorama clinico in cui ogni intervento deve essere calibrato con sensibilità, rispetto e

consapevolezza delle fragilità del paziente e della sua famiglia, comprendere come la CBT possa contribuire a preservare la dignità, l'autonomia decisionale e la continuità narrativa del paziente rappresenta un passo fondamentale per migliorare la qualità delle cure.

1. DEFINIZIONE DI CURE PALLIATIVE

La parola *palliativo* ha origine dal latino *pallium*, termine che indicava sia il mantello usato per proteggersi dal freddo, sia il sudario destinato a coprire i defunti. Questa doppia valenza simbolica riflette bene il significato del concetto: da una parte rappresenta la tutela e l'attenzione verso la persona malata, dall'altra richiama il momento finale della vita.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), milioni di individui nel mondo convivono con malattie croniche e degenerative che, nelle fasi conclusive, possono provocare sofferenze molto intense. Per questo le cure palliative rivestono un ruolo essenziale nel garantire sollievo e dignità.

Il loro approccio si fonda su un cambiamento di prospettiva: non più soltanto “curare” la malattia (*to cure*), ma soprattutto “prendersi cura” della persona (*to care*). Questa visione si articola intorno a sette principi fondamentali, ovvero:

- principio di beneficiabilità, indica ciò che è bene per il paziente;
- principio di non maleficialità: evitare di infliggere ulteriore danno o sofferenza.
- principio di autodeterminazione, ovvero rispettare la propria volontà;
- principio di appropriatezza, ovvero garantire che gli interventi siano adeguati e non sproporzionati rispetto agli obiettivi di cura.
- principio di sussidiarietà: fornire supporto dove è più necessario, spesso a livello domiciliare, valorizzando le risorse del paziente e della famiglia
- principio di giustizia distributiva: garantire l'accesso equo alle cure palliative per tutti coloro che ne hanno bisogno.
- Principio di Globalità/Olistica: affronta tutti gli aspetti della persona: fisico, psicologico, sociale, spirituale (l'approccio del *Total Pain*).

Le cure palliative possono essere erogate in diversi contesti e con modalità differenti: in ospedale come consulenza, sul territorio attraverso l'assistenza domiciliare, in hospice e nelle RSA.

Esse si articolano in tre livelli: cure palliative di base, specialistiche e pediatriche e/o dedicate a patologie neurodegenerative.

Le cure palliative di primo livello sono rivolte a pazienti che stanno ancora seguendo terapie attive e che possono andare incontro a interventi impegnativi. Hanno l'obiettivo di garantire un adeguato

controllo dei sintomi, una comunicazione efficace tra équipe curante, famiglia e paziente, e una corretta gestione del dolore in parallelo ai trattamenti in corso.

Le cure palliative di secondo livello sono fornite da professionisti con una formazione specifica in questo ambito e vengono erogate negli hospice o attraverso servizi di cure palliative domiciliari. Sono gestite da un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare composta da medici, psicologi, infermieri e assistenti sociali. Questo livello è destinato a pazienti con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base non risultano sufficienti.

Il terzo livello riguarda gli interventi palliativi in ambito pediatrico e nelle malattie neurodegenerative. In questi casi, il supporto palliativo accompagna il paziente e la famiglia fin dalla diagnosi, assicurando un controllo efficace del dolore anche durante le terapie e offrendo un sostegno psicologico e spirituale continuo.

Le cure palliative si fondano sul principio che il morire rappresenti un processo naturale della vita. Pur migliorando il decorso della malattia, possono essere integrate fin dal suo esordio insieme alle terapie attive. Offrono sostegno per vivere nel modo più attivo e dignitoso possibile e accompagnano i familiari anche nella fase del lutto.

L'approccio adottato è di tipo olistico, considerando il paziente nella sua globalità e nel contesto delle sue relazioni

1.1 La fase terminale e il dolore totale (TOTAL PAIN)

Il concetto di *terminalità* indica una prognosi di vita limitata nel tempo e si basa su diversi criteri:

- Criteri terapeutici: quando le terapie eziologiche specifiche (es. chemioterapia, radioterapia) non risultano più efficaci o risultano sproporzionate rispetto al beneficio atteso, l'obiettivo primario della cura si sposta sulla gestione del sintomo e sulla qualità della vita.
- Criteri sintomatici: sono presenti sintomi gravi o difficili da controllare.
- Criteri evolutivi/temporali: la sopravvivenza stimata è significativamente ridotta.

Si definisce *malato in fase terminale* una persona con una patologia cronica evolutiva in fase avanzata, per la quale non sono più disponibili terapie efficaci o per la quale gli interventi terapeutici risulterebbero sproporzionati rispetto al possibile beneficio, sia in termini di stabilizzazione della malattia sia di prolungamento della vita.

Quando viene comunicata una prognosi infausta e l'inutilità delle terapie attive, la percezione della vita può risultare svuotata di significato.

In questa fase, i pazienti si trovano ad affrontare una profonda sofferenza psicologica, caratterizzata da un'intensificazione delle difficoltà, dei problemi e delle angosce. Inoltre, la speranza di una possibile guarigione si dissolve, lasciando spazio a una realtà in cui la speranza stessa sembra svanire.

Da qui, la necessità di affrontare il dolore totale (TOTAL PAIN), un concetto che fu introdotto da Cicely Saunders (1967) in cui afferma che è un costrutto multidimensionale che ingloba la sofferenza fisica, ma anche le componenti psicologiche (ansia, depressione), sociali (isolamento, perdita di ruolo) ed esistenziali (paura della morte, perdita di senso).

2. DISTRESS PSICOLOGICO NEI PAZIENTI ONCOLOGICI IN FASE AVANZATA

La fase terminale del cancro è caratterizzata da una profonda sofferenza psico-esistenziale. Secondo Paley et al. (2023), questo distress non è un singolo sintomo, ma una condizione multidimensionale che abbraccia aspetti cognitivi, relazionali e spirituali.

L'alta incidenza di distress psicologico in questa popolazione sottolinea l'urgenza di interventi psicoterapeutici basati sull'evidenza (Massie, 2004).

Nelle fasi avanzate di malattia, l'obiettivo non è più la guarigione, ma una cura che si concentra sui bisogni fisici, emotivi e spirituali del paziente.

2.1 Le reazioni psicologiche del paziente in fase avanzata

Nelle fasi avanzate di malattia, l'obiettivo non è più la guarigione, ma una cura che si concentra sui bisogni fisici, emotivi e spirituali del paziente.

Uno tra i primi autori a studiare le modalità con cui l'individuo affronta la fase terminale della vita, fu Elizabeth Kübler-Ross, che descrisse un modello composto da cinque fasi:

- shock e negazione: (“E impossibile, non può essere vero, si sono sbagliati”);
- rabbia: (“Non mi hanno curato come avrebbero dovuto, hanno sbagliato tutto”);
- trattativa e patteggiamento: (“Se anche questa volta ce la faccio, cambierò vita”);
- depressione;
- rassegnazione e accettazione dell'inevitabile.

La comprensione di questo processo di reazione alle fasi avanzate e terminali della malattia, secondo il suo modello a cinque fasi, rimane un riferimento importante sul piano concettuale.

Secondo alcuni dati epidemiologici, la prevalenza di ansia e depressione raggiunge rispettivamente il 47% e il 54% nei pazienti con cancro avanzato, con un *distress* globale severo che coinvolge fino al 60% dei casi (Alosaimi et al., 2023).

Un altro studio prospettico condotto da Sewtz et al. (2023) ha rilevato che quasi l'80% dei pazienti oncologici in cure palliative sperimenta un carico sintomatologico clinicamente significativo. L'analisi longitudinale è particolarmente critica: sebbene i sintomi di ansia e depressione tendano a

stabilizzarsi durante il ricovero in unità di Cure Palliative (PCU), si osserva un significativo peggioramento dopo la dimissione, in particolare nei pazienti più anziani e con stato funzionale inferiore. Questi risultati confermano che i livelli di distress non sono statici, ma aumentano progressivamente nell'ultimo periodo di vita, specialmente nel passaggio alle cure domiciliari (Sewtz et al., 2023), sottolineando così la necessità di un supporto psicologico più robusto. Inoltre, la percezione della mancanza di speranza è stata identificata come uno dei fattori predittivi più forti di *distress* in questa popolazione (Yang et al., 2023).

2.2 I bisogni del paziente in fase avanzata

In contesti di malattia in fase avanzata, in cui l'obiettivo terapeutico non contempla la guarigione (in termini di *cura disease-modifying*), l'intervento assistenziale si focalizza sulla gestione multidimensionale dei bisogni del paziente. È imperativo che l'approccio ai domini fisico, emozionale e spirituale sia strutturato per consentire una riconfigurazione adattiva del costrutto di speranza.

2.2.1 Implicazioni Cliniche e Psicosociali

Dati empirici evidenziano che l'accompagnamento del paziente nell'elaborazione delle angosce esistenziali, la promozione di un senso di quiete interiore e la riscoperta del significato esistenziale costituiscono bisogni primari in questa popolazione.

Ciò impone, oltre all'ottimizzazione del controllo sintomatologico di natura somatica, l'adozione di un modello assistenziale *person-centered*. Tale modello deve integrare la validazione del senso di presenza e dell'identità esistenziale del soggetto, facilitando l'esplorazione e l'elaborazione di affetti non risolti (e.g., il senso di colpa, il rimorso e il rimpianto).

2.2.2 La Speranza come Variabile Complessa

La speranza è concettualizzata come una variabile eterogenea, influenzata sinergicamente da eventi della realtà contingente e da determinanti intrapsichiche e trascendentali (la dimensione della fede). Nel *setting* palliativo, è dimostrato che molteplici fattori estrinseci agiscono come elementi di rinforzo della speranza. Tra questi, si annoverano la percezione di essere oggetto di affetto, il riconoscimento della propria rilevanza interpersonale e l'esperienza di sostegno sociale (non solitudine).

3. PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

La relazione con il paziente terminale deve essere gestita in aderenza ai **bisogni fondamentali e universali dell'essere umano, secondo una gerarchia che include:**

- Bisogno di Sicurezza;
- Bisogno di Appartenenza;
- Bisogno di Autostima;
- Bisogno di Autorealizzazione.

Questi aspetti rappresentano prerequisiti ontologici essenziali che devono essere attivamente considerati e rispettati nel piano di cura.

3.1 Il concetto di Dignità

Il termine dignità è caratterizzato da una notevole polisemia concettuale e può sottendere posizioni etiche e morali nettamente divergenti.

Da un lato, la dignità è invocata per sostenere il rispetto incondizionato della persona e della vita in ogni sua fase; dall'altro, il concetto è spesso interpretato come il diritto a una morte dignitosa, che viene talvolta elevato a sinonimo di autodeterminazione finale. Nonostante queste divergenze, l'obiettivo centrale delle Cure Palliative (CP) rimane la preservazione della dignità intrinseca del paziente. Ciò viene ottenuto prioritariamente attraverso il controllo efficace dei sintomi (fisici e psicologici). Tuttavia, le cure di fine vita non si esauriscono nelle procedure mediche o nelle problematiche etico-deontologiche. Esse toccano il senso ultimo del morire e la necessità di tutelare la dignità della persona nella sua totalità durante l'intero processo terminale.

3.2 il Ruolo dello Psicologo nelle Cure Palliative

La figura dello psicologo riveste un ruolo strategico ineludibile all'interno dell'équipe multiprofessionale di Cure Palliative (CP), fornendo un contributo di primaria importanza sia a sostegno del personale clinico che del paziente e dei suoi familiari. Il suo ruolo è quello di facilitatore dei processi di *coping* e dell'elaborazione del lutto anticipatorio (esteso sia al paziente sia ai *caregiver*), salvaguardando il senso di continuità narrativa e l'autonomia decisionale del soggetto e promozione alla dignità. Tra i vari compiti dello psicologo, vi sono:

- **Valutazione Psicodiagnostica:** Lo psicologo è responsabile dell'esecuzione di uno screening iniziale strutturato degli aspetti psico-emotivi e della rilevazione dei bisogni psico-sociali predominanti.
- **Mediazione e Coordinamento:** Agisce come mediatore cruciale della comunicazione tra paziente, *caregiver* e professionisti sanitari. Inoltre, promuove l'efficacia comunicativa e l'ottimizzazione della *compliance* al piano terapeutico all'interno del team.
- **Sostegno al Processo di Adattamento:** Il suo intervento è volto a facilitare la consapevolezza diagnostica e prognostica e a sostenere l'elaborazione dei vissuti psicologici complessi correlati al fine vita. Ciò include la mitigazione del Distress emotivo e del disorientamento soggettivo, al fine di promuovere un adattamento funzionale alle Cure Palliative.
- **Promozione del Benessere Olistico:** Contribuisce al miglioramento della relazione terapeutica e del benessere complessivo del paziente e della famiglia attraverso l'analisi e il supporto di dimensioni esistenziali chiave, quali la spiritualità, il contesto sociale e il quadro affettivo.

Dunque, l'integrazione dello psicologo assicura un approccio realmente olistico e bio-psico-sociale, indispensabile per una gestione complessiva e umanizzata della fase terminale di malattia.

4. GLI INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NELLE CURE PALLIATIVE

4.1 Approccio e Focus della Terapia Cognitivo-Comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si è affermata a partire dagli anni Ottanta come un insieme di strategie specifiche volte alla soluzione dei problemi del paziente, mediante l'identificazione di un obiettivo terapeutico ben definito.

Il modello CBT tradizionale identifica il nucleo dell'intervento nell'esplorazione delle convinzioni centrali (o "pensieri automatici") che il soggetto nutre in merito a sé e al proprio contesto di vita. La successiva valutazione di queste cognizioni è indispensabile per dimostrare la loro forte associazione con una vasta gamma di esperienze emotive negative (tra cui ansia, stati depressivi, demoralizzazione, rabbia e disperazione).

Lo scopo è quello di guidare attivamente il paziente nel processo di cambiamento, articolandosi in:

- **Analisi dei Pensieri Disfunzionali:** Il terapeuta aiuta il paziente ad esaminare i pensieri disfunzionali che emergono nel corso della giornata.
- **Contestualizzazione:** Questi pensieri vengono inseriti nel loro contesto specifico (il *dove*, *quando* e *con chi* si sono manifestati).
- **Riconoscimento Emotivo:** Si assiste il paziente nel cogliere le emozioni secondarie a tali pensieri.

4.2 LA CBT E CURE PALLIATIVE

Nel contesto delle Cure Palliative (CP), l'intervento psicoterapeutico deve affrontare le molteplici dimensioni del Dolore Totale introdotto da Saunders (1967). La CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale) si configura come la principale risposta alla componente psicologica e a parte della componente fisica (gestione del sintomo) del Dolore Totale.

In un recente studio condotto da Wang et Al. (2024) sugli “Effetti della terapia cognitivo comportamentale sull’ansia e sui sintomi depressivi nei pazienti con cancro avanzato” è stato dimostrato una riduzione significativa dei livelli di ansia, depressione e stress.

La CBT agisce potenziando il benessere psicologico dei pazienti attraverso meccanismi specifici, quali:

- Identificazione dei pensieri catastrofici (ad esempio, "Sarà terribile", "Non ce la farò").
- Riduzione dell'ansia anticipatoria.
- Miglioramento delle strategie di *coping* (gestione dello stress).
- Aumento della percezione di controllo sulla propria condizione.

4.3 LE TECNICHE CBT DI COPING

- **Psicoeducazione:** Questa tecnica mira a conferire al paziente una comprensione razionale del ciclo disfunzionale Pensiero-Emozione-Comportamento. Per esempio, nel contesto della dispnea, il paziente viene guidato a riconoscere come le cognizioni catastrofiche ("Sto soffocando") possano esacerbare la percezione soggettiva del sintomo fisico, creando un circolo vizioso che aumenta l'ansia.
- **Tecniche di Rilassamento e Respirazione:** Interventi mirati a contrastare l'ansia anticipatoria, a migliorare la qualità del sonno (gestione dell'insonnia) e a ristabilire un senso di controllo sulla propria fisiologia corporea.

- **Ristrutturazione Cognitiva:** Consiste nello sfidare e modificare i Pensieri Automatici Negativi (PAN) tipici del fine vita (es. autosvalutazione, senso di colpa, catastrofizzazione). L'obiettivo clinico è la sostituzione di prospettive irrealistiche o depotenzianti con interpretazioni adattive che enfatizzino la valorizzazione del momento presente e l'uso delle risorse residue.
- **Attivazione Comportamentale:** Strategia volta a incoraggiare l'impegno in attività significative e gratificanti (adattate alle limitazioni fisiche). Questo approccio contrasta efficacemente l'isolamento e la passività, che sono noti fattori di mantenimento della sintomatologia depressiva.

Un altro studio, invece, Cantalk Trial (Serfaty et al., 2019/2020) ne ha mostrato l'utilità se pur con dei risultati meno, nei casi di depressione severa.

5. APPROCCIO E FOCUS SULL' ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), o modello di "terza onda", è stata applicata con successo in diversi ambiti, inclusa l'oncologia. Questa terapia si fonda sul presupposto che la sofferenza psichica sia una componente inevitabile dell'esistenza umana.

Tale approccio mira a gestire tale sofferenza sviluppando la flessibilità psicologica nel paziente.

Hayes e colleghi definiscono la flessibilità psicologica come "la capacità di affrontare pienamente il momento presente come essere umano cosciente e, in base a ciò che la situazione offre, cambiando o persistendo nel comportamento al servizio dei valori scelti."

L'obiettivo primario dell'ACT non è la riduzione diretta dei sintomi (che è considerata una conseguenza), ma l'incremento della flessibilità psicologica, ovvero la capacità di mantenere o modificare il comportamento in linea con i propri valori, anche in presenza di eventi interni spiacevoli (dolore, paura, pensieri catastrofici) inevitabili.

Un elemento fondamentale è la differenziazione tra dolore e sofferenza psicologica. Quest'ultima viene identificata come l'amplificazione del dolore dovuta a tutte le azioni che il paziente intraprende per evitare il contatto con contenuti cognitivi dolorosi (evitamento esperienziale).

Al centro della terapia vi è l'analisi del rapporto che il paziente intrattiene con il proprio dialogo interno (pensieri, emozioni, immagini).

5.1 FLESSIBILITA' PSICOLOGICA E ACCETTAZIONE

Nel fine vita, l'obiettivo terapeutico non è l'eliminazione delle emozioni primarie intrinseche all'esperienza umana, come la paura della morte o la tristezza per la perdita; l'obiettivo cruciale è quello invece di prevenire il Distress (la sofferenza aggiuntiva). Questo distress deriva dalla lotta secondaria e dall'evitamento esperienziale, ovvero dal tentativo rigido e controproducente di sopprimere o fuggire da quelle stesse emozioni e sensazioni dolorose.

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) fornisce strumenti chiave per affrontare questa dinamica:

- Accettazione: Insegnare al paziente a fare spazio in modo consapevole e non giudicante alle sensazioni, alle emozioni e ai pensieri dolorosi. Si riconosce che queste esperienze interne sono una parte inevitabile dell'esperienza del fine vita.
- Defusione Cognitiva (Notare i Pensieri): Aiutare il paziente a distaccarsi dai contenuti verbali della mente. Il paziente impara a notare i pensieri catastrofici (ad esempio, "La mia vita è finita") come semplici eventi mentali (parole, immagini), e non come verità assolute.
- Mindfulness): È essenziale nelle CP per evitare che il paziente venga risucchiato dai rimpianti del passato o dall'ansia per il futuro (la morte). L'obiettivo è assaporare e dedicare piena attenzione alle piccole gioie e alle interazioni significative del "qui e ora".
- Sé come Contesto: Aiuta il paziente a distinguere la propria essenza e identità stabile (il "sé osservatore") dalla condizione fisica mutevole e dalla malattia. "Il mio corpo è malato, ma io (come persona, storia e coscienza) non sono la malattia."
- Valori: Lavorare intensamente per chiarire cosa è *ancora* importante per il paziente, anche con le limitazioni. I valori spesso si spostano: dall'obiettivo di "essere produttivo" al "lasciare un'eredità", "essere in pace", "onorare le relazioni" o "mantenere la dignità".
- Azione Impegnata: Intraprendere, anche con piccoli gesti, comportamenti coerenti con i valori chiariti.

A tal proposito, in uno studio qualitativo è stata evidenziata la capacità di accettare la progressione della malattia; nello specifico la ricerca ha esplorato l'esperienza di 13 pazienti con cancro gastrointestinale in stadio IV e dei loro 14 caregiver. (Mosher CE , Lewson AB , Austin-Wright M , *et al.*). I risultati hanno dimostrato che l'ACT ha significativamente facilitato l'adattamento dei partecipanti sia alla malattia (per i pazienti) sia all'assistenza (per i caregiver). I benefici chiave emersi sono stati sulla Mindfulness in quanto ha portato a una migliore gestione dei sintomi (es. stanchezza), a una maggiore regolazione emotiva e a una rafforzata capacità di vivere il presente. *Nota:* Alcuni partecipanti hanno erroneamente interpretato la mindfulness come un tentativo di "svuotare la mente". L'altro beneficio sull'Azione basata sui Valori; tale pratica dei valori ha generato

empowerment e un ritrovato scopo per i pazienti, ha promosso una migliore cura di sé per i caregiver e ha complessivamente migliorato la qualità della loro relazione reciproca.

6. SINTESI CRITICA, DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

La Review Narrativa ha esplorato l'applicabilità di CBT e ACT, evidenziando un cruciale punto di divergenza nel loro approccio alla sofferenza oncologica avanzata.

In contrasto con la CBT, che pone il focus sulla ristrutturazione cognitiva di convinzioni distorte e modelli di pensiero negativi per favorire una prospettiva più funzionale, l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) è considerata transdiagnostica e mira a processi psicologici universali che sono alla base della sofferenza che si accompagna alle sfide della vita.

Tuttavia, in seguito a una diagnosi di cancro o all'ingresso nella fase avanzata della malattia oncologica, i pazienti sono costretti a confrontarsi con fatti e decisioni che cambiano la loro vita, con temi ineludibili inerenti alla mortalità e con perdite concrete (personali, lavorative o relazionali). I pensieri e i sentimenti negativi che i pazienti provano riguardo al presente e al futuro, in questo contesto, potrebbero non prestarsi efficacemente alle strategie di ristrutturazione cognitiva. Essi sono infatti percezioni spesso realistiche e fondate su eventi clinicamente possibili o inevitabili.

Di conseguenza, l'ACT offre un approccio alternativo e complementare: piuttosto che tentare di cambiare i pensieri e le emozioni dolorose, il suo obiettivo è quello di favorire un cambiamento nella relazione del paziente con essi. L'ACT insegna al paziente a praticare l'accettazione delle esperienze interne difficili, aumentando la flessibilità psicologica per continuare ad agire in coerenza con i propri valori, indipendentemente dalla presenza della sofferenza o della prognosi infausta.

La patologia oncologica, in particolare nelle sue fasi avanzate, esercita un impatto psicosociale e multidimensionale profondo che travalica la sola sfera fisica, estendendosi al paziente e al suo intero sistema familiare. Questo si manifesta attraverso una complessa costellazione di problematiche che investono le dimensioni fisica, psicologica, sessuale, sociale, spirituale, nonché gli aspetti pratici, organizzativi, lavorativi ed economici.

In ogni momento del percorso assistenziale, si rende pertanto imprescindibile l'adozione di un approccio di cura globale e olistica, secondo il paradigma espresso da Serpentine, che consideri l'individuo nella sua interezza. All'interno di tale traiettoria, l'ultima fase della vita del malato inguaribile costituisce un momento di intervento psicologico di rilevanza cruciale: è in questo frangente che la persona è chiamata a confrontarsi intimamente con la propria condizione di finitezza

umana. L'azione dello psicologo diviene così un sostegno indispensabile per l'elaborazione di questa consapevolezza esistenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Domingo, A., & Giacalone, G. (2023). *La psicologia ospedaliera: Sentieri narrativi della clinica*. Margana Edizioni.
- Grassi, L., Costantini, A., & Biondi, M. (2023). *Manuale pratico di psico-oncologia: Sfide ed evoluzioni delle cure* (2^a ed.). Il Pensiero Scientifico Editore.
- Massie, M. J. (2004, luglio). Prevalenza della depressione nei pazienti con cancro. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57–71. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>
- Mosher, C. E., Lewson, A. B., Austin-Wright, M., et al. (2025, maggio). Terapia di accettazione e impegno nel cancro gastrointestinale metastatico: Studio qualitativo su pazienti e caregiver. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/spcare-2025-005548>
- Saunders, C. (1967). *The management of terminal illness*. Documento fondativo sul Dolore Totale.
- Serfaty, M., Smith, L., Kimmitt, A., et al. (2020). Improving emotional well-being in patients with advanced cancer: The CanTalk randomised controlled trial.
- Sewtz, C., Muscheites, W., Grosse-Thie, C., Kriesen, U., Leithaeuser, M., Glaeser, D., Hansen, P., Kundt, G., Fuellen, G., & Junghanss, C. (2021). Osservazione longitudinale dell'ansia e della depressione tra i pazienti affetti da cancro sottoposti a cure palliative. *Annali della Medicina Palliativa*, 10(4), 3836–3846. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1346>
- Testoni, I. (2020). *Psicologia palliativa: Intorno all'ultimo compito evolutivo*. Bollati Boringhieri.
- Wang, J., Li, X., Chen, Y., et al. (2024). Effects of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with advanced cancer.
- Yang, Y., Cui, M., Zhao, X., Li, H., Wang, P., & Zhang, L. (2023). Associazione tra gestione del dolore e aspettative positive con disagio psicologico e benessere spirituale tra pazienti oncologici terminali ricoverati in un'unità di cure palliative. *BMC Nursing*, 22, 96. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01259-z>