



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

CURE PALLIATIVE: L'INTERVENTO PSICOLOGICO NEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN FASE AVANZATA DELLA MALATTIA

Una review narrativa

Elaborato finale di 2° anno

Dott.ssa Caterina Passanante

Anno 2025

Agenda



1. Introduzione alle Cure Palliative
2. Distress psicologico nei pazienti oncologici in fase avanzata
3. Principi fondamentali della relazione terapeutica
4. Gli Interventi Cognitivo-Comportamentali nelle Cure Palliative (CBT)
5. Approccio e focus sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
6. Sintesi critica, discussione e conclusione

Cosa sono?



- 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.

PRINCIPI DELLE CURE PALLIATIVE

Il loro approccio si fonda su un cambiamento di prospettiva:
non più soltanto curare «TO CURE» ma soprattutto
prendersi cura della persona «TO CARE»



PRINCIPIO DI BENEFICILIATA'



PRINCIPIO DI NON MALEFICIALITA'



PRINCIPIO DI AUTODETERMINAZIONE



PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA



PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA'



PRINCIPIO DI GIUSTIZIA DISTRIBUITIVA



PRINCIPIO DI GLOBALITA'



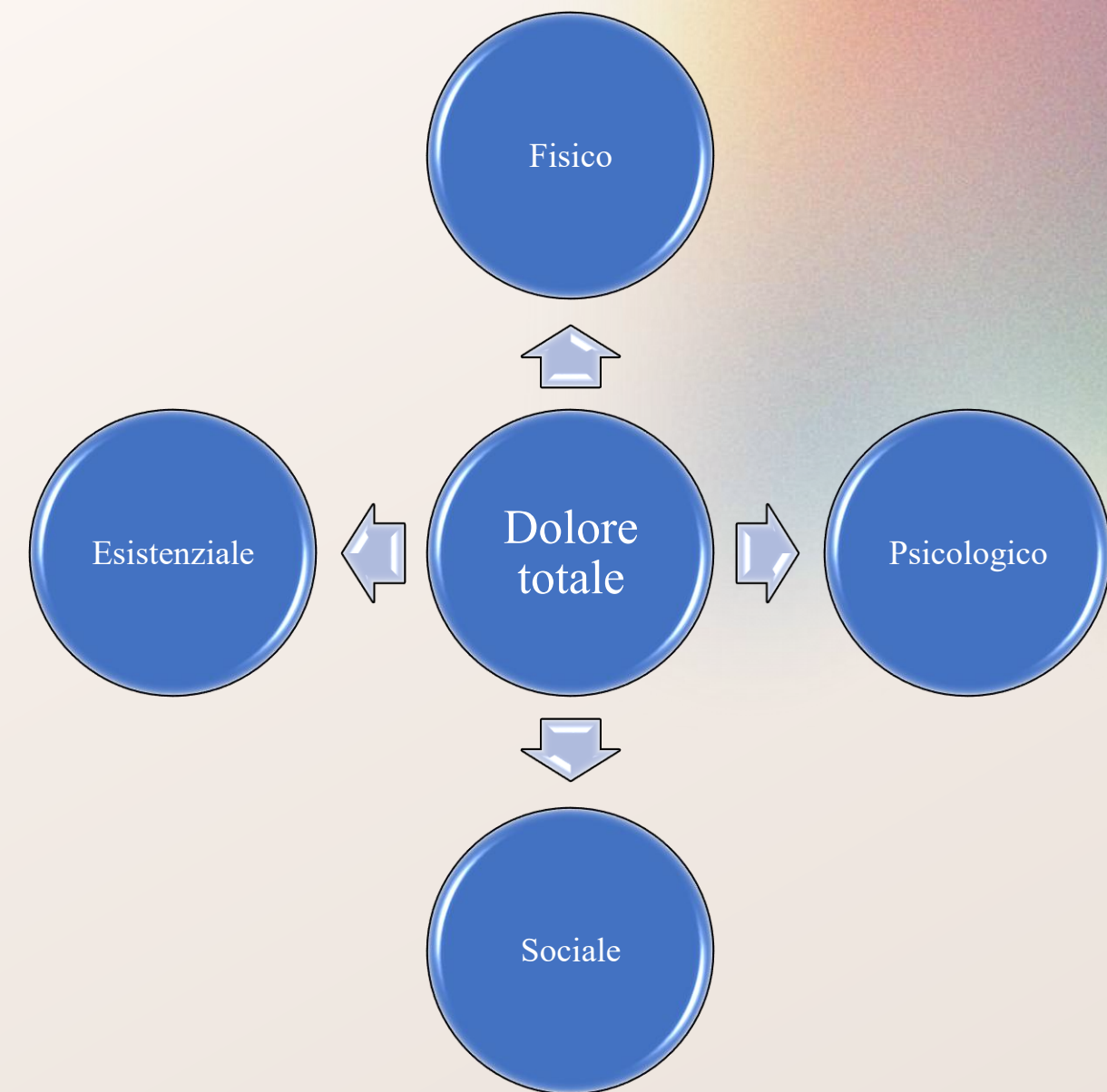
Si articolano in 3 livelli:

- ❖ **Base:** pazienti in terapia attiva
- ❖ **Specialistiche:** pazienti complessi, hospice/domicilio, equipe multidisciplinare
- ❖ **Pediatriche/Neurodegenerative:** supporto, controllo dolore, sostegno familiare

Concetto di *TOTAL PAIN*

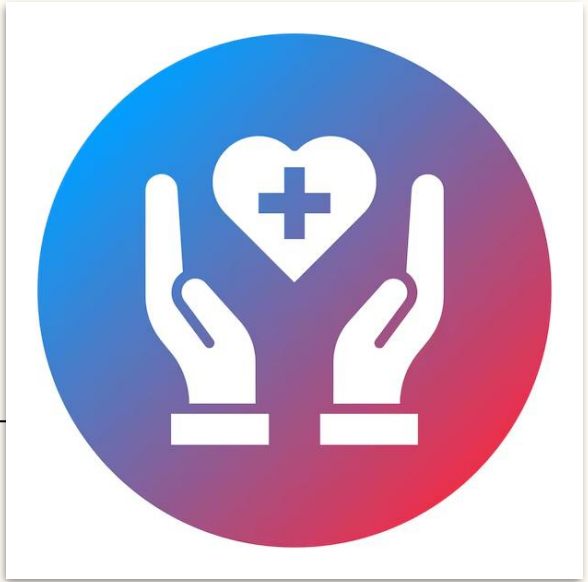
Il concetto di *terminalità* indica una prognosi di vita limitata nel tempo e si basa su diversi criteri:

- ❖ **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.



La necessità di affrontare il dolore totale (**Total Pain**) ingloba la sofferenza fisica, ma anche le componenti psicologiche, sociali ed esistenziali.

Agenda



1. Introduzione alle Cure Palliative
2. Distress psicologico nei pazienti oncologici in fase avanzata
3. Principi fondamentali della relazione terapeutica
4. Gli Interventi Cognitivo-Comportamentali nelle Cure Palliative (CBT)
5. Approccio e focus sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
6. Sintesi critica, discussione e conclusione

Il distress psicologico nei pazienti oncologici in fase avanzata

Il distress non è un singolo sintomo, ma una condizione multidimensionale che abbraccia aspetti cognitivi, relazionali e spirituali.

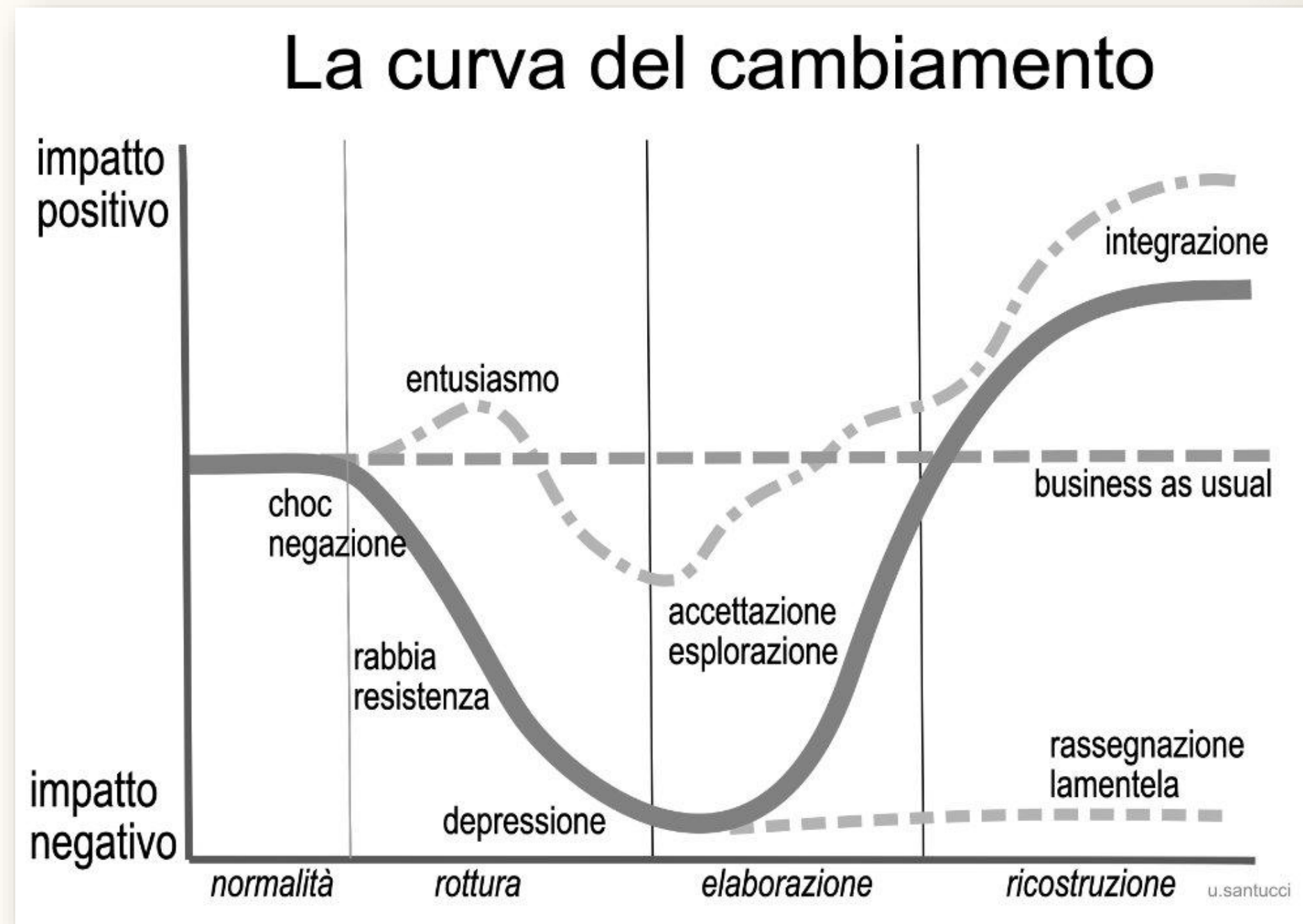


Il distress psicologico



- 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 condotto da **Sewtz et al. (2023)** ha rilevato che quasi l'80% dei pazienti oncologici in cure palliative sperimenta un carico sintomatologico clinicamente significativo.

Modello di Kübler-Ross

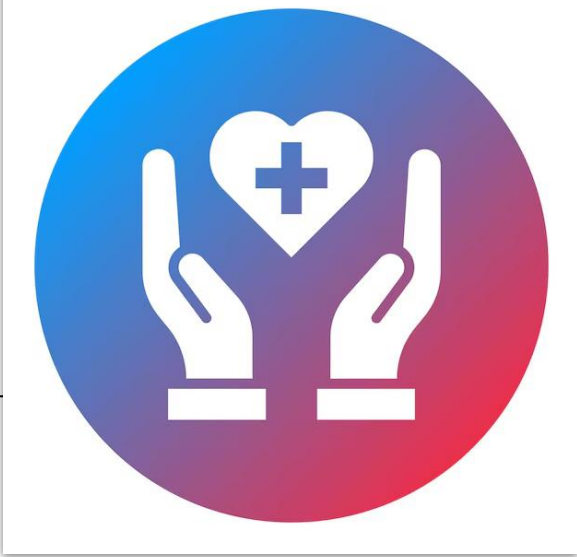


Esso si compone di cinque fasi:

- ❖ **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.**

Fonte: <https://www.problemsetting.it/ilcambiamento-il-modello-di-kubler-ross/>

Agenda



1. Introduzione alle Cure Palliative
2. Distress psicologico nei pazienti oncologici in fase avanzata
3. Principi fondamentali della relazione terapeutica
4. Gli Interventi Cognitivo-Comportamentali nelle Cure Palliative (CBT)
5. Approccio e focus sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
6. Sintesi critica, discussione e conclusione

Ruolo dello psicologo

Lo psicologo riveste un ruolo di primaria importanza all'interno dell'équipe multiprofessionale, fornendo sostegno nei processi di **coping** e di **elaborazione del lutto**

“Stare accanto a chi non può guarire”



I compiti

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.

Sostegno al processo di adattamento

L'intervento è volto a facilitare la consapevolezza diagnostica e prognostica e a sostenere l'elaborazione dei vissuti psicologici complessi correlati al fine vita.



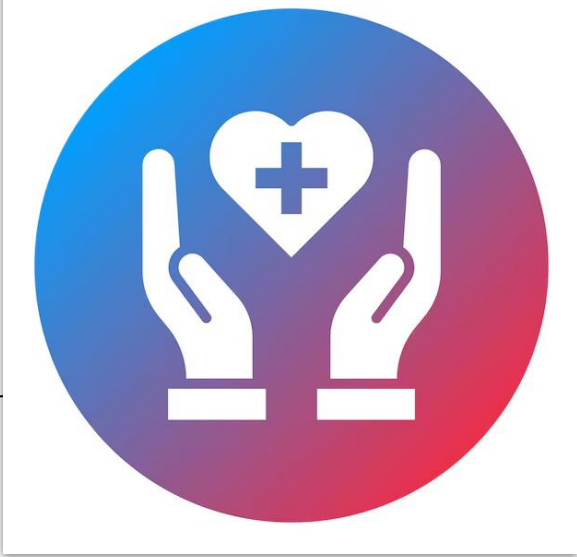
Mediazione

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.

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.

Agenda



1. Introduzione alle Cure Palliative
2. Distress psicologico nei pazienti oncologici in fase avanzata
3. Principi fondamentali della relazione terapeutica
4. Gli Interventi Cognitivo-Comportamentali nelle Cure Palliative (CBT)
5. Approccio e focus sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
6. Sintesi critica, discussione e conclusione

Focus sulla CBT



Fonte: <https://www.fondhs.org/articolo-hospes/curare-voce-del-verbo-ricomporre/>

- 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.

Finalità

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

Tecniche 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.

Agenda

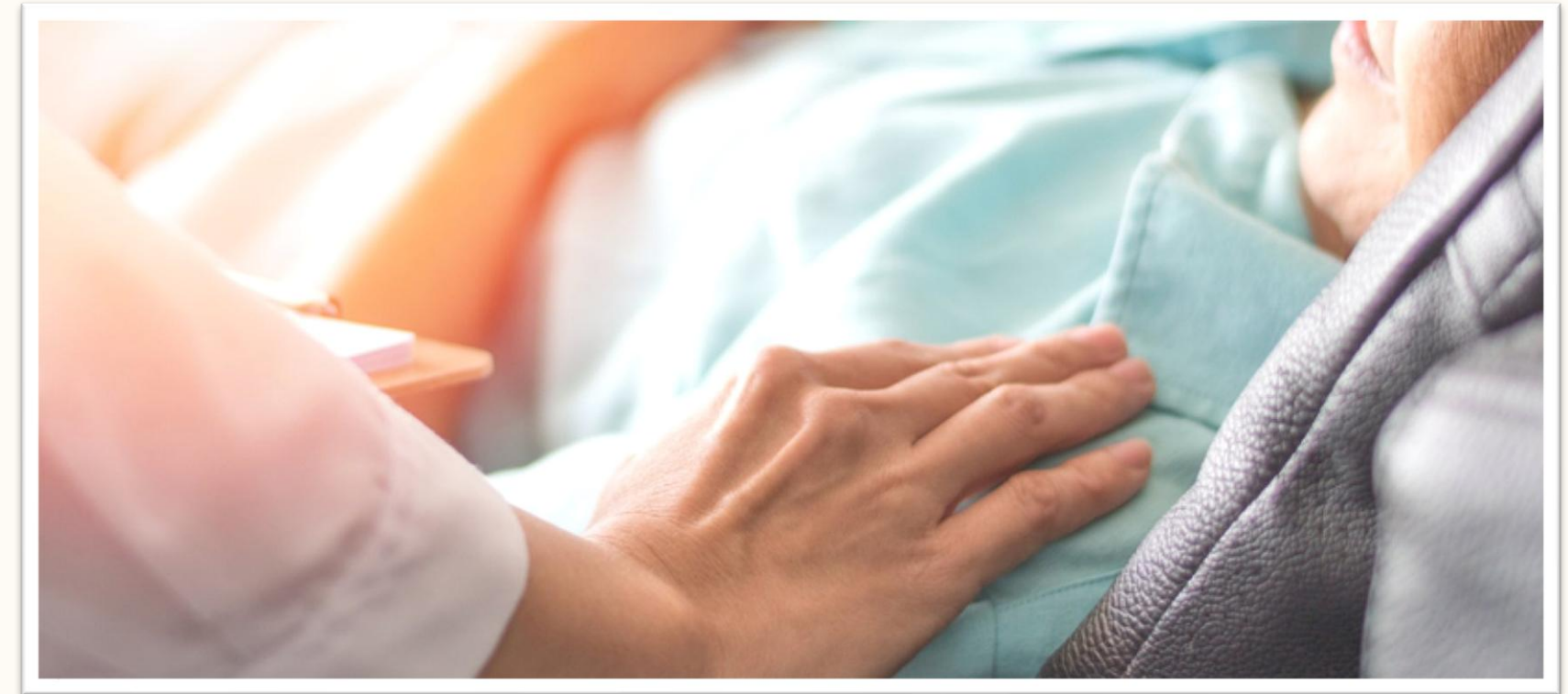


1. Introduzione alle Cure Palliative
2. Distress psicologico nei pazienti oncologici in fase avanzata
3. Principi fondamentali della relazione terapeutica
4. Gli Interventi Cognitivo-Comportamentali nelle Cure Palliative (CBT)
5. Approccio e focus sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
6. Sintesi critica, discussione e conclusione

L'ACT fornisce alcuni strumenti chiave:

1. **Accettazione** - Insegnare al paziente a fare spazio in modo consapevole e non giudicante alle sensazioni;
2. **Defusione Cognitiva** (Notare i Pensieri) - Aiutare il paziente a distaccarsi dai contenuti verbali della mente;
3. **Mindfulness** - è essenziale per evitare che il paziente venga risucchiato dai rimpianti del passato o dall'ansia per il futuro (la morte).
4. **Sé come Contesto**;
5. **Valori** - che si spostano dall'obiettivo di "essere produttivo" al "lasciare un'eredità";
6. **Azione Impegnata** - Intraprendere, anche con piccoli gesti, comportamenti coerenti con i valori chiariti.

Focus sull'ACT



- **L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**, o modello di terza onda, si fonda sul presupposto che la sofferenza psichica sia una componente inevitabile dell'esistenza umana.
- L'obiettivo primario non è la riduzione diretta dei sintomi, ma l'incremento della flessibilità psicologica

Agenda



1. Introduzione alle Cure Palliative
2. Distress psicologico nei pazienti oncologici in fase avanzata
3. Principi fondamentali della relazione terapeutica
4. Gli Interventi Cognitivo-Comportamentali nelle Cure Palliative (CBT)
5. Approccio e focus sull'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
6. Sintesi critica, discussione e conclusione

— Conclusioni

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.

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 ogni momento del percorso assistenziale, si rende imprescindibile l'adozione di un approccio di cura globale e olistica, secondo il paradigma espresso da Serpentine, che consideri l'individuo nella sua interezza.

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. Il pensiero scientifico editore, seconda edizione.

Massie M.J., (luglio 2004). Prevalenza della depressione nei pazienti con cancro, *JNCI Monographs* , Volume 2004, Numero 32, Pagine 57 71, <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh014>.

Mosher C.E., Lewson A.B., Austin-Wright M., et al (maggio 2025). Terapia di accettazione e impegno nel cancro gastrointestinale metastatico: studio qualitativo su pazienti e caregiver. *BMJ Supportive & Palliative Care*. doi: 10.1136/spcare-2025-005548.

Saunders, C., (1967). The management of terminal illness. Documento fondativo sul Dolore Totale.

Serfaty, M. 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. doi:10.21037/apm-20-1346.

Testoni I., (2020). Psicologia palliativa - Intorno all'ultimo compito evolutivo, programma di psicologia psichiatria psicoterapia. Bollati Boringhieri.

Wang et al., (2024). Effects of Cognitive Behavioral Therapy on anxiety and depression in patients with advanced cancer.

Yang, Y., Cui, M., Zhao, X. et al. 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 Nurs* 22 , 96 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01259-z>.



SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Grazie per l'attenzione



Dott.ssa Caterina Passanante