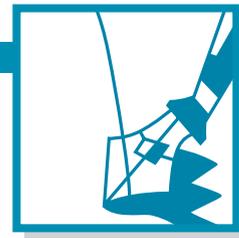


# Psiconcologia e cure palliative

MARCO L. BELLANI

Dipartimento di Psichiatria, Master di II livello in Psiconcologia,  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università degli Studi di Napoli



CLINICA PSICONCOLOGICA

Nº05

2:2011; 137-153

## RIASSUNTO

Secondo la definizione di “cure palliative” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità il controllo delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali dei pazienti e delle loro famiglie è parte integrante del piano di assistenza e merita la medesima attenzione rivolta ai problemi fisici. Ciò implica la presenza di psiconcologi (psichiatri e psicologi), adeguatamente formati e competenti, nelle équipes multidisciplinari degli hospice o delle unità di cure palliative in qualità di consulenti o di clinici strutturati. Nell’ambito delle cure palliative l’intervento psiconcologico è rivolto alla persona malata, ai suoi familiari e alla riduzione del rischio di burnout nel personale curante. Questo articolo si limita a prendere in considerazione le problematiche psiconcologiche che la persona malata si trova a dovere affrontare nella malattia neoplastica avanzata o nelle fasi di fine vita, fornisce una breve descrizione dei principali quadri psicopatologici che più frequentemente si incontrano nelle cure palliative e illustra alcuni tra i più diffusi interventi psicoterapeutici manualizzati e specificamente rivolti al malato terminale. Al di là dei numerosi approcci di cui il clinico può avvalersi, l’intervento psiconcologico è rivolto anche ad aiutare il malato a riscoprire quei valori che possono mantenere il significato delle cose, il senso di sé e di appartenenza agli altri, nonostante la progressiva dipendenza e disabilità.

*Parole chiave:* cure palliative, psiconcologia, cancro, malattie che minacciano la vita, fine vita, psicoterapia, assistenza centrata sul significato, dignità.

## SUMMARY

### Psycho-oncology and palliative care

The World Health Organization’s definition of “palliative care” states that the control of psychological, social, and spiritual problems for patients and their family is integral to care and deserving of equal attention as the patient’s physical problems. These aspects of palliative care align closely with the training and expertise of psychiatrists and psychologists, in the field of psycho-oncology, for consultations or participation in the clinical work of the interdisciplinary team into hospice and palliative medicine. Practicing psycho-oncology in the palliative care setting provides a unique and exciting opportunity to apply a broad range of skills to the benefit of patients and families and to alleviate stress in staff members. This paper will explore the most important psychological issues of the patient with advanced cancer or at the end of life, recognize the most common mental health problems that arise in the palliative care setting and provide a summary of manualized psychotherapeutic treatments in life threatening illness. Beyond a great variety of approaches, the focus of psycho-oncology in palliative care include the chance to reconnect with values that maintain meaning, sense of self and relatedness to others in the face of progressive disability and dependency.

*Key words:* palliative care, psycho-oncology, cancer, life threatening illness, end of life, psychotherapy, meaning-centered care, dignity.

## INTRODUZIONE

L'assistenza alla persona affetta da malattie inguaribili, che minacciano la vita e in rapida progressione, trova il suo riferimento in un complesso e articolato corpus di conoscenze scientifiche, di abilità e di comportamenti che va sotto il nome di cure palliative.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problemi associati con malattie che minacciano la vita, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza, per mezzo di una identificazione precoce, di un assessment ottimale nonché del trattamento del dolore e delle altre problematiche fisiche, psicosociali e spirituali"<sup>1</sup>.

La definizione si rifà al concetto di "cure" piuttosto che a quello di "terapie". Tradizionalmente, infatti, queste ultime sono chiamate a intervenire sulla malattia, avvalendosi di protocolli standardizzati e validati sperimentalmente, mentre le cure sono in genere chiamate a far fronte ai bisogni assistenziali della persona malata e della sua famiglia per rispondere a quelle esigenze soggettive che scaturiscono dalla presa in carico delle connotazioni personali che il precipitare delle condizioni fisiche avvia al progressivo deterioramento: l'identità corporea, il soddisfacimento dei bisogni primari, l'equilibrio psicofisico ed emozionale, il ruolo sociale, la sfera spirituale, lo status socio-economico. Storicamente le cure palliative sono state prerogativa dei malati oncologici e delle loro famiglie, in particolare nella fase terminale della malattia. Con tutti i limiti che l'esperienza clinica insegna e senza volerci addentrare in problemi di prognosi discutibili e complessi, ci accontenteremo di indicare come fase terminale di malattia quella in cui le terapie attive non sono più in grado di modificare l'affezione clinica di base e i meccanismi di funzionamento e di autoregolazione dell'organismo cominciano a venire meno per cui si profila un'aspettativa di morte più o meno imminente.

## CURE PALLIATIVE E PSICONCOLOGIA

Come evidenziato dall'OMS, una delle conseguenze di questa definizione è l'erronea percezione che le cure palliative debbano essere attivate solo nelle poche settimane o nei pochi giorni di vita che ancora restano<sup>2</sup>.

Una differente visione delle cure palliative tende invece a integrarle in maniera incrementale in base al decorso della malattia<sup>2-4</sup>, ovvero si propongono come un intervento che può essere offerto durante tutto il decorso clinico, anche nelle fasi in cui vengono praticate cure specifiche della malattia di base<sup>2,4</sup>.

In questo contesto, sempre secondo l'OMS<sup>1,2</sup>, le cure palliative:

- affermano il valore della vita e considerano la morte come un evento naturale che non intendono anticipare né differire;
- provvedono al sollievo dal dolore e da altri gravi sintomi;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;



- offrono un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte;
- offrono ai familiari un sistema di sostegno per affrontare la malattia del proprio caro e poi il loro stesso lutto;
- si avvalgono di un approccio di équipe per rispondere ai bisogni dei malati e delle loro famiglie, offrendo, qualora necessario, un intervento di counselling per il lutto;
- migliorano la qualità della vita e possono influire positivamente sul decorso della malattia;
- possono essere iniziate precocemente nel decorso della malattia, in associazione con altre terapie mirate al prolungamento della vita, quali la chemioterapia e la radioterapia, e comprendono le indagini diagnostiche necessarie per riconoscere e gestire le complicanze cliniche.

Le cure palliative, non più (o non soltanto) ultimo polo della medicina, sono altrettanto importanti quanto le terapie per guarire, delle quali conoscono e usano spesso i medesimi strumenti, ma con obiettivi primari diversi e hanno nel loro fuoco la qualità di vita e la dignità di morte dei malati<sup>5</sup>. Oltre che un sistema organizzato e altamente strutturato, esse costituiscono anche una filosofia nel modo di intendere la cura delle malattie che minacciano la vita<sup>6</sup>. Essendo la qualità della vita del malato, così come la qualità del suo morire, il fine ultimo di ogni intervento di cure palliative, nella tabella I sono illustrati i diritti dei morenti elaborati dal Comitato Etico della Fondazione Floriani<sup>7</sup>.

Un numero considerevole di pazienti che usufruiscono delle cure palliative, attivate secondo i diversi Piani Sanitari Regionali (strutture di ricovero dedicate, day hospital, assistenza oncologica domiciliare, ospedalizzazione a domicilio, hospice ospedaliero – unità di cure palliative e hospice residen-

**Tabella I. Carta dei diritti dei morenti. Comitato Etico Fondazione Floriani<sup>5</sup>.**

Chi sta morendo ha diritto:

1. a essere considerato persona sino alla morte
2. a essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole
3. a non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere
4. a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
5. al sollievo dal dolore e dalla sofferenza
6. a cure e assistenze continuative nell'ambiente desiderato
7. a non subire interventi che prolunghino il morire
8. a esprimere le sue emozioni
9. all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue condizioni e la sua fede
10. alla vicinanza dei suoi cari
11. a non morire nell'isolamento e nella solitudine
12. a morire in pace e con dignità

ziale territoriale), sono affetti da cancro in fase avanzata e/o terminale di malattia. È evidente che nell’ottica di un’integrazione delle diverse discipline, la competenza psiconcologica (psicologica e psichiatrica) è dunque parte integrante dell’approccio al malato e ai suoi familiari in funzione dei diversi bisogni psicologici e psico-sociali, del grado di sofferenza psichica e dei frequenti disturbi psicopatologici presenti nelle suddette fasi di malattia e dopo il decesso del paziente (lutto). Altrettanto importanti sono gli interventi messi in atto per consentire all’*équipe* curante di gestire al meglio i problemi legati agli aspetti comunicativi, relazionali e psicologici delle cure palliative, sia in termini di formazione permanente e di base, sia per proteggere il personale stesso dalla sofferenza psicologica secondaria al lavoro e ridurre il rischio di burnout.

Ne deriva che l’intervento psiconcologico è rivolto alla persona: quella affetta dalla malattia, quella che con questa condivide i legami familiari, quella che – in vario modo e a seconda del proprio ruolo e delle proprie competenze – si occupa delle sue cure e della sua assistenza.

Per la vastità e la complessità delle tematiche, non è possibile in questa sede trattare tutti e tre questi ambiti di intervento. Ci limiteremo, pertanto, a privilegiare le principali questioni che l’intervento psiconcologico si trova a dover affrontare nell’ambito delle cure palliative rivolte alla persona malata.

## PERCORSI PSICONCOLOGICI CON LA PERSONA MALATA

Numerosi studi hanno dimostrato ormai da decenni quanto siano numerosi i bisogni psicologici del paziente con cancro avanzato (tabella II) e come il loro mancato riconoscimento possa portare ad un’assistenza inadeguata se non addirittura scadente<sup>2</sup>.

È evidente che molti dei bisogni considerati e degli obiettivi che le cure palliative si propongono possono essere soddisfatti soltanto attraverso il coin-

**Tabella II. I bisogni psicologici del paziente con cancro avanzato (OMS, 1990)<sup>2</sup>.**

Bisogno	Note
Sicurezza	Una sensazione di sicurezza
Appartenenza	Il desiderio di sentirsi richiesto, non di sentirsi un “peso”
Amore	Espressioni di affetto; il contatto umano (il toccarsi)
Comprensione	Spiegazione dei sintomi e della natura della malattia; opportunità per discutere del morire
Accettazione	A prescindere dall’umore, dalle relazioni sociali e dall’aspetto
Autostima	Coinvolgimento nei processi decisionali, particolarmente perché aumenta la dipendenza fisica dagli altri; l’opportunità sia di dare, che di ricevere
Fiducia	Una comunicazione onesta con i familiari e con i sanitari e la percezione di ricevere le migliori cure possibili

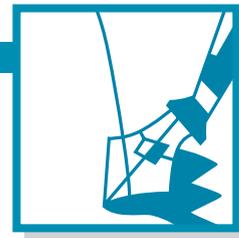
volgimento attivo della persona malata nelle scelte e nelle decisioni inerenti le cure e l'assistenza, così che possano essere rispettati i suoi valori personali e culturali.

Per fare questo è necessario stabilire in quale punto del suo percorso di consapevolezza si trovi la persona malata, ovvero comprendere cosa egli già conosca della natura della sua malattia, delle sue condizioni attuali e della gravità della prognosi<sup>8</sup>.

In genere ci si trova di fronte a pazienti che hanno poche o nulle informazioni circa lo stato di avanzamento della malattia, le reali prospettive di cura e gli obiettivi delle terapie in atto, oppure che, a causa delle menzogne dei curanti, sono addirittura all'oscuro della vera natura della loro patologia. Una ricerca multicentrica condotta in Italia su circa duemila pazienti deceduti per tumore ha evidenziato che, secondo quanto emerso dai familiari, solo il 37% di essi era stato informato della diagnosi della malattia e un'assoluta minoranza (il 13%) aveva ricevuto informazioni sulla prognosi infausta. Ciò nonostante, sebbene non informati esplicitamente, circa un terzo dei pazienti (29%) conosceva la natura della patologia e la metà la gravità della prognosi<sup>9</sup>.

Soltanto a partire dalle conoscenze del paziente, dal suo grado di consapevolezza e dal suo bisogno di informazioni, nonché dalle sue aspettative e dai suoi valori, è possibile aprire uno spazio di ascolto con la persona malata per comprendere, esprimere e discutere le reazioni emozionali di fronte alla fine della vita nonché per condividere un piano di cura e costruire obiettivi realistici<sup>10-16</sup>.

In questo contesto, centrale è la relazione paziente-équipe curante, la sola in grado di mettere in gioco due soggettività, ciascuna a suo modo responsabile della co-costruzione di un modello di malattia/assistenza più articolato e complesso di quello tradizionale, ovvero l'unico capace di interpretare l'evento morboso come esperienza di vita personale e sociale e quindi come fatto ineludibile della propria vicenda umana. Vita e morte, dolore e sofferenza, lotta e rassegnazione, rabbia e depressione, disperazione e speranza, accettazione e negazione sono costrutti che devono essere sottratti alle competenze esclusive di un'unica dottrina, sia essa biologica, medica, psicologica e religiosa; essi vanno semmai riconsegnati alla loro natura di concetti propriamente esistenziali, attraverso i quali l'essere umano, soprattutto quando malato, declina il proprio rapporto con il senso del vivere e del morire. Quando nella relazione non sono in gioco solamente un'informazione, un farmaco o un qualsiasi intervento sanitario ma è sottintesa una vera e propria richiesta di aiuto, allora l'ambito degli affetti e delle emozioni va considerato secondo una prospettiva che trascende il mero piano clinico-terapeutico per orientarsi verso una ricerca di senso o, addirittura, di speranza. Diviene allora possibile che la persona abbia a morire malata nel corpo ma sanata nello spirito. Come dice Alice Bailey, la legge universale impone che il mutamento elimini la forma e l'illusione e dia qualità alla luce e valore alla vita<sup>17</sup>. Tutto ciò nella piena consapevolezza che ogni essere umano è unico e vive la propria vita e gli ultimi momenti di questa in modo strettamente personale, quello dettato dalla singolarità della propria biografia. Ne consegue – ricorda Pattison - che uno dei principali compiti assistenziali nelle fasi di fine vita sia



quello di accogliere le emozioni generate dai fatti e, in sostanza, di riconoscere e comprendere dove il paziente si trova nel suo processo di vivere-morire<sup>18</sup>: muovendo dalle tracce del particolare modo di vivere di ciascuna persona (malato, familiare o parente che sia) ogni situazione può essere ricondotta al suo irripetibile senso e non occultata tra le pieghe di una qualunque forzatura tecnica<sup>19</sup> – medica o psicologica – ed è possibile valorizzare la vita che ancora rimane oppure la morte che avanza.

Quando il paziente si trova di fronte all'imminenza di un destino immutabile e più o meno esplicitamente pone domande sul senso di quanto sta accadendo, sull'obiettivo a cui mirare, sul valore per cui valga la pena di fare un nuovo, ultimo sforzo, allora non servono né le arti rivelatrici del profondo né gli schemi di manipolazione dei comportamenti. La nostra finalità – ricorda Zapparoli – non può dunque essere soltanto quella di portare l'individuo a un esame di realtà, se questo per lui significa trovarsi di fronte alla sua vulnerabilità e a un'angoscia intollerabile<sup>20</sup>. Più autenticamente – parafrasando Jomain – aiutare psicologicamente una persona al termine della vita significa scoprire, cercare le ragioni di desideri, di piaceri, di sofferenze, tentare di fare emergere i suoi gusti, imparare a conoscere ciò che veramente le sta a cuore, in funzione della sua storia di vita, di ciò che avrebbe voluto fare ed essere e di ciò che ha potuto o meno realizzare<sup>21</sup>. Ricorda Elisabeth Lukas che il senso della vita (e della morte, aggiungiamo noi) non può essere prescritto da una ricetta e ciò che per l'uno significa scoperta e acquisizione di significato non lo è necessariamente anche per l'altro<sup>22</sup>. Il fare baluginare possibilità di scelta – prosegue la Lukas – e l'accenno allo spazio individuale di libera decisione forniscono il punto di partenza migliore per la relazione e la terapia con il malato, soprattutto quando le possibilità di scelta sono connesse con un obiettivo personale e inserite in un contesto significativo che le colleghi a un qualche valore, a uno scopo, a un compito<sup>22</sup>.

Il malato grave o vicino alla morte può allora decidere di affrontare problemi non risolti prima o questioni personali mai portate a termine; situazioni “date per perse” possono in questa fase della vita essere riprese e definite anche alla luce di un diverso sentire e di una nuova consapevolezza.

In altri casi il malato può desiderare di pianificare la propria morte, ovvero prendere decisioni specifiche riguardo le proprietà, gli affari, gli interessi familiari, il testamento e le ultime volontà (come e dove morire, il funerale, la sepoltura, ecc.).

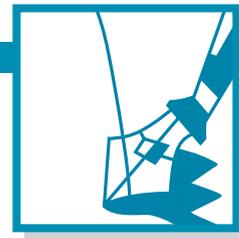
Una delle maggiori fonti di ansietà e a volte di angoscia sono le questioni spirituali e religiose. Per quanto saldi siano i sistemi filosofici e religiosi che forniscono risposte agli interrogativi sul dopo-morte e per quanta fede si nutra nei valori spirituali, resta pur sempre un fondo di dubbio e di inquietudine: la morte è la fine di tutto ciò che si è amato, che è familiare e piacevole; un salto brusco nell'ignoto, nell'incerto, la conclusione improvvisa di tutti i progetti; un ammettere che tutto può finire e sparire, con l'azione il pensiero, il desiderio, le aspirazioni e i propositi che ruotano attorno al nucleo centrale dell'essere umano. La volontà di persistere e il senso della continuità poggiano su un terreno instabile e su affermazioni altrui; nulla vi è di tangibile e di evidente. A questo proposito Zapparoli asserisce che “un aiuto consiste nel fornire al morente gli strumenti emotivi per arri-

vare a quell'accettazione dei propri limiti realistici che costituisce la difesa più adeguata a tutte le angosce connesse all'ignoto. L'accettazione del limite permette infatti di realizzare due fondamentali condizioni. Consente anzitutto di rinunciare a richieste impossibili, ad esempio quella di guarire dalla morte, o quella di avere garanzie e certezze rispetto a ciò che avviene dopo la morte. Permette di conseguenza, in secondo luogo, di utilizzare meglio e in modo più completo i mezzi e le risorse possibili per affrontare con il massimo benessere il periodo che precede la morte<sup>20</sup>. Ma che cosa può essere utilizzato per favorire l'accettazione del limite? A questa domanda Zapparoli risponde affermando che una tra le modalità più efficaci è lo sviluppo di un'area illusionale parziale la quale, trovandosi in una continua e stretta interazione con l'area vicina alla realtà è quindi priva delle estreme distorsioni che connotano il delirio e non diviene mai sostitutiva della realtà. In altre parole, «l'area dell'illusione permette al paziente che muore di accettare il proprio limite di essere “finito” e non “infinito”, cioè di accogliere la morte come evento naturale, in quanto essa costituisce un mezzo per trascendere, nella misura in cui è possibile, la realtà costituita dalla fisicità»<sup>20</sup>, e comunque indipendentemente dalla fede o meno in un'Entità soprannaturale e dalle credenze personali sul destino dell'uomo dopo la morte.

Da ultimo, alcuni pazienti pensano di non potere o volere più vivere in simili condizioni di malattia perché niente sembra avere più senso e restano soltanto l'angoscia e la disperazione dei loro pensieri. In questi casi l'individuo può essere aiutato almeno a scegliere quale atteggiamento assumere di fronte alla propria sofferenza: come sottolinea Lukas, egli “può accettarla con calma o maledire se stesso e tutto ciò che lo circonda, può sopportarla eroicamente o crollare lamentandosi sotto il suo peso, può trovare coraggio e fiducia nel futuro o disperare per il suo difficile presente. Questa decisione è lasciata a lui solo perché nessun destino, per quanto terribile, ha il potere di determinare il comportamento dell'uomo nei suoi confronti”<sup>22</sup>.

Come si è visto fin qui, affrontare le ultime fasi della vita e morire è molto più di un evento clinico ma è attraverso la clinica – ovvero l'attenzione rivolta alla persona malata – che diviene possibile, come afferma Verspieren, “essere una presenza viva che ascolta colui che se ne va; non l'ascolto di un morto potenziale che lascerà solo un vuoto, ma l'ascolto di colui che vive un'esperienza, quella di una fase importante della vita. Così il malato potrà vivere pienamente fino al momento della sua morte; ossia egli sentirà di essere rimasto un essere umano in seno a una società, quella di cui fa parte [...]; egli saprà che è degno di rispetto, che continua a esistere agli occhi degli altri, che è un soggetto di incontro e non un oggetto di cura”<sup>23</sup>.

I molteplici fattori che caratterizzano il percorso della malattia avanzata e delle fasi di fine vita e le manifestazioni delle relative emozioni possono trovare espressione in diverse forme di sofferenza psichica, alcune delle quali assumono i caratteri di veri e propri quadri psicopatologici. Nonostante la disomogeneità degli studi sulla prevalenza dei disturbi psichici e l'inadeguatezza dei criteri clinico-diagnostici tradizionali per la popolazione oncologica, è comunque possibile tracciare un quadro sufficientemente preciso della tipologia di tali disturbi.



## DISTURBI PSICHICI

I disturbi psichici assumono un ruolo centrale nella medicina palliativa e richiedono impegno e competenza da parte dello psiconcologo nella diagnosi e nel trattamento.

Una questione importante nella pratica clinica è la capacità di riconoscere e distinguere un disagio psichico del paziente e dei suoi familiari che è espressione di una normale risposta all'esperienza di malattia, da condizioni sintomatiche in cui viene perduta la funzione di adattamento agli eventi e che assumono invece le caratteristiche proprie di un disturbo psicopatologico.

I criteri ricordati da Grassi et al. sui quali il clinico può basarsi per differenziare le manifestazioni emotive considerabili come una risposta adattiva da quelle indicative di una condizione di disadattamento, e quindi di patologia, sono costituiti dalle caratteristiche temporali dei sintomi (modalità di comparsa, frequenza, durata), caratteristiche qualitative e quantitative dei sintomi, incidenza dei sintomi sul funzionamento globale della persona<sup>24</sup>.

Per esempio, come sottolineano Borio e Torta, in una sorta di continuum che va dalla tristezza e dalla demoralizzazione fino alla depressione maggiore, diventa prioritario per lo psiconcologo sapere individuare in quale punto di tale continuum depressivo si collochi un paziente, così da potere decidere quale debba essere l'approccio terapeutico più idoneo<sup>25</sup>.

In secondo luogo, sono tutt'altro che infrequenti condizioni cliniche che, pur non soddisfacendo appieno i criteri diagnostici previsti dai sistemi di classificazione psichiatrica (DSM-IV-TR e ICD-10), assumono invece un interesse rilevante e sono comunque causa di disagio e sofferenza nelle persone che ne sono affette.

Passiamo ora brevemente in rassegna i principali disturbi psichici riscontrabili nella persona affetta da cancro in fase avanzata o terminale, rimandando al lavoro di Grassi (contenuto in questo volume) per una descrizione più dettagliata dei relativi aspetti clinici.

## Disturbi depressivi

La depressione è un disturbo molto comune nella medicina palliativa, con una prevalenza che varia dal 3% a più del 40% a seconda degli studi<sup>26</sup>.

Sul piano clinico la diagnosi e il trattamento della depressione nel malato di cancro pongono alcuni aspetti problematici.

In generale, si lamenta la tendenza a sottodiagnosticare e quindi a non trattare adeguatamente i disturbi depressivi, anche per cause imputabili ai medici i quali, a volte, non sono in grado di entrare nella giusta relazione con i pazienti, trascurano gli aspetti emozionali della malattia oppure ritengono erroneamente che la depressione sia una risposta normale a una malattia mortale e come tale non necessiti di un trattamento<sup>26</sup>.

Un aspetto problematico nella diagnosi dei disturbi depressivi nei pazienti affetti da cancro riguarda il peso da dare ai sintomi fisici e cognitivi della depressione, solitamente molto indicativi quando presenti in assenza di malattia fisica<sup>26</sup>.



Sintomi quali astenia e perdita di energia, diminuzione delle capacità di concentrazione e di pensiero, perdita della memoria, perdita dell'appetito, calo ponderale, disturbi del sonno, ecc. possono avere un'origine secondaria alla patologia tumorale o ai trattamenti, piuttosto che essere esclusivamente riconducibili alla depressione. Alcuni autori hanno pertanto proposto di porre la diagnosi di depressione privilegiando i soli sintomi psicologici e relegando quelli della sfera cognitiva e somatica a criteri per un'eventuale conferma<sup>26-28</sup>. Altri autori, invece, hanno proposto di sostituire i sintomi somatici con altri più pertinenti e non confondenti<sup>29</sup>.

Più recentemente, alcune ricerche hanno dimostrato che i sintomi somatici sono altamente correlati con altri sintomi della depressione e possono dare un importante contributo all'accuratezza della diagnosi<sup>30-33</sup>.

Nelle fasi avanzate di malattia si dovrà altresì porre particolare attenzione alle cause organiche di depressione, quali: dolore incontrollabile, alterazioni metaboliche (per esempio, ipercalcemia, squilibri idroelettrolitici, anemia), farmaci (steroidi, interferon, interleukina-2, alcuni chemioterapici, ecc.), lesioni del SNC (localizzazioni primarie o metastatiche, a seconda delle sedi)<sup>26</sup>.

Da ultimo, dati di ricerca nell'ambito delle cure palliative non hanno riscontrato un'associazione tra diagnosi di depressione e tempo di sopravvivenza<sup>34,35</sup>, sebbene un peggioramento marcato dello stato depressivo possa essere associato con un più rapido declino verso la morte<sup>36</sup>.

### Disturbi d'ansia

Il passaggio alle cure palliative rappresenta per il malato e per i suoi familiari una fase in cui comunemente l'ansia aumenta, mano a mano che la consapevolezza dell'inefficacia delle terapie a disposizione e, di conseguenza, dell'ineluttabile riduzione delle aspettative di vita, irrompe nella loro esistenza. Si stima che la prevalenza dei disturbi d'ansia nei pazienti sottoposti a cure palliative si aggiri attorno all'11%<sup>37</sup>.

Oltre che da cause psicologiche, i disturbi d'ansia possono essere indotti dal dolore non controllato, dai farmaci (corticosteroidi, neurolettici, broncodilatatori, ecc.) e dalle alterazioni metaboliche. Ansia anticipatoria o disturbi fobici possono insorgere in pazienti sottoposti a chemioterapia o radioterapia palliative<sup>37</sup>.

### *Delirium*

Il *delirium* è una delle più comuni complicazioni neuropsichiatriche nei pazienti con cancro avanzato, specie se anziani, e rappresenta una delle cause più frequenti di consulto psiconcologico per le problematiche comportamentali e gestionali che esso comporta<sup>38,39</sup>.

Nelle differenti casistiche studiate vi è un'ampia variabilità di prevalenza che varia dal 4% fino all'85%; i tassi di incidenza maggiori si riscontrano nei pazienti in fase terminale<sup>38</sup>.

Il quadro clinico è polimorfo, a esordio acuto (ore o giorni) e a decorso fluttuante durante la giornata. Esso è caratterizzato essenzialmente da un'altera-

zione dello stato di coscienza con ridotte capacità di attenzione, disturbo globale delle funzioni cognitive (deficit della memoria recente e disorientamento nel tempo, nello spazio e nella persona), disturbi psicomotori, disturbi del sonno o del ciclo sonno-veglia, cui si possono associare disturbi della percezione, del pensiero e affettivi<sup>39</sup>.

Nei pazienti oncologici le cause sono numerose e possono essere classificate in: neoplasie primitive o secondarie del SNC, cause metaboliche e complicanze non metastatiche del cancro, sindromi paraneoplastiche, effetti collaterali delle terapie oncologiche<sup>39,40</sup>.

Dopo avere esplicitato i riferimenti teorici e metodologici che nell'ambito delle cure palliative guidano la clinica psiconcologica, descritto i fattori che più frequentemente causano *distress* e sofferenza psichica e fatto cenno ai principali quadri psicopatologici, passiamo ora a illustrare alcuni aspetti essenziali del lavoro psicoterapeutico con la persona affetta da cancro in fase avanzata o terminale di malattia.

## GLI INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI

Nell'ambito della clinica psiconcologica ci sono diversi modelli di intervento psicoterapico rivolti al trattamento dei sintomi e delle problematiche psicologiche che affliggono le persone affette da cancro, anche in fase avanzata o terminale di malattia.

In questo ambito il lavoro psiconcologico deve confrontarsi con almeno due ordini di fattori: il primo è che le teorie che guidano i diversi approcci terapeutici non sono l'espressione di ciò che accade nella realtà; il secondo è che paziente e terapeuta sono chiamati a misurarsi con il tempo che resta.

È evidente che la fase di malattia in cui si trova la persona affetta da cancro influenza notevolmente l'applicabilità del modello di intervento e delle tecniche terapeutiche utilizzabili, nonché la portata degli obiettivi che l'intervento stesso si propone.

Tra gli altri, come accennato, il fattore tempo assume un'importanza decisiva. In modo ottimale, gli interventi psicoterapeutici con pazienti in fase avanzata o terminale andrebbero iniziati quando ancora non si è instaurato il declino, più o meno rapido, sul piano fisico, cognitivo, funzionale ed emozionale. D'altra parte, è anche vero che non sempre il tempo a disposizione è quello preventivato dal paziente e dal terapeuta: l'esperienza clinica insegna che anche malati che si trovano in uno stato di stabilità delle loro condizioni di salute possono andare incontro a un declino repentino e non previsto.

Il sopraggiungere di queste nuove perdite, nonché lo smarrimento e la sofferenza che ne conseguono, inducono il terapeuta a rimodulare l'intervento psicologico con lo scopo di aiutare il malato a trattare le nuove emozioni e ad affrontare paure e angosce che sembravano assopite. Parafrasando quanto scrisse Eliana Adler Segre<sup>41</sup>, l'intervento psicologico non ha pertanto come finalità quella di riconoscere e di modificare le manifestazioni patologiche del malato – che non può essere guarito dalla morte e sottratto all'ineluttabilità del suo destino – ma quello di aiutare la persona ad accettare la realtà,

ovvero a prendere coscienza di una dimensione che trascende la volontà e gli aspetti spazio-temporali dell'esistenza umana.

A tale presa di coscienza si oppone un altro fattore che è sempre protagonista nel lavoro terapeutico con il morente: l'attaccamento alla vita, ovvero l'istinto più radicato della natura umana, che porta a perpetuare l'integrità della forma e a vivere con innato terrore la solitudine e la perdita di ciò che è familiare, alimentando la lacerante tensione tra la consapevolezza dell'ineluttabilità della morte e il desiderio di continuare a vivere.

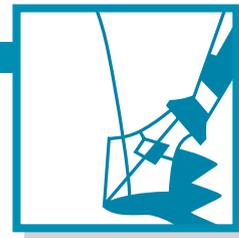
Il compito per il malato e per il terapeuta sarebbe certamente più agevole se l'essere umano riuscisse a guardare con realismo e accettazione al proprio futuro, qualunque esso sia, oppure se egli potesse uscire dall'oblio e riconoscere che la vita corporea non è il bene supremo, perché quel che più importa ed è veramente benefico è lo svincolarsi dalle limitazioni di un corpo ormai malato: sia che dopo questa vita ci sia il nulla, sia che ci sia un'altra vita, la morte è quantomeno la liberazione dal male fisico, dal dolore e dalla sofferenza.

Chi lavora terapeuticamente con malati in fase avanzata o terminale di malattia ha imparato che tra i suoi compiti c'è anche quello di aiutare il paziente a vivere con dignità e coraggio la vita che ancora rimane, quello di ridargli speranza e fiducia trasformando in lui le paure, quello di alleviargli le sofferenze e di accrescere la capacità di accettare con consapevolezza quanto il futuro gli riserva, quello di restaurare rapporti di armonia con la famiglia, gli amici, l'ambiente.

Si tratta certamente di compiti non facili e con certi malati neppure possibili. Tuttavia, secondo alcuni autori, lo psicoterapeuta dovrebbe spingersi oltre tali obiettivi, per quanto importanti, ponendosi, o proponendosi, come "intermediario" tra presente e futuro, tra la vita e la morte, tra il malato e l'ignoto, capace di aiutare l'altro a indagare e a cercare una risposta personale alle eterne domande dell'uomo: "Dove vengo? Chi sono? Dove vado?".

L'ultima domanda ("Dove vado"?), per quanto non disgiunta dalle altre due, è quella che più da vicino coinvolge tutti i componenti dell'équipe terapeutica, non tanto come "tecnici esperti" quanto piuttosto come persone capaci di stare accanto alla persona che deve morire. Detta domanda offre altresì l'occasione di inaugurare un diverso atteggiamento nei confronti della malattia, della guarigione e della morte, riconoscendo che tutto muove dalla grande legge universale di causa ed effetto: i terapeuti agiscono secondo il processo della restituzione, per il quale si tratta di saper ridare al malato, quando è possibile, quanto gli occorre per affrontare nuovamente la vita nel corpo e nel mondo fisico, oppure, quando ciò non è più possibile, di sapere restituire, a tempo opportuno, il corpo alla fonte degli elementi che lo compongono. Oggi, questa restituzione è coatta e paventata, incute timore e induce a pretendere con forza la salute del corpo fisico, accentuandone l'importanza, e facendo ritenere che la cosa preminente fra tutte sia il prolungamento dell'esistenza terrena<sup>17</sup>.

Se, come ha scritto Eissler, è importante che il malato grave o morente venga aiutato a vivere la morte come un evento reale e naturale<sup>42</sup>, allora il terapeuta ha il dovere di chiedersi con quali modalità egli può operare per conseguire tale obiettivo.



Una recente review di LeMay e Wilson illustra obiettivi, metodi e livelli di efficacia di alcuni interventi rivolti al trattamento del distress esistenziale nei pazienti in fase terminale di malattia<sup>43</sup>. Data l'importanza assunta, per motivi diversi, in ambito clinico, ci pare opportuno soffermarci brevemente sulla Psicoterapia Supportiva-Espressiva di Gruppo e sulla Psicoterapia di Gruppo Centrata sul Significato.

## Psicoterapia Supportivo-Espressiva di Gruppo

Sviluppata a Stanford da Spiegel et al. sin dalla fine degli anni '70, questa forma di psicoterapia muove dalle convinzioni che affrontare le paure in un'atmosfera supportiva può portare a superarle e che i pazienti, quando incontrano insieme tali paure, si sentono meno soli e inermi e maggiormente in grado di confrontarsi con la malattia che progredisce. Tali convinzioni si radicano nei risultati del lavoro sui gruppi condotto negli anni '70 da Irvin Yalom e incentrato sulle problematiche esistenziali. Buona parte del lavoro proposto da Spiegel riguarda il confronto con la minaccia della morte visto come un'opportunità di riequilibrare la propria vita, di padroneggiare le proprie paure, di riordinare le proprie priorità di vita, di rivedere le relazioni interpersonali e di sfruttare al massimo il tempo che resta da vivere<sup>44</sup>.

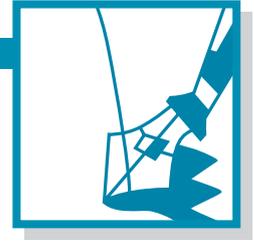
Il modello d'intervento è rappresentato da un programma semistrutturato di terapia di gruppo, a cadenza settimanale, della durata di 90 minuti, condotto da due coterapeuti. Gli interventi per pazienti con carcinoma della mammella avevano una durata di 12 settimane, mentre quelli per pazienti in fase avanzata di malattia erano condotti come gruppi aperti, di lunga durata, con inserimento di nuovi componenti man mano che altri lasciavano il gruppo o morivano<sup>45</sup>.

Gli obiettivi dei gruppi di psicoterapia supportivo-espressiva sono molteplici: 1) creare legami, ovvero fornire una nuova rete sociale fatta di persone che stanno affrontando problemi analoghi; 2) fornire un'atmosfera in cui l'espressione di tutte le emozioni sia incoraggiata; 3) sfatare (o "demistificare") la morte e il morire al fine di ridurre il terrore che ad essi si accompagna; 4) ridefinire le priorità esistenziali; 5) aumentare il sostegno familiare e sociale; 6) migliorare la relazione medico-paziente; 7) migliorare le capacità di coping; 8) ridurre l'entità dei sintomi<sup>46</sup>.

L'efficacia del modello della Psicoterapia Supportivo-Espressiva di Gruppo è stata provata da diversi studi controllati<sup>39,40</sup>. Nel loro insieme, i risultati suggeriscono che questo tipo di intervento è efficace nel ridurre i livelli di distress e di altri sintomi psichici, come pure il dolore e i livelli di cortisolo plasmatici. Studi recenti non hanno confermato un'influenza del trattamento sull'aumento della sopravvivenza pur evidenziando un significativo miglioramento della depressione, una riduzione delle strategie disadattive di coping (*helplessness-hopelessness*) e dei pensieri intrusivi e un aumento del funzionamento sociale<sup>49</sup>.

## Psicoterapia di Gruppo Centrata sul Significato

Questo tipo di intervento (Meaning-Centered Group Psychotherapy) è stato



sviluppato da William Breithbart et al. facendo riferimento al lavoro di Victor Frankl. Mentre la logoterapia di Frankl non era stata designata per il trattamento di pazienti con malattie che minaccino la vita, Breithbart ha esteso i concetti di significato, di ricerca di senso e di spiritualità anche ai gruppi di pazienti oncologici in fase avanzata o terminale di malattia<sup>50,51</sup>.

Gli scopi generali di questo intervento di gruppo sono: 1) promuovere un ambiente supportivo tra i malati di cancro che affrontano sfide simili in un momento particolarmente difficile della loro vita; 2) facilitare una maggiore comprensione delle possibili fonti di significato precedenti e successive la diagnosi di cancro; 3) aiutare i partecipanti nella loro scoperta e nel mantenimento di un senso di significato nella vita durante la malattia<sup>52</sup>.

Fine ultimo, tuttavia, è quello di ottimizzare gli stili di coping attraverso un accresciuto senso di significato e di scopo per trarre il meglio dal tempo che rimane ai membri del gruppo, indipendentemente dalla sua durata. È importante tenere presente che i partecipanti non sono meri recipienti passivi della saggezza del conduttore del gruppo ma, piuttosto, partecipanti attivi nella ricerca delle fonti di significato delle loro vite<sup>52</sup>.

L'intervento si prefigge di aiutare ad ampliare il campo delle possibili fonti di significato attraverso la combinazione di tre elementi: l'insegnamento didattico della filosofia del significato sulla quale questo intervento è basato; esercizi di gruppo e compiti a casa; discussione libera che può includere anche interventi interpretativi da parte del conduttore del gruppo.

I membri partecipano a otto sedute di gruppo, di un'ora e mezza ciascuna, a cadenza settimanale per otto settimane consecutive. Ogni incontro si incentra su di un tema specifico secondo la seguente struttura:

- sessione 1: concetti e fonti di significato;
- sessione 2: cancro e significato;
- sessione 3: fonti storiche del significato (passato);
- sessione 4: fonti storiche di significato (presente e futuro);
- sessione 5: fonti attitudinali di significato;
- sessione 6: fonti creative di significato;
- sessione 7: fonti esperienziali di significato;
- sessione 8: conclusioni, riflessioni sull'esperienza e speranza per il futuro<sup>52</sup>.

Un'analisi preliminare dell'efficacia dell'intervento ha dimostrato un miglioramento del benessere spirituale e una diminuzione dei livelli di ansia e di perdita di speranza. I risultati sono stati confermati anche dopo due mesi dalla conclusione dell'intervento<sup>53</sup>.

È in corso uno studio multicentrico per la validazione di questo tipo di intervento nella realtà clinica italiana.

Altri interventi: l'uso dei protocolli basati sulla Mindfulness

La Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) o terapia cognitiva basata sulla consapevolezza unisce le più recenti conoscenze della moderna scienza della mente con antiche forme di meditazione orientale. Per comprendere la cornice in cui viene a situarsi la MBCT è importante distinguere

tre linee di ricerca che in misura diversa vi confluiscono: 1) la tradizione meditativa detta Vipassana, che è parte della tradizione buddista classica Theravada; 2) l'approccio centrato sulla mindfulness, elaborato a partire dai primi anni ottanta da Jon Kabat-Zinn a costituire un programma denominato Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR); 3) l'evoluzione della variante della Cognitive Therapy (CT) che fa capo ad Aaron Beck<sup>54</sup>.

Dopo l'applicazione del programma di Kabat-Zinn su migliaia di pazienti affetti da stress acuto e cronico e da malattie ad esso correlate, il protocollo MBSR è stato utilizzato per una grande varietà di patologie quali: dolori cronici, malattie cardiovascolari, ipertensione, cefalea, disturbi del sonno, malattie della pelle, ansia e attacchi di panico, prevenzione della depressione, AIDS e cancro. Inoltre, per le sue potenzialità cliniche preventive e riabilitative l'MBSR è stato inserito in programmi di intervento nelle carceri e nelle scuole<sup>55</sup>.

Il protocollo basato sulla mindfulness è un programma strutturato, in otto incontri di gruppo settimanali, di circa due ore e mezzo ciascuno, più quattro incontri di follow-up a distanza di qualche tempo. Attraverso un addestramento abbastanza intensivo della meditazione Vipassana, si raggiunge l'effetto di aiutare le persone ad adattarsi alle circostanze della vita e di alleviare la sofferenza che accompagna i disturbi fisici e psichici<sup>55</sup>.

Per quanto concerne l'applicazione in psiconcologia, è stata verificata l'efficacia degli interventi di mindfulness su diversi parametri di ordine clinico, quali per esempio, riduzione dei livelli di distress, fatigue e depressione e miglioramento della qualità di vita e del sonno; inoltre la mindfulness sembra in grado di modificare in senso favorevole i livelli di cortisolo, di deidroepiandrosterone nonché alcuni parametri immunitari<sup>56,57</sup>. Infine, alcuni lavori di review confermano la validità dell'applicazione dei protocolli basati sulla mindfulness nel trattamento dei malati affetti da cancro<sup>58-60</sup>. Non mancano efficaci esperienze di trattamento anche con pazienti nelle ultime fasi di vita<sup>61</sup>.

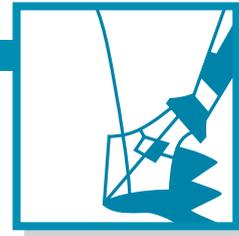
## CONCLUSIONI

Possiamo concludere, dopo questa breve rassegna sui modelli psiconcologici di intervento nelle cure palliative, riferendo il vissuto esperienziale di chi, da anni, si confronta quotidianamente con esseri umani giunti al solenne punto di svolta della propria esistenza terrena. Qualunque sia il metodo, il modello, l'approccio che dir si voglia, lo psiconcologo si trova di fonte ogni volta ad un'esperienza nuova, diversa, magari per semplici sfumature, da tutto ciò che ha nel proprio curriculum. Anch'egli si trova a sperimentare una nuova morte con la quale deve confrontarsi e dalla quale può trarre elementi di riflessione e di autoanalisi che lo conducono verso un confronto diretto con la propria morte, con il morire a se stesso, anche rispetto ai propri canoni operativi, per accettare in modo inclusivo l'unicità della persona con cui condivide l'esperienza ultima. Il ritorno che lo psiconcologo può trarre è la maturazione progressiva di una coerenza tra sé e il proprio agire, tra il fine di accompagnare l'altro al morire e la propria personale accettazione del morire

stesso. Una cura che, pur non sanando, guarisca non può prescindere dall'autenticità del terapeuta il quale, attraverso la propria elaborazione personale, è chiamato a comunicare non più solo attraverso canali verbali ma, soprattutto, tramite l'autenticità del proprio essere e, al contempo, a cercare nell'intimo le risposte ai propri interrogativi perché solo muovendo da queste potrà aiutare l'altro a trovare la sua particolare modalità di risposta alla sofferenza. Come ricorda Carotenuto, "Jung ammoniva i cultori della psicoterapia a rammentare che l'analista può accompagnare il suo paziente solo fin dove lui stesso è arrivato"<sup>62</sup>. Si tratta – afferma Ostaseski – di "un processo nel corso del quale si arriva a capire che accudendo l'altro ci si prende invariabilmente cura di se stessi [...]. Si tratta quindi di un rapporto in cui nessuno fa da guida all'altro e in cui non ci sono guaritori e guariti [...]. È un approccio all'assistenza radicalmente diverso, in cui si riconosce esplicitamente il dono che chi sta per morire offre a chi si prende cura di lui"<sup>63</sup>.

## Bibliografia

1. <http://who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. World Health Organization. Palliative care. The solid facts. 2004. Versione italiana a cura di Furio Zucco e Giovanni Gambassi.
3. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting healthcare to serious chronic illness in old age. Arlington, VA: Rand Health, 2003.
4. Irwin SA, von Gunten CF. The role of palliative care in cancer care transitions. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 2010; pp. 277-83.
5. Di Mola G. Il malato inguaribile. In: Di Mola G (ed). Cure palliative. Milano: Masson, 1994; p. 31.
6. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: palliative care. Version 1.2010. On line.
7. Fondazione Floriani. Carta dei diritti del morente. Milano: Fondazione Floriani, 1997.
8. Bellani ML. La comunicazione di cattive notizie in oncologia. In: Bellani ML, Morasso G, Amadori D, et al. (eds). Psiconcologia. Milano: Masson, 2002; 187-99.
9. Costantini M, Morasso G, Montella M, et al. Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol* 2006; 17: 853-9.
10. Parker S, Clayton J, Hancock K, et al. Communicating prognosis and Issues Surrounding End of Life in adults in the advanced stages of a life-limiting illness: a systematic review. NHMRC Clinical Trial Centre and the University of Sydney, 2006.
11. Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, Tattersall MNH, Currow DC. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust* 2007; 186: S77-S108.
12. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illness: a systematic review. *Palliat Med* 2007; 21: 507-17.
13. Parker S, Clayton JM, Hancock K, et al. A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style and timing of information. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 81-93.
14. Heyland D, Allan DE, Rocker G, et al. Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life care. *Open Med* 2009; 3: 101-10.
15. Innes S, Payne S. Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliat Med* 2009; 23: 29-39.
16. Back AL, Anderson WG, Bunch L, et al. Communication about cancer near the end of life. *Cancer* 2008; 113 (7 Suppl): 1897-910.



17. Bailey A. A treatise on the seven rays. Vol. IV. Esoteric psychology. New York: Lucis Trust, 1953.
18. Pattison EM. Il processo del vivere-morire. In: Garfield CA. Assistenza psicosociale al malato in fase terminale. Milano: McGraw-Hill, 1987; pp. 123-55.
19. Campione F. Il deserto e la speranza. Psicologia e psicoterapia del lutto. Roma: Armando Editore, 1990; pp. 17-35.
20. Zapparoli GC. Orthotanasia. In: Zapparoli GC, Adler Segre E. Vivere e morire. Un modello di intervento con i malati terminali. Milano: Feltrinelli, 1997; pp. 15-77.
21. Jomain C. Vivere l'ultimo istante. Roma: Edizioni Paoline, 1986.
22. Lukas E. Dare un senso alla sofferenza. Assisi: Cittadella, 1983; pp. 28-32.
23. Verspieren P. La cura dei malati terminali. In: Spinanti S. La morte umana. Antropologia, diritto, etica. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline, 1987; pp. 5-17.
24. Grassi L, Biondi M, Costantini A. Manuale pratico di psico-oncologia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003; pp. 57-8.
25. Borio R, Torta R. I disturbi psichici in oncologia. In: Torta R, Mussa A. Psiconcologia. Torino: Centro Scientifico Editore, 2007; p. 36.
26. Wilson KG, Lander M, Chochinov HM. Diagnosis and management of depression in palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W (eds). Handbook of psychiatry in palliative medicine. New York: Oxford University Press, 2009; pp. 39-68.
27. Cohen-Cole SA, Stoudemire A. Major depression and physical illness: special considerations in diagnosis and biological treatment. *Psychiatric Clinic of North America* 1987; 10: 1-17.
28. Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatric Clinic of North America* 1990; 13: 597-612.
29. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53: 2243-8.
30. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al. Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 2003; 44: 244-8.
31. Meyer HAM, Sinnott C, Seed PT. Depressive symptoms in advanced cancer. *Palliat Med* 2003; 17: 596-603.
32. Robinson JA, Crawford GB. Identifying palliative care patients with symptoms of depression: an algorithm. *Palliat Med* 2005; 19: 278-87.
33. Guo Y, Musselman DL, Manatunga AK, et al. The diagnosis of major depression in patients with cancer: a comparative approach. *Psychosomatics* 2006; 47: 376-84.
34. Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in palliative care patients: a prospective study. *Eur J Cancer Care* 2001; 10: 270-4.
35. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 118-29.
36. Meyer HAM, Sinnott C, Seed PT. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time: the role of the palliative care professional. *Palliat Med* 2003; 17: 604-7.
37. Roth AJ, Massie MJ. Anxiety in palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W (eds). Handbook of psychiatry in palliative medicine. Diagnosis and management of depression in palliative care. New York: Oxford University Press, 2009; pp. 69-80.
38. Breitbart W, Lawlor P, Friedlander M. Delirium in terminally ill. In: Chochinov HM, Breitbart W (eds). Handbook of psychiatry in palliative medicine. Diagnosis and management of depression in palliative care. New York: Oxford University Press, 2009; pp. 81-100.
39. Bosisio M, Caraceni A. Delirium, stato confusionale acuto. In: Caraceni A, Sghirlanzoni A, Simonetti F (eds). Le complicazioni neurologiche in oncologia. Milano: Springer-Verlag Italia, 2006; pp. 148-61.
40. Borio R, Torta R. I disturbi psichici in oncologia. In: Torta R, Mussa A. Psiconcologia. Torino: Centro Scientifico Editore, 2007; pp. 58-62.
41. Adler Segre E. Imparare a dirsi addio. Milano: Proedi Editore, 2005.
42. Eissler KR. The psychiatrist and the dying patient. New York: International University Press, 1995.
43. LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 472-93.
44. Spiegel D, Classen C. Group therapy for cancer patients. A research-based handbook of psychosocial care. New York: Basic Books, 2000. Trad. It. Terapia di gruppo per pazienti oncologici. Milano: McGraw-Hill, 2003.
45. Spiegel D. Group therapy with cancer patients: state of art. In: Bellani M, Lucchini D (eds). Convegno Internazionale Psico-Oncologia: Sapere, Cultura e Pratica Clinica. Brescia 2008.

46. Classen C, Butler LD, Koopman C, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 28: 494-501.
47. Giese-Davis J, Koopman C, Butler LD, et al. Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 916-25.
48. Goodwin P. Support groups in advanced cancer. *Cancer* 2005; 104: 2596-601.
49. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychoncology* 2007; 16: 277-86.
50. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002; 10: 272-80.
51. Breitbart W, Heller KS. Reframing hope: meaning-centered care for patients near the end of life. *J Palliat Med* 2003; 6: 979-88.
52. Breitbart W, Poppito S. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. In: Bellani M, Lucchini D (eds). *Convegno Internazionale Psico-Oncologia: Sapere, Cultura e Pratica clinica*. Brescia 2008.
53. Breitbart W. Meaning Centered Psychotherapy in advanced cancer patients: a randomized controlled trial of an intervention to enhance hope, meaning and spiritual well-being near the end of life. *American Psychosomatic Society. 65<sup>th</sup> Annual Meeting*; Budapest. March 7-10, 2007.
54. Giommi F. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero. In: Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006; pp. 11-51.
55. Giommi F, Pescatori B. L'uso dei protocolli basati sulla mindfulness nel sostegno ai pazienti oncologici. In: Bellani M, Lucchini D (eds). *Convegno Internazionale Psico-Oncologia: Sapere, Cultura e Pratica clinica*. Brescia 2008.
56. Carlson LE, Speca M, Faris P, et al. One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 1038-49.
57. Carlson LE, Speca M, Patel KD, et al. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulphate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 448-74.
58. Ott MJ, Norris RL, Bauer-Wu SM. Mindfulness meditation for oncology patients: a discussion and critical review. *Integr Cancer Ther* 2006; 5: 98-108.
59. Smith JE, Richardson J, Hoffman C. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nur* 2005; 52: 315-27.
60. Sherman C, Payne S, Fenlon D. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psychooncology* 2010. Epub ahead of print.
61. Bruce A, Davies B. Mindfulness in hospice care: practicing meditation-in-action. *Qual Health Res* 2005; 15: 1329-44.
62. Carotenuto A. *Oltre la psicoterapia*. Milano: Bompiani, 2004; p.80.
63. Ostaseski F. *Saper accompagnare*. Milano: Mondadori, 2006; p. 36.

