



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

Dipartimento delle Scienze Umane e Sociali

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Anno Accademico 2022/2023

TESI DI LAUREA

Il paziente oncologico: risvolti emotivi e psicologici

Docente relatore: Prof.ssa Letizia Maria Elvira Martinengo

Candidata: Giusy Melillo

N° matricola: 20 D03 222



*A chi non respira più con me,  
ma continua a vivere al mio fianco*



## Indice

Introduzione.....	1
CAPITOLO 1 – Le neoplasie.....	3
1. Epidemiologia e fattori di rischio.....	5
1.1 Fattori di rischio ambientali.....	6
1.2 Fattori di rischio dipendenti dal profilo genetico dell’ospite.....	8
2. Incidenza .....	10
3. Mortalità e sopravvivenza .....	12
CAPITOLO 2 – Risvolti emotivi nel paziente oncologico .....	15
1. Le emozioni nel paziente oncologico.....	15
1.1. Rabbia .....	17
1.2. Senso di colpa.....	20
1.3. Sintomi ansiosi e depressione .....	23
2. Lutto anticipatorio .....	28
3. Accettazione .....	31
CAPITOLO 3 – Risvolti psicologici nel paziente oncologico.....	34
1. Attaccamento e stili relazionali .....	35
1.1 Relazione terapeutica.....	37
1.2 Stili di coping.....	40
2. Il sentimento di autoefficacia.....	42
3. Ricostruire la propria identità.....	45
Conclusione.....	48
Bibliografia.....	51

## **Introduzione**

La psico-oncologia, che connette i fattori comportamentali e quelli psicologici all'incidenza e alla progressione del cancro, suggerisce che i fattori psicosociali possano avere un impatto su alcune tipologie di neoplasia: la diagnosi e i trattamenti del cancro rappresentano un'esperienza estremamente stressante e in grado di produrre esiti psicologici negativi di lunga durata, come disagio emotivo, depressione, ansia, problemi legati al sonno, affaticamento e compromissione della qualità della vita. Il cancro è comunemente percepito come una malattia pericolosa, potenzialmente traumatica e letale, percezioni esacerbate dall'insorgenza improvvisa e dalla natura incontrollabile della neoplasia (Seiler, Jenewein, 2019); può essere considerato come un complesso processo multifattoriale in cui i fattori psicosociali contribuiscono alla genesi e alla progressione del cancro (Lang-Rollin, Berberich, 2018). I pazienti oncologici sono posti di fronte a sfide e cambiamenti che hanno ripercussioni sulla loro vita e ai quali devono adattarsi durante il corso delle terapie e dei trattamenti.

Il presente elaborato di Tesi, che intende descrivere e analizzare i risvolti emotivi e psicologici correlati al cancro, nasce dalla volontà di indagare l'esperienza soggettiva della malattia neoplastica e da un personale interesse per il campo oncologico.

Il primo capitolo si concentra sulla caratterizzazione della malattia neoplastica, ponendo le basi per la comprensione dei vissuti emotivi e psicologici dei pazienti oncologici: partendo dalla definizione di tumore e dalla distinzione tra neoplasia benigna e maligna, ho analizzato i fattori di rischio, ambientali e dipendenti dal profilo genico dell'ospite, per poi concentrarmi sull'incidenza, la mortalità e la sopravvivenza.

Il secondo capitolo, incentrato sui vissuti emotivi dei pazienti oncologici, è introdotto da un'analisi delle emozioni e delle modalità di esteriorizzazione di queste ultime; i paragrafi successivi sono dedicati alla descrizione dei principali risvolti emotivi, quali rabbia, senso di

colpa, sintomi ansiosi e depressione; con il fine di comprendere al meglio l'esperienza emotiva del paziente ho dedicato parte del capitolo alla descrizione del fenomeno del lutto anticipatorio e all'accettazione della nuova condizione di vita, ovvero quella della malattia neoplastica.

Il terzo capitolo, che focalizza l'attenzione sui risvolti psicologici connessi alla malattia oncologica, apre al passaggio dal modello biomedico a quello biopsicosociale, transizione che, modificando l'idea di infermità, evidenzia la necessità di considerare i fattori psicosociali come parte integrante dell'esperienza della malattia, in particolare riguardo all'analisi della relazione medico-paziente, letta e analizzata mediante la teoria dell'attaccamento di Bowlby, teoria che ha consentito di esaminare gli stili di attaccamento nei bambini e negli adulti e di comprendere come tali stili si riflettano nella relazione terapeutica e nell'alleanza di lavoro. Nei paragrafi che seguono mi sono dedicata allo studio degli stili e delle strategie di *coping* adottate dai pazienti per far fronte alla malattia oncologica, e del sentimento di autoefficacia, drammaticamente ridotto a seguito della diagnosi e nel corso dei trattamenti. Infine, ho rivolto la mia attenzione alla ricostruzione dell'identità e alla necessità di ritrovare e donare un nuovo senso alla propria esistenza, al di là della neoplasia.

## CAPITOLO 1 – Le neoplasie

La malattia oncologica rappresenta una prova esistenziale destabilizzante, uno tra gli eventi più traumatici e stressanti per il soggetto cui viene diagnosticata. Ogni paziente affronta in modo unico la malattia, attraverso un processo di adattamento sia mentale che fisico; nonostante i progressi in ambito oncologico, il cancro viene visualizzato come un processo insidioso e incontrollabile che invade e trasforma le sfere della vita dell'individuo. Il primo capitolo di questo elaborato, che si dedica alla descrizione delle caratteristiche della malattia neoplastica, funge da cornice per l'inquadramento e l'analisi dei vissuti e dei risvolti psicologici ed emotivi del paziente oncologico.

«La neoplasia può essere definita come un disturbo della crescita cellulare determinato da una serie di mutazioni acquisite, relative a una singola cellula e alla sua discendenza clonale» (Kumar, Abbas, Aster, 2017, p 258).

«Le neoplasie presentano due componenti fondamentali: (1) cellule neoplastiche che formano il parenchima tumorale e (2) uno stroma costituito da tessuto connettivo, vasi sanguigni e quantità variabili di cellule del sistema immunitario acquisito e innato» (*ibidem*). La classificazione dei tumori e del loro comportamento biologico è basata principalmente sulla componente parenchimale ma la crescita e l'espansione delle neoplasie dipende fondamentalmente dallo stroma. In alcuni casi le cellule parenchimali stimolano la formazione di uno stroma ricco di collagene che viene denominato *desmoplasia*; in altri, il tessuto connettivo è scarso, motivo per il quale la neoplasia risulta molle e carnosa.

È definito benigno un tumore il cui aspetto macroscopico e microscopico è considerato relativamente innocuo: si tratta di tumori che non si estendono ad altre sedi e che è possibile rimuovere chirurgicamente senza complicazioni per il paziente; tuttavia, alcune volte i tumori benigni possono produrre notevoli conseguenze ed essere fatali. I tumori benigni, in generale,



vengono denominati aggiungendo il suffisso *-oma* al nome del tipo di cellula da cui proviene il tumore; ad esempio, un tumore benigno che si origina a partire da un tessuto fibroso viene definito *fibroma*; la nomenclatura per i tumori epiteliali benigni è, invece, più complessa: alcuni sono classificati secondo criteri microscopici, altri in base alla loro architettura macroscopica, altri ancora in base alle cellule di origine.

I tumori maligni, comunemente denominati *cancri*, termine derivato dal latino *cancer* (granchio) a causa della capacità di aderire a qualsiasi superficie con cui entrano in contatto, possono invadere e distruggere le strutture adiacenti e diffondersi (metastatizzare) fino a provocare la morte del paziente. La classificazione dei tumori maligni segue lo stesso principio impiegato per le neoplasie benigne, con alcune ulteriori specificazioni:

1. I tumori maligni che originano dai tessuti mesenchimali solidi sono definiti *sarcomi*,
2. I tumori maligni che hanno origine da cellule della linea emopoietica sono denominati *linfomi* o *leucemie*,
3. I tumori maligni delle cellule di origine epiteliale sono definiti *carcinomi*.

Le caratteristiche principali che consentono di differenziare i tumori benigni da quelli maligni sono due: lo sviluppo delle metastasi e l'invasività; mentre i tumori benigni progrediscono come masse compatte, circoscritte alla sede d'origine, che non hanno la capacità di infiltrare o di metastatizzare, i tumori maligni sono localmente invasivi e in grado di infiltrare i tessuti circostanti. La metastasi è definita come «l'espansione di un tumore verso aree fisicamente non contigue rispetto al punto originario della neoplasia» (Kumar, Abbas, Aster, 2017). Il processo metastatico, descritto nella Figura 1, consiste in una serie di fasi, quali: (a) tumore primario, (b) angiogenesi nel tumore primario, (c) intravasazione, (d) migrazione ed extravasazione, (e) colonizzazione di nuovo tessuto e (f) angiogenesi e crescita di un tumore secondario (Mathot, Steninger, 2012). Generalmente, i tumori che metastatizzano sono più difficili da trattare e hanno una prognosi peggiore, in quanto maggiormente resistenti alle terapie convenzionali.

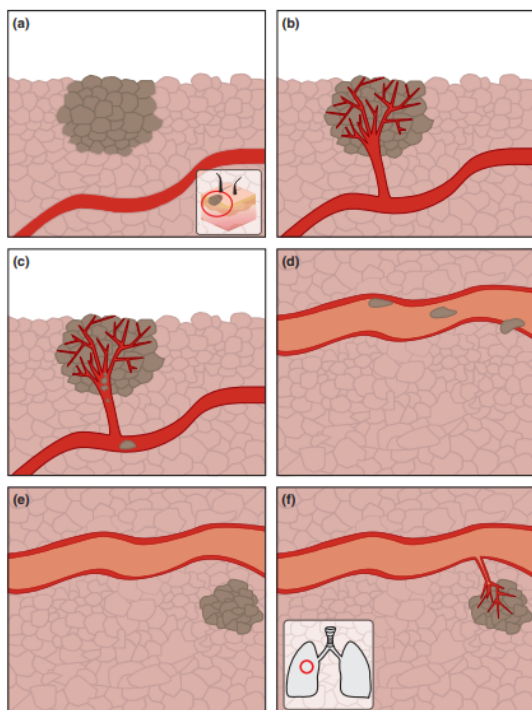


Figura 1. Fasi del processo metastatico (Mathot, Stenninger, 2012)

Le cellule della neoplasia inducono angiogenesi nel tessuto di origine per aumentare l'afflusso di sangue verso la massa tumorale in crescita; a ciò è associato un maggiore *intake* di fattori di crescita, sostanze nutritive, ossigeno ma non solo: la vascolarizzazione rende la neoplasia più prona al distaccamento e alla diffusione di cellule neoplastiche dando origine a metastasi secondarie.

### 1. Epidemiologia e fattori di rischio

Gli studi epidemiologici hanno contribuito a riconoscere le origini della patologia, prendendo in considerazione particolari fattori ambientali e culturali nell'insorgenza di specifiche neoplasie. Le cause delle alterazioni del DNA nell'oncogenesi sono legate a stili di vita, esposizioni ambientali, ad agenti infettivi, a mutazioni genetiche ereditarie o non ereditarie casuali. I fattori di rischio possono essere racchiusi in due categorie, spesso correlate:

1. Fattori di rischio ambientali (*environmental*), che comprendono agenti infettivi, chimici, fisici, alimentazione e stile di vita; questi fattori possono combinarsi tra loro, moltiplicando il rischio di tumore.
2. Fattori di rischio dipendenti dal profilo genetico dell'ospite (*host-related conditions*), che includono il profilo endocrino-metabolico e quello immunologico del soggetto, oltre che alcune caratteristiche genetiche, anche ereditabili.

L'insorgenza di un tumore è determinata dalla componente ambientale che si combina con il profilo genetico dell'ospite, il quale può contrastare o favorire lo sviluppo della neoplasia: i fattori interagiscono tra loro in modo quantitativamente e qualitativamente variabile (Rugge, Bricca, 2021).

### **1.1 Fattori di rischio ambientali**

I fattori ambientali più noti sono il tabagismo, gli agenti infettivi, l'obesità e il consumo di bevande alcoliche; inoltre sono compresi l'esposizione ai raggi ultravioletti, le sostanze cancerogene ambientali e le radiazioni ionizzanti. Nonostante sia la componente ambientale che quella genetica concorrano allo sviluppo del cancro, la prima sembra essere il fattore di rischio predominante nella maggior parte dei casi.

Il fumo di tabacco rappresenta il principale singolo fattore di rischio. È infatti associato all'insorgenza di circa un tumore su tre e a diciassette tipi di diverse neoplasie; l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) afferma che il fumo è causa di tumori alla laringe, alla faringe, al cavo orale, al pancreas, ai reni, ai polmoni, alle cavità nasali e seni paranasali, all'esofago e allo stomaco. Il fumo passivo secondario, inalato involontariamente dai soggetti che si trovano nelle vicinanze del fumatore e dal fumatore stesso, ed il fumo di terza mano, costituito dai residui di combustione della sigaretta che si depositano su pelle, vestiti e superfici, sono altrettanti fattori di rischio conclamati: nello specifico, l'assunzione di fumo passivo e di terza mano comporta l'introduzione nell'organismo di dieci volte più

nitrosammine e fino a settanta volte più ammoniacca rispetto al solo fumo attivo. Il fumo passivo, quindi, aumenta il rischio di tumore al polmone, alla laringe, all'esofago, alla gola, al cervello, alla vescica, all'ano, allo stomaco e il rischio di leucemia infantile (Lewandowska, Rudzki, Rudzki, Lewandowski, Laskiwka, 2018). La combinazione di alcol e tabacco incrementa il rischio di tumori del tratto digerente e delle vie respiratorie mentre il consumo e l'abuso di bevande alcoliche aumenta il rischio di sviluppare carcinomi dell'orofaringe, della laringe, dell'esofago e del carcinoma epatocellulare (*ibidem*).

Le infezioni croniche causano circa il 10-12% dei tumori, con percentuali di rischio variabili da Paese a Paese, infezioni che includono: vari ceppi di Papilloma virus, virus dell'epatite B e C, virus di Epstein-Barr e l'*Helicobacter pylori* (Serraino, Fratino, Carreras 2021).

L'esposizione ai raggi ultravioletti è compresa tra i fattori di rischio ambientali più comuni, infatti è dimostrato come un'eccessiva esposizione alle radiazioni incrementi il rischio di sviluppare tumori della pelle, come melanoma e carcinoma squamoso. L'accumulo di danni a carico del DNA da parte dei raggi UV danneggia i percorsi che portano all'apoptosi delle cellule danneggiate e promuove la proliferazione di cellule alterate e immature (Lewandowska, Rudzki, Rudzki, Lewandowski, Laskiwka, 2018). I primi resoconti sulla nocività delle radiazioni ionizzanti furono pubblicati nel XX secolo in seguito all'osservazione dei bambini sopravvissuti all'esplosione delle bombe atomiche su Hiroshima e Nagasaki; la letteratura riporta che la percentuale di tumori attribuiti alle radiazioni è del 2-3% (*ibidem*): il rischio dipende dalla dose di radiazioni e dal numero di esposizioni.

L'obesità è un fattore di rischio correlato ad un ampio spettro di tumori, oltre che ad una peggior prognosi per diverse tipologie di cancro e, infatti, una dieta scorretta è considerata una delle principali cause di tumori maligni: il *World Cancer Research Fund Report 2007* stima che il 35% dei casi di cancro nel mondo possa essere attribuito all'alimentazione non equilibrata e alla mancanza di attività fisica. Studi epidemiologici hanno dimostrato che l'obesità è associata

a un incremento del rischio di tumore: in una monografia del 2002, *l'International Agency for Research of Cancer (IARC)* ha presentato una tesi secondo la quale l'obesità può essere considerata causa di tumori all'esofago, al rene, al colon e al seno; studi confermati dal *World Cancer Research Found (WCRF)* nel 2007 (Lewandowska, Rudzki, Rudzki, Lewandowski, Laskiwka, 2018).

## **1.2 Fattori di rischio dipendenti dal profilo genetico dell'ospite**

Recentemente sono stati individuati tipi di geni che possono aumentare l'oncogenesi: BRCA1 e BRCA2, p53, KRAS rappresentano le principali mutazioni geniche correlate al cancro. La maggior parte dei geni soppressori identificati codificano proteine assenti, non funzionali o con funzionalità ridotta e insufficiente; la natura di tre mutazioni osservate in BRCA1, gene composto da ventiquattro esoni, ventidue dei quali si traducono in una proteina contenente 1863 amminoacidi, è coerente con la produzione di proteine non funzionali o dominanti-negative: si tratta di mutazioni situate nella metà dell'acido carbossilico (COOH) terminale della proteina (Miki, Swensen, Shattuck-Eidens, Futreal, Harshman, Tavtigian, Liu, Cochran, Bennett, Ding, et al., 1994). L'incremento di probabilità di sviluppare tumore al seno e tumore ovarico causata dagli alleli mutanti del BRCA1 si quantifica rispettivamente, in un aumento del 15-45% e dell'80% rispetto ai soggetti con BRCA1 non mutato. (Martin, Weber, 2000). Il gene dominante BRCA2, le cui mutazioni sono associate a tumori al colon, alla prostata, al pancreas, al seno, allo stomaco e a melanomi, diversamente dal BRCA1, non incrementa il rischio di tumore alle ovaie. Lo screening dei geni BRCA1 e BRCA2 risulta essere difficoltoso a causa della lunghezza del gene e delle differenze nelle popolazioni; diversi studi (Neuhausen, 2000; Fackenthal e Olopade, 2007; Ferla et al., 2007) hanno infatti mostrato come in alcuni Paesi le mutazioni dei due geni siano limitate e meno probabili: uno studio sullo spettro delle mutazioni nella popolazione greca (Konstantopoulou et al., 2008), eseguito su 978 pazienti con carcinoma mammario e di età compresa tra i 20 e gli 87 anni, ha dimostrato come quattro mutazioni

BRCA1 rappresentino il 54% delle mutazioni rilevate nei geni BRCA1 e BRCA2 (Armaou, Pertesi, Fostira, Thodi, Athanasopoulos, Kamakari, Athanasiou, Gogas, Yannoukakos, Fountzilias, 2009). Inoltre, studi che hanno analizzato la storia familiare (Shih et al., 2000; Fackenthal and Olopade, 2007; Palma et al., 2008) hanno dimostrato una predominanza delle mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2, evidenziando un aumento del rischio che varia dal 20% al 67%.

Le mutazioni nel gene TP53 (p53) sono presenti in gran parte dei tumori e, in modo particolare, nel 60% dei tumori del colon-retto. Il p53 è un soppressore tumorale e risponde a vari segnali che conducono a numerose risposte cellulari, come l'arresto preventivo del ciclo cellulare, l'apoptosi e la senescenza, processo caratterizzato dal decadimento di alcune funzioni fisiologiche (Goh, Coffill, Lane, 2010); oltre al ruolo di oncosoppressione, è stato dimostrato che alcune mutazioni di tipo missenso, mutazioni che prevedono la sostituzione di una base azotata all'interno di una sequenza di DNA, portano il gene p53 a perdere la funzione protettiva verso la trasformazione in cellula tumorale e portare all'acquisto di funzioni pro-oncogenetiche (Nakayama, Oshima, 2019). Le mutazioni a carico di p53 conferiscono un aumento di suscettibilità al cancro e possono essere ereditarie o somatiche: nel 1983 sono stati osservati elevati livelli di proteine mutanti p53 nei tumori del topo; seguirono prove di un simile accumulo nei tumori umani. Se combinato con l'attivazione di KRAS e la soppressione del TGF- $\beta$  si associa con lo sviluppo di metastasi.

Le proteine RAS sono piccole GTPasi (enzimi che idrolizzano guanosintrifosfato, GTP) che conducono all'attivazione di vie di segnalazione, promuovendo una varietà di trattamenti cellulari, come la proliferazione delle cellule. Le proteine sono codificate da geni omologhi: HRAS, NRAS, KRAS4A e KRAS4B, le cui attivazioni sono evidenziate nel 25% dei tumori umani; ciò li rende la famiglia oncogenica più diffusa e più frequentemente mutata. La maggior parte delle mutazioni interessano l'isoforma di KRAS (circa l'86%), la cui frequenza e

distribuzione varia a seconda della tipologia di cancro: sono predominanti nell'adenocarcinoma duttale pancreatico (PDAC, 98%), nel cancro colon-rettale (52%) e nel polmone (32%). Le mutazioni KRAS sono strettamente legate ad infiammazioni che promuovono il tumore; inoltre il gene mutato KRAS può promuovere il rimodellamento stromale, conducendo alla formazione di metastasi (Hamarsheh, Groß, Brummer, Zeiser, 2020).

## **2. Incidenza**

Annualmente si registrano circa 376.000 nuove diagnosi di tumore maligno. I tumori più frequenti nelle donne sono quello alla mammella, al colon-retto e al polmone, mentre negli uomini sono più frequenti quelli alla prostata, al colon-retto e al polmone. (Mangone, Serraino, 2022).

Confronti geografici basati su dati AIRTUM 2010-2015 mostrano la persistenza, in Italia, di un quadro eterogeneo per i principali indicatori epidemiologici: è stato evidenziato un gradiente geografico per l'incidenza tumorale con livelli che si riducono dal Nord al Sud con tasso di incidenza per tutti i tumori più basso tra gli uomini del 4% al Centro e del 14% al Sud e nelle Isole mentre per le donne i tassi prevedono un decremento del 5% e del 17% rispettivamente. Per alcuni tumori, come quello all'esofago o il melanoma, si è confermato un tasso d'incidenza doppio al Nord rispetto al Sud e nelle Isole per entrambi i sessi; risultati analoghi sono stati registrati per il tumore ai reni e alla prostata. Di contro, al Sud e nelle Isole si è segnalata una maggiore incidenza per il tumore delle vie biliari, del sarcoma di Kaposi e della tiroide. (Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group, 2019).

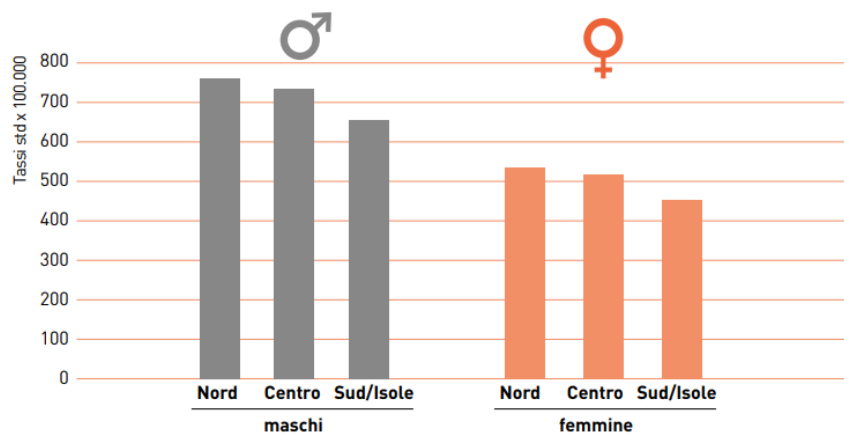


Figura 2 - AIRTUM 2010-2015. Tutti i tumori, esclusi i tumori della cute non melanomi. Tassi d'incidenza standardizzati sulla nuova popolazione europea per area geografica e sesso (Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group, 2019)

Le differenze registrate potrebbero dipendere da fattori protettivi, come i diversi stili di vita o le abitudini alimentari, e una differente esposizione a fattori cancerogeni, come l'inquinamento ambientale o il fumo.

Tra il 2008 e il 2016 è stato registrato un aumento statisticamente significativo nel complesso dei tumori: nelle donne un incremento annuo dell'1,3% e negli uomini al di sotto dei cinquanta anni dello 0,7%. I melanomi rappresentano i tumori con maggior incremento annuale e in tutte le fasce di età (+8,8% negli uomini e +7,1% nelle donne), incrementi correlati a esposizioni volontarie ai raggi UV e alla disponibilità di tecniche diagnostiche sempre più accurate. Tra il 2008 e il 2016 è stato rilevato un aumento di incidenza del tumore alla mammella in tutte le fasce d'età, in particolar modo nella fascia di età sotto i cinquanta anni (+1,6% annuo), al contempo, si sono registrati aumenti di tumore al pancreas e alla tiroide, sia nelle donne che negli uomini. Altre tipologie di tumore hanno subito una diminuzione nell'incidenza in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età: tra questi i tumori dello stomaco, del colon-retto e delle vie biliari. Anche le leucemie registrano un decremento, nel loro complesso, sopra i cinquanta anni sia negli uomini che nelle donne. (AIRTUM Working Group, 2020).

Con l'avvento della pandemia da SARS-CoV-2 è mutata la gestione della patologia oncologica: in Italia, la pandemia ha causato un aumento della mortalità dei pazienti oncologici, in particolar



modo nei maschi, in età avanzata e con tumore diagnosticato da meno di due anni; la pandemia ha inoltre causato un calo delle nuove diagnosi, decremento imputabile in parte alla sospensione degli screening oncologici, in parte al rallentamento delle attività diagnostiche. (Mangone, Serraino, 2022).

### **3. Mortalità e sopravvivenza**

Nel 2017 i tumori hanno provocato la morte di 180.085 individui, di cui 170.554 tumori maligni e 9.531 tumori benigni o dal comportamento incerto; la causa più frequente di morte oncologica è rappresentata dal tumore del polmone (18,8%), seguito dal tumore del colon-retto e ano, della mammella, del pancreas e del fegato. Il tumore del polmone, nell'anno del rilevamento, costituiva la più frequente causa di morte negli uomini (23,9%), mentre il tumore della mammella era la prima causa di morte oncologica nelle donne (16,1%) (AIRTUM Working Group, 2020).

«I tassi di mortalità per tutti i tumori sono diminuiti circa del 10% negli uomini e dell'8% nelle donne tra il 2015 e il 2021, con tassi di mortalità previsti di circa 113 per 100.000 uomini e 73 per 100.000 donne; il numero di decessi è tuttavia aumentato dello 0,6% per gli uomini e del 2,0% per le donne, raggiungendo rispettivamente 100.200 e 81.100 morti, riflettendo l'invecchiamento della popolazione» (Santucci, La Vecchia, Negri, Malvezzi, Bertuccio, 2021). Nel primo semestre del 2020 i tumori sono stati causa di morte di 87.739 soggetti (-2,6% negli uomini e -1,0% nelle donne) ed è stato registrato un marcato calo della mortalità per i tumori respiratori, dello stomaco e del fegato. Contrariamente, sono stati evidenziati aumenti per i tumori del pancreas, della tiroide, del sistema nervoso centrale e per il melanoma. È stata registrata una discrepanza tra i risultati emersi negli uomini e nelle donne per varie sedi, tra le quali il melanoma (+4,7% negli uomini e -2,8% nelle donne), il polmone (-8,8% negli uomini e +2,0% nelle donne) e la tiroide (+15,9% negli uomini e -6,7% nelle donne). La mortalità per

tumori associati al fumo di tabacco nel primo semestre pandemico ha confermato il *trend* precedente: aumento nelle donne del 2,0% e diminuzione negli uomini dell'8,8% per tumori dell'esofago, della trachea e dei bronchi e del polmone (Frova, Grande, Grippo, Marchetti, Pappagallo, Fratino, Serraino, 2022). Complessivamente, la mortalità oncologica è risultata inferiore al quinquennio precedente; in Italia, la pandemia da SARS-CoV-2 non sembra aver influito in modo diretto sull'andamento della mortalità oncologica.

Lo studio sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici è uno strumento fondamentale per la valutazione degli esiti in oncologia: «la sopravvivenza è il principale *outcome* in campo oncologico e permette, attraverso la misura del tempo dalla diagnosi, di valutare l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso nei confronti della patologia tumorale» (Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group, 2019). La sopravvivenza è legata a due aspetti: (1) la fase durante la quale viene diagnosticata la malattia e (2) l'efficacia del trattamento; anche la disponibilità e l'accesso a terapie efficaci e gli interventi di prevenzione secondaria influiscono fortemente sulla sopravvivenza.

I dati di sopravvivenza netta (sopravvivenza non imputabile a cause diverse dal cancro) a 5 anni è un indicatore largamente impiegato, nonostante non rappresenti un valore soglia per la guarigione che si riferisce alla completa remissione di una malattia neoplastica, raggiungibile in tempi diversi, anche in funzione dell'età e del sesso. Si definisce guarito un malato di cancro nel momento in cui la sua aspettativa di vita è uguale a quella di una persona sana dello stesso sesso e della stessa età. I valori di sopravvivenza per i tumori dipendono dai livelli rilevati per le singole patologie e variano dal 90% (dopo 5 anni dalla diagnosi) a meno del 10%. Il tempo per la guarigione è inferiore ai 5 anni nel caso di tumore della tiroide, del testicolo e di linfomi di Hodgking; è inferiore a 10 anni nel caso di tumore della cervice uterina, del colon-retto e melanoma (Dal Maso, Guzzinati, Tralongo, Serraino, 2022).

Per alcuni tumori per i quali c'è stato un potenziamento dello screening precoce, la sopravvivenza è notevolmente aumentata; questo aumento è dovuto in parte all'anticipazione diagnostica, in parte ad una quota di sovradiagnosi, riferita a tumori che non sarebbero stati evidenziati senza l'incremento degli stessi esami diagnostici. In generale, la sopravvivenza per molti tumori presenta un *trend* che decresce al crescere dell'età. Le cause sono molteplici come la comorbilità, compresenza di altre patologie, che possono controindicare l'applicazione di alcuni protocolli terapeutici o aumentare la sensibilità agli effetti collaterali delle terapie. Si discosta dal *trend* appena descritto il tumore del colon-retto che presenta valori leggermente superiori per la fascia 55-65 anni rispetto a fasce d'età inferiori; allo stesso modo, il tumore alla mammella è caratterizzato da valori superiori nell'età compresa tra i 45 e i 54 anni rispetto a quella tra i 15 e i 44 anni (Dal Maso, Guzzinati, Tralongo, Serraino, 2022).

«Le neoplasie a prognosi peggiore sono generalmente caratterizzate da una notevole variazione della sopravvivenza condizionata con il passare del tempo dalla diagnosi» (Ferretti, Dal Maso, Guzzinati, 2020, p. 27). Oltre il 50% dei pazienti decede entro un anno dalla diagnosi; la sopravvivenza a un anno è del 30% per i tumori del pancreas, del 40% per i tumori del polmone e dell'esofago e del 50% per i tumori del sistema nervoso centrale, per il mesotelioma e per il tumore del fegato (Ferretti, Dal Maso, Guzzinati, 2020).

La sopravvivenza per tutti i tumori può essere impiegata nell'ambito della sanità pubblica come indicatore complessivo della qualità del Sistema Sanitario Nazionale; di fatto, l'indicatore mette in risalto l'impatto della diversa organizzazione dei sistemi nazionali e del differente accesso ai percorsi di prevenzione secondaria. Confrontando i dati, la sopravvivenza a 5 anni del *pool* dei Registri Tumori Italiani è più bassa rispetto a quella degli Stati Uniti e dei Registri Tumori Australiani, inoltre la stima AIRTUM è più elevata della media europea per entrambi i sessi. Presentano più bassa sopravvivenza rispetto all'Italia paesi come Regno Unito e Irlanda (Dal Maso, Guzzinati, Tralongo, Serraino, 2022).

## **CAPITOLO 2 – Risvolti emotivi nel paziente oncologico**

L'adattamento alla condizione di malattia oncologica è un processo continuativo e faticoso, rinnovato giornalmente, che coinvolge riflessioni, conoscenze, aspetti cognitivi e valutazioni: «nella malattia così come in ogni altra attività umana, cognizione ed emozione, pensiero e affetti, corpo e mente, sono inscindibilmente coinvolti [...]» (Bonino, 2008, p 18).

### **1. Le emozioni nel paziente oncologico**

Il cancro è un evento stressante che interferisce con le dimensioni che costruiscono l'identità e rappresenta una sfida per lo sviluppo date le limitazioni che impone: mette in discussione la rete di significati, di aspettative e di progetti su cui la vita si fonda, prospettando un avvenire incerto. Vivendo numerosi sentimenti di perdita, il soggetto è esposto allo svilupparsi di molteplici emozioni, talvolta in contrasto tra loro; l'emozione, strumento di conoscenza del mondo e di noi stessi, è un'esperienza umana e universale, definita come «un processo che agisce in modo significativo sulle rappresentazioni mentali e sulle motivazioni» (Bonino, 2002, p. 223). L'emozione, che origina dalla percezione di un evento esterno rilevante per l'individuo, è spesso associata a un insieme di alterazioni fisiologiche, come modificazioni della frequenza cardiaca e del respiro, aumentate sudorazione e tensione muscolare; considerabile come meccanismo essenzialmente adattivo, l'emozione è caratterizzata da una rapida insorgenza e una durata limitata nel tempo: si tratta di una perturbazione fasica che funge da mediatore tra il soggetto e il mondo esterno (Plamper, 2018).

L'esteriorizzazione delle emozioni si riferisce primariamente all'insieme delle modalità micro-espressive, gestuali, posturali e vocali attraverso cui l'emozione si manifesta; queste modalità di esteriorizzazione sono legate a due tipologie di comunicazione: spontanea e simbolica. La prima consente di codificare e decodificare le emozioni in maniera diretta e immediata attraverso canali non verbali, generando una comunicazione universalmente condivisa e non

falsificabile; la comunicazione simbolica invece utilizza il linguaggio per realizzare una modalità di esteriorizzazione mediata e socialmente condivisa. Le modalità espressive delle emozioni sono state analizzate in relazione al volto e ad indicatori vocali e paralinguistici, gesti, movimenti del corpo e postura: il viso, che rappresenta l'area più importante del corpo sul piano comunicativo ed espressivo, costituisce un canale privilegiato per l'espressione delle emozioni; le espressioni facciali connesse alle emozioni sono state largamente studiate da Ekman, psicologo statunitense il cui contributo teorico più importante è stato il *Facial Action Coding System* (FACS), un sistema scientifico che permette di identificare lo stato emozionale del soggetto in esame valutandone le microespressioni: il FACS attribuisce una combinazione di codici a determinate microespressioni, definite "action units" (unità d'azione, AU). La teoria di Ekman (1978) prevede che gli stimoli che generano una determinata valutazione emotiva originino la medesima reazione nei volti di qualsiasi essere umano, inducendo sempre lo stesso schema di movimenti facciali. Ekman postula l'esistenza di sei emozioni di base, ovvero dei sistemi cognitivi biologicamente ereditati: la felicità, la tristezza, il disgusto, la rabbia, la sorpresa e la paura (Caruana, Viola, 2018). I gesti e gli altri movimenti del corpo rappresentano un ulteriore mezzo di segnalazione delle emozioni e sono strettamente correlabili al grado di attivazione: si tratta di movimenti del corpo prodotti per veicolare lo stato emotivo specifico e l'emozione percepita dal soggetto. Allo stesso modo, la postura, ovvero la modalità con cui il corpo si muove nello spazio, partecipa all'espressione emotiva segnalando l'intensità del grado di attivazione emozionale lungo la dimensione tensione-rilassamento (Bonino, 2002).

L'impatto psicologico e le risposte emotive alla diagnosi di tumore variano considerevolmente sulla base di alcuni fattori che includono parametri medici, come diagnosi, che può essere infausta, causa della neoplasia, sintomi e manifestazioni della malattia, età e sesso, abilità di *coping* del paziente e assenza o presenza di supporto sociale e finanziario (Barraclough, 1999). La diagnosi di cancro può suscitare diverse reazioni emotive nei pazienti, come shock, paura e

ansia, disperazione, rabbia, senso di colpa, accettazione o sollievo a seguito di un lungo periodo di diagnosi incerta; la reazione emotiva può essere valutata dal soggetto come più invalidante della malattia stessa: oltre alla sofferenza fisica e corporea, il paziente deve affrontare una crisi che investe anche l'immagine di sé, il proprio progetto esistenziale, il proprio ruolo e che impone degli adattamenti particolari, per cui il malato inizia a ricercare nuovi significati da attribuire alla propria esistenza. Nel contesto della malattia neoplastica, il racconto diviene uno strumento per ritrovare coerenza: attraverso questo il soggetto tenta di ridisegnare l'identità e di dare ordine al mondo; parlare delle proprie emozioni, anche avvalendosi del linguaggio interiore, mentale e personale, impiegato per dialogare con se stessi, permette di darvi forma e di condividerle con gli altri.

I prossimi paragrafi verteranno sulla descrizione di alcuni vissuti emotivi del paziente oncologico.

### **1.1. Rabbia**

La rabbia è considerata parte integrante dell'esperienza del dolore, una normale reazione alla perdita e alla malattia: si associa, infatti, all'intensità del dolore in condizioni croniche, correlando con risposte di *coping* disadattive, scarsa qualità del sonno e comportamenti dannosi (Iyer, Rom Korin, Higginbotham, Davidson, 2010). La rabbia è un'emozione primaria o di base, definita "*problem solver*" e caratterizzata da un antagonismo verso qualcosa o qualcuno (Kazdin, 2000), che nasce da un evento percepito come ostacolo alla realizzazione di un bisogno o da un'intrusione percepita. L'emozione in esame può essere concettualizzata lungo tre dimensioni:

1. la valenza negativa;
2. l'intensità, variabile in base alla situazione, lungo un continuum i cui poli sono intensità lieve e alta intensità;

3. la forma, emozione o umore (Fernandez, Turk, 1995; Horesh, Rolnick, Iancu, Dannon, et al., 1997; Eckhardt, Norlander, Deffenbacher, 2004; Fernandez, Kerns, 2008; Potegal, 2010).

In accordo con il modello di Scherer, è possibile distinguere cinque componenti della rabbia:

1. Componente cognitiva: *appraisal*, valutazione che implica un giudizio espresso a livello di funzionamento cognitivo basso;
2. componente neurofisiologica: sistema nervoso autonomo, risposta fisiologica;
3. componente motivazionale: emozioni come motivazione, responsabili dei piani d'azione volti alla sopravvivenza;
4. componente espressivo-motoria: movimenti del volto, gesti, postura;
5. componente esperienziale: esperienza, vissuto emotivo.

Le espressioni prototipiche di rabbia sono caratterizzate da labbra che stringendosi si muovono a formare una U rovesciata mentre le sopracciglia si abbassano e si avvicinano formando delle rughe; il movimento delle sopracciglia è consentito dall'azione di due muscoli mimici: il muscolo procerico, situato nella parte superiore del naso, e il muscolo corrugatore (Marsh, Adams Jr., Kleck, 2005); stringere i pugni e battere uno o entrambi i piedi sono esempi di movimenti del corpo prodotti per veicolare l'emozione della rabbia (Bonino, 2002).

Rabbia e dolore sono emozioni tradizionalmente visualizzate come negative che si influenzano vicendevolmente attraverso complessi meccanismi biologici, affettivi e comportamentali: la rabbia può esacerbare ed essere conseguenza del dolore; i suoi effetti avversi sull'esperienza di dolore cronico, trattamenti e relazioni sociali sono dimostrati da diversi studi (Burns, Higdon, Mullen, Lansky, Wei, 1999; Greenwood, Thurston, Rumble, Waters, Keede, 2003; Gerhart, Sanchez Varela, Burns, Hobfoll, Fung, 2015).

Le dimensioni cognitive associate alla rabbia includono la frustrazione, l'attribuzione esterna degli esiti negativi, ad esempio la colpa, e l'ingiustizia percepita; i modelli di frustrazione-aggressività suggeriscono che la rabbia derivi da ostruzioni esterne a obiettivi personali significativi: i pazienti con dolore possono rimanere intrappolati in un circolo vizioso caratterizzato da perseveranza e frustrazione, derivante dagli sforzi per ridurre il dolore (Trost, Vangronsveld, Linton, Quartana, Sullivan, 2012). Le teorie attribuzionali (Heider, 1958; Jones, Davis, 1965; Kelly, 1967) suggeriscono che gli individui, motivati a comprendere le cause degli eventi, tendano a sperimentare rabbia quando individuano in una causa esterna l'origine degli accadimenti negativi che li coinvolgono (Neumann, 2000); l'esternalizzazione della colpa può far sì che il soggetto sperimenti una mancanza di controllo, connessa a un aumento del sentimento di disagio e di impotenza. Secondo DeGood e Kiernan (1996) i pazienti che incolpano gli altri per il proprio dolore riporterebbero maggiore disagio emotivo e più sofferenza rispetto a coloro che non attribuiscono ad altri la responsabilità della propria esperienza. Recenti studi di Sullivan, Adams, Horan, Maher, Boland e Gross (2008) hanno sottolineato come i pazienti con dolore cronico tendano a percepirsi come vittime di un'ingiustizia; in relazione a tale sentimento, nell'ambito della riabilitazione, si sono registrati miglioramenti fisici limitati, minori possibilità di rientro al lavoro ed evitamento degli appuntamenti (*ibidem*). Lo studio di Burns, Mullen, Lansky e Wei (1999) è coerente con quanto riportato: mostra come la rabbia non regolata possa influenzare l'esperienza del dolore e compromettere la creazione di un'alleanza di lavoro. La rabbia del malato, infatti, è spesso associata alla rottura del rapporto medico-paziente e può condurre ad una minor *compliance* ai trattamenti e il personale medico può rispondere alla rabbia del paziente con evitamento e ostilità, influenzando negativamente l'*outcome* e le successive consultazioni (Pene, Kissane, 2019). E. Kübler-Ross (1972), che si è dedicata allo studio della rabbia come risposta alla malattia oncologica, ha osservato come questa emozione possa modificare il processo decisionale e le modalità di pensiero del paziente,



conducendo a comunicazioni ostili e malintesi, per le quali il malato attribuisce colpa al personale medico giudicandolo come incompetente o non sufficientemente chiaro nella comunicazione. Il paziente incline alla rabbia, spesso giudicato come difficile, potrebbe sviluppare degli atteggiamenti negativi che scoraggerebbero l'accettazione delle cure palliative (Gerhart et al., 2016).

La rabbia percepita dal paziente può derivare da aspetti legati alla malattia, come la diagnosi e i trattamenti, o essere connessa ad altri aspetti, come situazioni familiari o finanziarie; non di rado l'emozione è legata alla percezione di mancato controllo, ai sentimenti di impotenza e alla mancata realizzazione di obiettivi: molti pazienti sentono di non avere tempo e di essere intrappolati in una situazione dalla quale non è possibile fuggire. La rabbia può essere orientata ai familiari: il paziente può sentirsi incompreso o abbandonato dalla sua rete sociale; per tali ragioni, il personale medico dovrebbe favorire un confronto tra il malato e i parenti (Faulkner, Maguire, Regnard, 1994).

L'esperienza del disagio emotivo suscitato dalla rabbia del paziente non dovrebbe essere evitata: facilitare un'espressione emotiva alternativa, ascoltando e ponendo attenzione alle preoccupazioni del malato, è utile per il paziente e per il personale medico; esplorare la rabbia del paziente consente all'*equipe* medica di comprendere e identificare le preoccupazioni del malato e di affrontarle condividendo il carico emotivo del soggetto. Tendenzialmente, la rabbia si risolve se al paziente vengono concessi tempo e rispetto insieme a informazioni chiare e coerenza da parte del *team* sanitario (Philip, Gold, Schwarz, Komesaroff, 2007).

## **1.2. Senso di colpa**

Le persone tendono a sviluppare convinzioni circa la propria condizione di salute e la controllabilità di questa: credenze che si rilevano fortemente influenzate dalle esperienze passate e dall'individuale capacità di affrontare le avversità della vita; coerentemente con le prove a sostegno dell'associazione tra cattiva salute, fattori di rischio biologici e stile di vita, i

pazienti attribuiscono la causa della loro malattia a fattori interni, come la condotta (*World Health Organization* (WHO), 2002).

«[...] La mente umana ha difficoltà ad accettare l'idea della casualità e cerca di rinvenire un ordine in quel che accade, di trovare una spiegazione agli eventi drammatici o anche solo inusuali: l'attribuzione di responsabilità al malato rientra in questo tentativo» (Bonino, 2008, p. 51).

Nell'ambito della psicologia sociale viene sviluppata un'ipotesi, denominata “del mondo giusto”, secondo la quale le persone presumono di vivere in un mondo giusto nel quale ognuno ottiene ciò che merita e merita ciò che ottiene. Lerner (1965), che dimostra come le credenze possano alterare le reazioni umane nei confronti delle vittime, conduce una serie di esperimenti per indagare i presupposti essenziali dell'ipotesi del mondo giusto; tutte le sue sperimentazioni hanno condotto al medesimo risultato: più ingiusta è la situazione, maggiore è la svalutazione della vittima. Per negare le ingiustizie e difendere la loro credenza, i soggetti tendono a colpevolizzare le vittime per la loro condizione di vita: le ragioni della colpevolizzazione sono riconducibili al comportamento e al carattere del malato o alla sua incapacità di fronteggiare le difficoltà della vita; queste affermazioni hanno un potere devastante sul paziente, il quale si ritiene vittima e artefice della sua malattia. Quando i soggetti sono impossibilitati ad aiutare le vittime, o se decidono di non aiutarle, tendono a declassare le vittime e ad incolparle; queste forme di difesa della propria credenza in un mondo giusto possono essere considerate come una vittimizzazione secondaria delle vittime (Mohiyeddini, Montada, 1998). Diversi studi supportano l'esistenza di una connessione tra il grado di credenza in un mondo giusto e la negazione dell'ingiustizia (MacLean, mostrato, 1988; Dalbert, Katona-Sallay, 1993; Harper, Manasse, 1992; Connors, Heaven, 1990); tuttavia, altri studi negano tale correlazione (Kerr, Kurtz, 1977; Ambrosio, Sheehan, 1991; Zucker, Weiner, 1993; Schmitt et al., 1991). Studi che indagano la relazione tra le differenze individuali nella credenza del mondo giusto e gli

atteggiamenti nei confronti della sofferenza mostrano che coloro che credono fortemente hanno una maggiore tendenza a colpevolizzare le vittime rispetto a coloro che credono meno (Clyman, Roth, Sniderman, Charrier, 1980; Dalbert, Fisch, Montada, 1992; Glennon, Joseph, 1993). La colpevolizzazione, attribuzione causale non infrequente, rappresenta una strategia difensiva poco costosa che consente agli individui di mantenere le loro credenze nel mondo giusto. L'ipotesi del mondo giusto si compone di due dimensioni principali, entrambe riconducibili alle radici culturali del Cristianesimo: la tendenza a percepire la giustizia negli eventi che si sono verificati e la propensione a credere che i futuri eventi risolveranno le ingiustizie; la prima inclinazione si lega al fenomeno della "credenza nella giustizia immanente" osservato da Piaget (1932) per il quale i bambini vedono gli eventi come un diretto e giusto pagamento per le azioni svolte; la seconda, definita "credenza nella giustizia ultima", è connessa alle dottrine religiose e si basa sulla promessa dell'intervento di una giustizia superiore per compensare le ingiustizie della Terra. Sono state ipotizzate (Lerner, 1998), sulla base della letteratura, delle varianti dell'ipotesi in analisi:

1. Speranza in un mondo giusto (*Hope for a Just World, HJW*): considerabile come un costrutto indipendente ed evocato dalle ingiustizie osservate; è un vissuto circoscritto a coloro che sperano in un futuro mondo giusto;
2. autoefficacia per promuovere la giustizia nel mondo (*Self-Efficacy to Promote Justice in the World, SEJW*): implica che l'ingiustizia possa essere corretta o ridotta; il mondo giusto è un obiettivo di azione soggettiva.

L'ipotesi di Lerner è stata analizzata anche in relazione all'autocolpevolizzazione: uno studio sui malati oncologici ha indagato la relazione tra credenza e autocolpevolizzazione, mostrando come i pazienti che maggiormente credono nel mondo giusto tendano a colpevolizzarsi di più per lo sviluppo della malattia (Kiecolt-Glaser, Williams, 1987); inoltre la credenza nel mondo giusto sembra non correlare, o correlare negativamente, con il benessere soggettivo. È stato

suggerito (Folkman, 1984; Janoff-Bulman, 1992; Taylor, 1983; Tennen, Affleck, 1990; Thompson et al., 1993) che l'autocolpevolizzazione svolga un ruolo di rilievo nel processo di adeguamento allo stress e al trauma, compreso quello derivante dalla diagnosi di cancro: alcuni studi hanno dimostrato che il 18-39% dei pazienti oncologici si autocolpevolizza (Driksen, 1995; Houldin et al., 1996; Glinder, Compas, 1999; Bennett et al., 2005; Phelan et al., 2013); altri hanno riportato che il 76% di coloro che si considerano colpevoli riferiscono sentimenti di colpa lievi o moderati, mentre il 24% riferisce sentimenti di colpa elevati (Houlding e collaboratori, 1996).

Diniego ed evitamento dei sintomi sono aspetti frequentemente correlati con il senso di colpa esperito dal paziente e sono compresi tra le cause più significative del ritardo nella ricerca della diagnosi e della terapia. Il senso di colpa può essere particolarmente intenso e avere effetti sul comportamento del malato oncologico, il quale potrebbe sviluppare sentimenti di inadeguatezza, rifiuto e inferiorità; in aggiunta, sperimentando tali sentimenti, il paziente potrebbe evitare di parlare della sua malattia e interrompere le relazioni di cura. Il senso di colpa percepito può essere diminuito offrendo al paziente la possibilità di esprimersi, fornendo maggiori percezioni di controllo sulla situazione e trattando i sentimenti di ansia relativi alla diagnosi (Abrams, Finesinger, 1953).

### **1.3. Sintomi ansiosi e depressione**

Il cancro rappresenta una sfida e comprensibilmente molti pazienti sono ansiosi in risposta alla diagnosi, all'incertezza, alla sofferenza e alla mortalità della malattia. L'ansia può diventare un problema clinicamente significativo e i professionisti della cura del cancro saranno spesso responsabili del suo riconoscimento e della sua iniziale gestione (Stark, House, 2000). L'ansia, ossia l'anticipazione di una minaccia futura, è «frequentemente associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti o di evitamento» (American Psychiatric Association (APA), 2013, p. 217-219); generalmente,

quando motiva a efficaci comportamenti di fronteggiamento, l'ansia è adattiva; al contrario, quando diventa grave al punto da alterare il normale funzionamento oggettivo, viene definita "disturbo d'ansia". I disturbi d'ansia sono associati a sensazioni di ansia e reazioni fisiologiche di stress, come tachicardia, ipertensione, difficoltà di respirazione, disturbi del sonno e nausea (Pinel, Barnes, 2018). Tra le conseguenze cliniche dell'ansia sono ricompresi anche un processo decisionale meno efficace, l'esacerbazione dei sintomi e l'interruzione della cura del cancro. Se non controllata, l'ansia può interferire con il processo di cura, limitare le capacità del malato di tollerare le procedure mediche e condurre a un evitamento delle informazioni prognostiche (Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel, Pirl, 2012).

Lo studio di Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane e Zabora (2009) ha rilevato che il 34% dei pazienti mostra sintomi di ansia clinicamente significativi; dati rilevati da studi degli anni '90 (Henriksson et al., 1995) suggeriscono che il 15-25% dei pazienti oncologici soffre di depressione; evidenze più recenti asseriscono che il 75% dei malati di cancro che soffrono di depressione hanno ricevuto poco o nessun tipo di supporto psicologico (Walker et al., 2014).

Il trattamento del cancro comporta la compresenza di implicazioni positive e negative che spingono in direzioni opposte: il paziente si sente minacciato dalla malattia e dai suoi sintomi, ma spera di trovare sollievo nelle terapie: si è osservato come i livelli di ansia, che tendono ad affievolirsi con il progressivo adattamento alla condizione della malattia, si innalzano in relazione alla chemioterapia, alla radioterapia (Schang and Heinrich, 1989), alle risonanze magnetiche (Melendez and McCrank, 1993) e agli interventi chirurgici; tuttavia, si è registrato un più alto livello di ansia in pazienti inoperabili, connesso all'impossibilità di intervenire sulla neoplasia (Hughes, 1987). La gestione dell'ansia nei pazienti oncologici impiega una vasta gamma di approcci di tipo psicologico e farmacologico; interventi psicologici più intensivi includono la psicoterapia, compresi gli approcci cognitivo comportamentali (CBT) e la terapia espressivo supportiva:

1. Le terapie cognitivo comportamentali, focalizzate sul *problem solving*, prevedono che paziente e terapeuta lavorino congiuntamente alla ricerca delle migliori strategie per la riduzione dei sintomi del disagio;
2. la terapia espressivo supportiva riflette, invece, un approccio non direttivo che consente al paziente di elaborare le esperienze, rafforzando le difese individuali.

Gli interventi psicologici, che mostrano effetti nella prevenzione e nella riduzione dell'ansia in pazienti con cancro, sono spesso affiancati da interventi di tipo farmacologico che comprendono l'impiego di tre categorie di farmaci: le benzodiazepine, gli agonisti serotoninergici e alcuni antidepressivi, come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli inibitori della ricaptazione della noradrenalina (SNRI) (Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel, Pirl, 2012).

La depressione è un disturbo caratterizzato dalla presenza di «umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo» (American Psychiatric Association, 2013); spesso viene suddivisa in due categorie: (1) depressione reattiva, innescata da un'esperienza negativa palese, ad esempio la morte di una persona cara, e (2) depressione endogena, che si manifesta senza la presenza di una causa evidente (Pinel, Barnes, 2018). Lo studio e la diagnosi del disturbo depressivo in pazienti oncologici rappresentano una sfida: la sotto-diagnosi e l'inadeguato trattamento sono in parte correlati alla credenza che la depressione sia una normale e universale reazione alla malattia (Rodin, Voshart, 1986; Spiegel, 1996; Newport, Nemeroff, 1998), e in parte al fatto che segni e sintomi, come perdita di peso, disturbi del sonno, ritardo psicomotorio e scarsa concentrazione, sono spesso mal interpretati e attribuiti esclusivamente alla progressione della neoplasia o al suo trattamento (Craig, Abeloff, 1974; McDaniel et al., 1995); inoltre, molti dei sintomi della depressione possono essere confusi con gli effetti collaterali dei trattamenti: ad esempio, sintomi tipici come stanchezza, perdita di appetito e di

energia, possono essere causati dalla chemioterapia e dalla radioterapia (Barraclough, 1994). Stimare la prevalenza della depressione nei pazienti oncologici può essere difficile: gli studi hanno spesso impiegato differenti metodi diagnostici, come *self-report*, *screening* e interviste strutturate; gli strumenti maggiormente impiegati sono:

1. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS): si tratta di un questionario autosomministrato il cui obiettivo è rilevare la presenza di stati d'ansia e depressione: si compone di quattordici item su scala Likert a quattro punti;
2. *Beck Depression Inventory* (BDI): è un questionario a scelta multipla comprendente ventuno item relativi alla depressione su scala Likert a quattro punti e presenta anche item relativi all'aspetto somatico (ad esempio, domande sulla perdita di peso e sull'affaticamento);
3. *Centre for Epidemiological Studies on Depression* (CES-D): è uno strumento composto da venti item che valutano pensieri e comportamenti connessi a disagi di natura psicologica ed organica;
4. *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30): è un questionario comprendente trenta item, di cui ventotto valutati su scala Likert a quattro punti e due valutati su scala Likert a sette punti;

Alcuni studi hanno osservato un'elevata associazione tra depressione e tumori dell'orofaringe (22%–57%) (Davies, Davies, Delpo, 1986; Cavusoglu, 2001), del pancreas (33%–50%) (Fras, Litin, Pearson, 1967; Joffe, Rubinow, Denicoff, Maher, Sindelar, 1986), al seno (1.5%–46%) (Sneeuw et al., 1993; Sachs et al., 1995), e del polmone (11%–44%) (Buccheri, 1998; Montazeri, Milroy, Hole, McEwen, Gillis, 1998); una meno elevata associazione è stata registrata in pazienti con tumori del colon (13%–25%) (Fras, Litin, Pearson, 1967; Koenig, Levin, Brennan, 1967), e con linfoma (8%–19%) (Devlen, Maguire, Phillips, Crowther, 1987).

I valori registrati variano notevolmente a seconda del campione e dello stato del paziente, del tipo di cancro e del trattamento (Massie, 2004).

Le terapie psicologiche per la depressione mirano a favorire una comunicazione intima e rispettosa con il paziente, con un focus sull'ascolto e sulla riabilitazione; i pazienti sono incoraggiati ad esprimere i loro sentimenti, a condividere le loro esperienze e a trovare strategie di successo per affrontare i problemi. L'approccio psicologico al disturbo depressivo include:

1. interventi psicoeducativi;
2. terapia comportamentale cognitiva;
3. terapia interpersonale: è un modello psicoterapico limitato nel tempo e con impostazione medica che si prefigge di migliorare la funzionalità sociale alleviando i sintomi psichici;
4. terapia di *problem solving*: si tratta di un approccio positivo concentrato sulla formazione di capacità di *problem solving* costruttive, che ha come obiettivo la riduzione della psicopatologia e il miglioramento della qualità della vita del soggetto;

Le terapie psicologiche sono spesso utilizzate congiuntamente ad un approccio di tipo farmacologico (Fisch, 2004). Il trattamento farmacologico della depressione si basa sull'impiego di cinque principali categorie di farmaci: gli inibitori delle monoammino ossidasi, antidepressivi triciclici, inibitori selettivi della ricaptazione delle monoammine, antidepressivi atipici e antagonisti del recettore NMDA (Pinel, Barnes, 2018).

Il disturbo depressivo influenza fortemente l'aderenza ai trattamenti: correla positivamente con una diminuita compliance, diminuite qualità della vita e capacità di prendersi cura di sé e con una maggiore durata dei ricoveri (Koenig et al., 1989, 1992; Pelletier et al., 2002; Stoudemire, Thompson, 1983); i risultati, confermati da DiMatteo e colleghi, i quali, in una metanalisi del 2002, hanno evidenziato come l'aderenza al trattamento fosse tre volte più bassa in pazienti



oncologici con disturbo depressivo. Dal punto di vista concettuale è stato ipotizzato che la depressione influenzi le cognizioni, come le aspettative di esito e i benefici percepiti, e le motivazioni al trattamento (Theofilou, Panagiotaki, 2012). Il ruolo dell'ansia nel contesto della malattia oncologica risulta essere meno chiaro: nonostante sia stato sostenuto che i pazienti con disturbo d'ansia aderiscano maggiormente ai trattamenti in quanto ipervigili (Miller, 1987), non vi sono dati sufficienti a dimostrare una relazione tra ansia e *compliance*.

## **2. Lutto anticipatorio**

Il dolore è una normale e attesa reazione alla morte: i pazienti che si interfacciano con la morte non elaborano solo la perdita della vita, ma un ridimensionamento di autonomia, funzionamento, sogni e speranze, di un futuro con le persone care. Il concetto di lutto anticipatorio, introdotto per la prima volta da Lindemann (1944), si riferisce a un insieme di reazioni cognitive, affettive, culturali e sociali a una prognosi infausta, presente o futura; è descritto come una serie di risposte emotive che includono ansia, solitudine esistenziale, negazione, tristezza, delusione, rabbia, risentimento, senso di colpa, esaurimento e disperazione (Cheng, Lo, Chan, Kwan, Woo, 2010; Shore, Gelber, Wientzen, Koch, Sower, 2016). Il lutto anticipatorio è un'esperienza vissuta sia dal malato che dalla famiglia, dagli amici e dai caregiver; risulta dipendente da diversi fattori, come lo stadio della malattia, l'età, la tempestività della morte, le risorse psicosociali e spirituali del paziente (Fink-Samnick, 2006; Lamers 2000); tuttavia, basare la comprensione del fenomeno su una prospettiva individualistica non è sufficiente: il dolore derivante dalla morte è di natura interpersonale e sociale (Kissane, 2002). I sintomi associati possono essere di natura fisica, emotiva o cognitiva e sono simili a quelli sperimentati dalla famiglia a seguito di una morte prevista: includono disturbi del sonno e dell'appetito, nausea e stanchezza. A differenza del dolore che segue la perdita effettiva di un soggetto, il lutto anticipatorio aumenta il legame con la persona la cui vita è minacciata, evocando una forte tendenza a restare accanto al paziente (Park, 1998).

Il lutto anticipatorio, idealizzato come un meccanismo essenzialmente adattivo, mitiga la reazione di dolore nella famiglia e nei *caregiver* al momento della morte del paziente: i familiari che hanno vissuto questa esperienza sembrano sperimentare un periodo meno invalidante rispetto a coloro che vivono una perdita improvvisa e inattesa (Futterman, Hoffman, Sabshin, 1972; Goldberg, 1973; Zisook, 2000). Gli studi di Nielsen, Neergaard, Jensens, Bro e Guilding (2016), che si pongono in netto contrasto con l'idealizzazione sopracitata, suggeriscono che il lutto anticipatorio rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo da lutto prolungato.

L'esperienza del lutto anticipatorio, unica e differente per ciascun individuo, può dare luogo a forti stati e disagi emotivi, come impotenza, ansia da separazione e sentimenti di disorganizzazione. I *caregiver*, riflettendo il desiderio di evitare la morte dell'altro significativo e contemporaneamente assecondando la necessità di proteggere la persona amata dal sovraccarico emotivo, possono evitare di parlare di questa realtà dolorosa, sostenendo sentimenti di speranza di cura del malato; in questo modo l'anticipata manifestazione del dolore è in parte inibita e genera sentimenti ambivalenti e contraddittori: da una parte si sperimentano emozioni spiacevoli connesse alla morte, dall'altra si esprime la necessità di mantenere un atteggiamento protettivo e positivo nei confronti del malato oncologico (Coelho, de Brito, Barbosa, 2017). Nonostante le evidenze appena descritte, alcuni autori ritengono che il lutto anticipatorio possa condurre a un distacco prematuro e a un abbandono del malato (Clayton, Halikas, Maurice, Robins, 1973; Lindemann, 1944).

È importante che la famiglia includa il paziente oncologico nel processo di lutto per aiutarlo a risolvere conflitti interpersonali e per giungere al termine: compiti essenziali della famiglia includono il riconoscimento della realtà della morte, l'esperienza condivisa del dolore della perdita, la riorganizzazione del sistema familiare e degli obiettivi personali (Cheng, Lo, Chan, Kwan, Woo, 2010). Rando (1986), Knott e Wild (1986) hanno sostenuto che il lutto

anticipatorio rappresenti un processo paradossale, consistente nel lasciare andare e aggrapparsi, contemporaneamente, al morente; Schuchter (1986) ha sostenuto che la malattia possa rafforzare il legame tra il malato e i cari; Kissane e Bloch (2002) hanno sostenuto che alcuni fattori sistemici, come il funzionamento o l'attaccamento alla famiglia, possano influenzare l'esperienza del dolore derivante dalla perdita. Diversi strumenti possono essere impiegati con pazienti e familiari che sperimentano lutto anticipatorio; i principali sono:

1. *Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients Scale (PGAC)*: si compone di trentuno item su scala Likert con punteggio che va da 0 (disaccordo) a 3 (accordo); i domini inclusi nella scala riguardano l'autocoscienza, la tristezza, la rabbia, i rapporti sociali e la spiritualità. Viene impiegato per identificare i pazienti che necessitano di un supporto clinico più strutturato (Shore, Gelber, Koch, Sower, 2016);
2. *Anticipatory Grief Scale (AGS)*: è articolato in ventisette item che valutano i meccanismi di *coping* e le percezioni di perdita; come il PGAC, impiega scale Likert per analizzare le risposte. Originariamente concepito per essere somministrato ai familiari di pazienti con demenza, è stato modificato ed è applicabile ad altre malattie; consente di identificare i pazienti e i soggetti che maggiormente vivono sentimenti di lutto e perdita; di conseguenza permette di mettere a punto interventi appropriati (*ibidem*);
3. *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory*: è uno strumento composto di cinquanta item, maggiormente impiegato per indagare le risposte dei caregiver di pazienti con Alzheimer; esamina costrutti come la tristezza, la nostalgia, la preoccupazione e l'isolamento. Lo svantaggio di questo strumento è che è progettato per gli operatori sanitari e non per i pazienti (*ibidem*).

### 3. Accettazione

La diagnosi di cancro pone il paziente di fronte a una serie di circostanze stressanti, come le terapie aggressive che presentano diversi effetti collaterali, la perdita di abilità o di indipendenza; non di rado i pazienti oncologici sperimentano significativi livelli di ansia, depressione, stress e paura. Gli alti livelli di distress registrati nei soggetti con cancro sono stati associati ad una riduzione della qualità della vita, a una povera *compliance* ai trattamenti e a sintomi come dolore, affaticamento, nausea e insonnia. Vivere con il cancro è un processo complesso perché genera cambiamenti in tutti gli aspetti della vita della persona, dinamico perché muta nel tempo e multidimensionale perché include diversi attributi, principale dei quali l'accettazione della malattia, un fattore in grado di ridurre il *distress* nel paziente (Ambrosio et al., 2015).

L'accettazione della malattia è stata diversamente concettualizzata nel tempo: inizialmente è stata definita come un processo di cambiamento durante il quale il paziente accetta le perdite legate alla malattia pur mantenendo un senso di autostima, processo che comporta l'esplorazione di nuovi significati e possibilità di vita sulla base dei propri valori e punti di forza (Wright, 1983); più tardi venne descritta come un modo realistico di vivere con la malattia: un paziente accettante non giudica, evita o nega la sua malattia, ma prosegue nelle attività quotidiane con le sue possibilità (McCracken, Eccleston, 2003). Il livello di accettazione influenza le strategie adottate per far fronte al cancro: le teorie di *coping* affermano che, confrontandosi con eventi significativi e stressanti come il cancro, i soggetti compiono due tipi di valutazione: una primaria, riguardante l'impatto dell'evento sulla vita, e una secondaria, relativa alle possibilità di azione (Lazarus, Folkman, 1984); sulla base delle valutazioni le persone impiegano vari sforzi, cognitivi e comportamentali, per gestire le richieste del contesto. Nell'ambito oncologico l'accettazione rappresenta un modo di affrontare le proprie emozioni; tale condizione implica il riconoscimento della nuova realtà e l'imparare a vivere nonostante la

malattia; inoltre, l'accettazione può anche comportare il mantenimento di un atteggiamento empatico verso sé stessi o l'espressione di sentimenti nei confronti di esperienze di malattia altrui. Un ruolo di rilievo è rivestito dall'individuale capacità di dare nuovi significati alla vita; secondo Park l'evento traumatico interrompe i significati di vita, i quali andrebbero ripristinati, compresi e osservati da un punto di vista differente e riformulati, al fine di recuperare coerenza. Il modello proposto da Park descrive due livelli di significato: globale e situazionale; il primo si riferisce al sistema di orientamento generale del soggetto, compresi gli obiettivi, i sentimenti, il sistema di credenze e le modalità di interpretazione delle esperienze; il significato situazionale fa riferimento al significato in un particolare contesto. L'individuo esperisce angoscia nel momento in cui le due categorie di significato si trovano in contrasto tra loro e i processi attraverso i quali le persone riducono la discrepanza implicano la rivalutazione della situazione e il cambiamento degli obiettivi; la rivalutazione promuove un miglior adattamento, favorisce la ricerca di significati e l'orientamento verso nuovi obiettivi (Park, 2010).

Una concettualizzazione alternativa deriva dalle teorie alla base delle terapie cognitive comportamentali, come la terapia dell'accettazione e dell'impegno (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT), la terapia dialettico comportamentale (*Dialectical Behavioral Therapy*, DBT) e interventi basati sulla mindfulness (*Mindfulness-based stress reduction*, MBCT): i teorici della *Third Wave* (approccio emergente che rappresenta un'estensione della tradizionale teoria cognitivo comportamentale) sostengono che l'accettazione non consiste solo nel tollerare l'esistenza del cancro, ma anche nel vivere, per come si presentano e momento per momento, l'esperienza della malattia e i complessi eventi ad essa correlati, come pensieri, emozioni e sensazioni corporee (Hayes et al., 1994; Williams, Lynn, 2010); questa modalità, anche definita "accettazione esperienziale", conduce ad una maggiore flessibilità e a un migliore benessere psicologico; al contrario, l'elusione esperienziale, definita come tentativi o desideri di evitare pensieri, sentimenti e sintomi indesiderati, può portare il paziente a ritirarsi

da attività sociali e a sperimentare maggiore solitudine e angoscia (Hayes et al., 2004; Williams et al., 2015). Coerentemente con il contesto descritto, l'accettazione è strettamente legata alla mindfulness, definita come una consapevolezza non critica delle proprie esperienze presenti (Kabat-Zinn, 1994); Lindsay e Creswell definiscono l'accettazione come una «abilità di regolazione emotiva dinamica» che, nel contesto del paziente oncologico, può condurre a una rivalutazione degli stressor correlati alla neoplasia (Lindsay, Creswell, 2017, p. 51).

L'accettazione del cancro rappresenta un modo non critico e compassionevole di relazionarsi alle esperienze interne alla malattia come risposte emotive, sensazioni corporee, ricordi e valutazioni; l'accettazione implica prendere atto della realtà della malattia, evitando di tentare di controllarne gli aspetti correlati; definizione che unisce le correnti di pensiero delle teorie precedentemente citate, riconoscendo il valore centrale delle valutazioni (Lazarus, Folkman, 1984; Park, 2010). L'adozione di una posizione aperta e accettante nei confronti dei pensieri e dei sentimenti legati alla malattia può consentire al paziente di sperimentare la realtà in modo diverso e maggiormente positivo.

### **CAPITOLO 3 – Risvolti psicologici nel paziente oncologico**

La diagnosi di cancro pone il soggetto di fronte a una serie di cambiamenti e sfide che possono suscitare reazioni positive o negative, di intensità variabile, in base alle caratteristiche individuali. Il modello biomedico del XVI secolo, che tradizionalmente ha offerto una spiegazione al cancro, considera la malattia come una deviazione dalla norma di variabili biologiche e richiede che la patologia sia trattata come un'entità indipendente dal comportamento sociale; secondo il modello, che non lascia spazio nella sua struttura alle dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali, le cause, la diagnosi, la prognosi e i trattamenti sono determinati unicamente da variabili somatiche e fisiche (McCollum, Pincus, 2000). L'osservazione clinica, la ricerca empirica e ulteriori sviluppi teorici hanno sottolineato la necessità di un quadro teorico più ampio, che consideri le componenti psicosociali implicate nella malattia. Viene introdotto il modello biopsicosociale: evoluzione del modello biomedico, che considera la malattia come risultato dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engel, 1977); analizzando le componenti biologiche, come le lesioni e le infezioni, le componenti psicologiche, come le strategie di *coping*, e le componenti sociali, come il supporto sociale o l'accesso ai servizi, il modello consente di comprendere come tali fattori interagiscano tra loro e influenzino l'esperienza multidimensionale e soggettiva della neoplasia (Novy, Aigner, 2014).

Diverse ricerche hanno dimostrato come i fattori biopsicosociali possano influenzare l'esperienza del dolore del cancro: sono state rilevate associazioni tra più alti livelli di dolore e depressione (Shuman, Terrell, Light et al., 2012; Masselin-Dubois, Attal, Fletcher et al., 2013), ansia (Galloway, Baker, Giglio et al., 2012), angoscia (Brinkman, Zhu, Zeltzer et al., 2013) e minore qualità della vita (Zoega, Fridriksdottir, Sigurdardottir, Gunnarsdottir, 2013). Un'altra componente è il supporto sociale: la rete sociale del paziente fornisce un sostegno emotivo ed

è particolarmente importante in periodi di crisi, conflitto o stress; la letteratura (Zaca, Baine, 2002) evidenzia una correlazione tra maggiore dolore e minore sostegno sociale.

L'analisi e l'esplorazione delle componenti biopsicosociali può essere fondamentale nella comprensione dell'esperienza del paziente. I prossimi paragrafi analizzano alcuni dei fattori precedentemente menzionati, in particolare attaccamento e stili relazionali, relazione terapeutica, stili di *coping*, senso di autoefficacia e ricostruzione dell'identità.

### **1. Attaccamento e stili relazionali**

La capacità di interagire con gli altri riveste un ruolo di rilievo in tutte le fasi della vita; si pensa che le prime interazioni abbiano un significato speciale e che possano influenzare le interazioni successive in modo positivo o negativo (Murray-Parkes, 1995).

Attraverso l'integrazione di teorie psicodinamiche, etologiche e dei sistemi, Bowlby (1969) produce una cornice teorica per l'inquadramento e lo studio del legame di attaccamento esistente tra bambino e *caregiver*: la teoria dell'attaccamento, secondo cui le relazioni primarie sono essenziali per la sopravvivenza fisica e psicologica del bambino, è applicabile a una vastità di relazioni, inclusa quella medico-paziente.

Il termine "attaccamento" fa riferimento a un legame, frutto di una motivazione intrinseca primaria al contatto sociale che si instaura tra il neonato e la persona che si prende cura di lui, generalmente la madre; per mantenere il contatto e il legame di attaccamento, inizialmente il bambino si impegna in comportamenti predeterminati come piangere e successivamente in comportamenti adattivi che possano garantire la vicinanza al *caregiver*. Lo stile di attaccamento che ne deriva facilita la sopravvivenza immediata del bambino e contemporaneamente fornisce modelli per le future interazioni con altri. Se il *caregiver* è sensibile e le esigenze del bambino sono soddisfatte quest'ultimo sviluppa un attaccamento sicuro, caratterizzato da una rappresentazione del Sé come buono e amabile e dell'altro come disponibile e amorevole; la disponibilità del genitore permette al bambino di esplorare l'ambiente circostante, di crescere e



di imparare. Al contrario, se il *caregiver* trascura i bisogni del bambino quest'ultimo sviluppa un attaccamento insicuro, caratterizzato da un'immagine del Sé negativa e non degna d'amore e dell'altro come non disponibile o minaccioso (Gerretsen, Myers, 2008).

Con l'obiettivo di «classificare la qualità dell'attaccamento del bambino alla madre in una situazione di non familiarità quale è quella di una stanza di laboratorio» (Bonino, 2002, p 70), M. Ainsworth (1971) sviluppa una procedura sperimentale definita "*Strange Situation*": si tratta di una situazione di stress costituita da sette episodi durante i quali si osserva il comportamento del bambino in presenza di un estraneo, lo sperimentatore, e nel corso dell'allontanamento dal *caregiver* e il modo in cui il figlio reagisce al ricongiungimento con la madre. Sulla base della sperimentazione descritta, M. Ainsworth ha distinto tre tipologie di attaccamento, cui verrà aggiunta una quarta categoria:

1. Attaccamento sicuro (tipo B): il bambino esplora attivamente l'ambiente in presenza e in assenza della madre; accoglie il *caregiver* al suo ritorno salutandolo e cercando conforto nel caso di sofferenza durante la separazione
2. Attaccamento insicuro-evitante (tipo A): il bambino manifesta poca angoscia per la separazione e tende ad ignorare la madre al momento del ritrovo
3. Attaccamento insicuro-ansioso ambivalente (tipo C): il bambino è fortemente angosciato dalla separazione; ricerca con rabbia il contatto con la madre al suo ritorno e, talvolta, la respinge
4. Attaccamento disorganizzato/disorientato: include i bambini che non mostrano attaccamento di tipo A, B o C.

Il presupposto alla base della teoria di Bowlby è che le relazioni di attaccamento perdurino e siano fondamentali nell'intero arco di vita (Bowlby, 1982, 1989; Ainsworth, 1977, 1980, 1982; Eicks, 1985; Belsky, Pensky, 1988; Rutter, 1988). Alcuni ricercatori (George, Kaplan, Main,

1987; Main, Goldwyn, 1988) hanno esplorato negli adulti la relazione tra gli stili di attaccamento infantili e l'adattamento emotivo e sociale; ne consegue una classificazione di attaccamento parallela a quella infantile:

1. Attaccamento sicuro: gli adulti che sviluppano lo stile di attaccamento sicuro sono soddisfatti delle loro relazioni sentimentali, che tendono ad essere aperte e sincere.
2. Attaccamento evitante-sprezzante: i soggetti evitanti-sprezzanti sono indipendenti e autosufficienti, non ricercano l'intimità e tendono a sopprimere le loro emozioni.
3. Attaccamento ansioso-preoccupato: gli adulti ansiosi-preoccupati ricercano approvazione e alti livelli di intimità nelle loro relazioni, sono ambivalenti nell'impegno e nella disponibilità.
4. Attaccamento evitante-timoroso: i soggetti evitanti-timorosi desiderano relazioni intime, ma temono di essere feriti; a causa dei sentimenti conflittuali vissuti, tendono a percepire disagio nella vicinanza emotiva (Gerretsen, Myers, 2008).

### **1.1 Relazione terapeutica**

Lo stile relazionale si riflette nelle reazioni alla malattia e nelle modalità impiegate per chiedere aiuto e influisce sul modo in cui i pazienti si relazionano al personale medico e in cui vivono gli aspetti correlati alla neoplasia. L'alleanza terapeutica o di lavoro è definita come un rapporto di aiuto, una relazione di fiducia e di affidamento che il paziente attiva nei confronti del clinico, grazie alla quale clinico e paziente lavorano congiuntamente per la risoluzione del problema (Luborsky, 1983; Luborsky, 1994); la relazione che si instaura tra medico e paziente può essere spiegata attraverso la teoria dell'attaccamento, dove il medico rappresenta la base sicura: mostrandosi attento, affidabile e disponibile, infonde nel paziente un senso di sicurezza in grado di alleviare i sintomi ansiosi (Gerretsen, Myers, 2008), consentendo al malato oncologico di esplorare il dolore connesso al cancro.

Il paziente, che può essere amichevole, fiducioso, evitante o aggressivo nei confronti del personale medico, porta con sé e all'interno dell'alleanza di lavoro il suo modello di attaccamento (*ibidem*):

1. I pazienti con uno stile di attaccamento sicuro sviluppano relazioni positive con il personale medico. Si tratta di soggetti in grado di chiedere e accettare aiuto da medici e altri fornitori di assistenza sanitaria, nei quali ripongono la loro fiducia (Tan et al., 2005). Il paziente trae beneficio dalla relazione instaurata con il medico, che ha effetti positivi sulla cooperazione e sull'aderenza ai trattamenti (Hooper, Tomek, Newman, 2012).
2. I pazienti con attaccamento evitante-sprezzante tendono a minimizzare o negare i sintomi e la malattia, motivo per il quale non cercano supporto medico o sostegno in altri individui. Si tratta di pazienti diffidenti, spesso ostili, con i quali è difficile costruire una relazione terapeutica (Hunter, Maunder, 2001). I medici possono, inavvertitamente, minimizzare i pazienti con questo stile di attaccamento e trascorrere meno tempo con loro; ciò rafforza le convinzioni del malato e la sua scarsa dedizione alle cure mediche. I medici devono, quindi, fornire risposte empatiche che tengano conto delle esigenze del paziente, sottolineando l'importanza della continuità nei trattamenti.
3. Lo stile di attaccamento ansioso-preoccupato influisce fortemente sul rapporto medico-paziente: i soggetti con questo stile di attaccamento possono esagerare le loro esigenze di assistenza sanitaria ed essere dipendenti dal *caregiver* (Thompson & Ciechanowski, 2003). I medici, che possono considerare i pazienti come travolgenti, devono incoraggiare lo sviluppo di autostima e senso di autoefficacia, accettando il bisogno di dipendenza e fornendo supporto e sicurezza.
4. I pazienti con attaccamento evitante-timoroso, sulla base di esperienze pregresse, sono convinti di non essere degni di cure e vedono nella cura ostilità e minaccia (Thompson, Ciechanowsky, 2003). I pazienti con questo stile di attaccamento si sentono minacciati

dalla relazione d'aiuto e, a causa della profonda ansia e sfiducia, non sono disposti a formare relazioni con i medici, i quali possono esperire sentimenti di incompetenza e frustrazione che, se non esaminati, possono condurre a una scarsa qualità delle cure.

L'importanza della disponibilità del personale medico è evidente nella letteratura: sono diversi gli studi che analizzano come tale relazione influenzi l'andamento della malattia e i sintomi correlati (Vohra, Brazil, Szala-Meneok, 2006; Connor, Pyenson, Spence et al, 2007; Rodin, Walsh, Zimmerman et al., 2007). Rodin et al. (2007), in uno studio condotto su 326 pazienti con cancro metastatico al polmone, hanno ipotizzato che uno stile di attaccamento sicuro e il supporto sociale possano moderare la relazione tra la malattia e i sintomi depressivi: l'analisi mostra che il supporto sociale percepito correla negativamente con i sintomi depressivi e il *distress* percepito dai pazienti. La letteratura suggerisce che l'attaccamento insicuro, e in particolare l'attaccamento insicuro-evitante, rappresenti un fattore di rischio per la salute fisica: si è osservato che l'insicurezza è maggiormente associata alla malattia e ai sintomi correlati (Hazan, Shaver, 1990; Feeney, Ryan, 1994), a maggiori livelli di stress e depressione (Rodin, 2007) e a una diminuita funzione immunitaria (Kiecolt-Glase, Fisher et al., 1987); è stato evidenziato che lo stile di attaccamento insicuro-evitante è inversamente correlato alle disponibilità nelle visite mediche e positivamente correlato all'inibizione emotiva (Dozier, Kobak, 1991; Feeney, Ryan, 1994).

La teoria dell'attaccamento di Bowlby consente di comprendere come gli stili relazionali possano influenzare la relazione che insiste tra medico-paziente e gli esiti dei trattamenti; comprendere gli stili di attaccamento dei pazienti consente ai medici di concentrarsi su una comunicazione di successo e di collaborare efficacemente con i pazienti, garantendo trattamenti di qualità (Hooper, Tomek, Newman, 2012).

## 1.2 Stili di coping

La malattia oncologica rappresenta un evento non normativo, inatteso e stressante che prefigura il passaggio da una condizione esistenziale a un'altra: la diagnosi e le procedure di trattamento impattano fortemente sulla vita del paziente che può sperimentare stress, angoscia, ansia, depressione. Le risposte allo stress derivante dalla diagnosi si basano su meccanismi di difesa e strategie di *coping*, fondate sulle rappresentazioni e sulle percezioni della malattia; in quanto costrutti mentali aperti al cambiamento, le rappresentazioni cognitive del cancro possono essere modificate, consentendo ai pazienti di adottare strategie di *coping* più funzionali e adattive (Hopman, Rijken, 2015).

«Il termine “*coping*”, che tradotto letteralmente significa “far fronte a”, sottende un insieme complesso di dimensioni. Si può pertanto considerare un processo articolato, che implica fattori personali e fattori situazionali che viene messo in atto quando il soggetto si trova di fronte a degli stressor» (De Piccoli, 2007, p 226).

La più nota concettualizzazione del *coping*, definito e analizzato da vari autori (Lazarus, Snyder, Tunks), è proposta da Lazarus e Folkman (1984), i quali concepiscono il processo come essenzialmente cognitivo e consistente nella valutazione (*appraisal*) delle minacce e delle risorse e nella selezione attiva delle risposte. Il modello proposto si basa sull'interazione individuo-ambiente, grazie alla quale il soggetto, in quanto attivo, reagisce alle situazioni impiegando risposte comportamentali, cognitive ed emotive; il concetto di *coping*, prima visualizzato come una struttura stabile di personalità, viene considerato da Lazarus e Folkman (1984) strettamente connesso al contesto (De Piccoli, 2007). Lazarus distingue tra due tipologie di *coping* interdipendenti e funzioni dell'interazioni individuo-ambiente: un *coping* volto a modificare la situazione problematica, *problem-focused coping*, e uno volto a modificare e controllare le risposte emotive allo stress, *emotion-focused coping*. Le ulteriori classificazioni

proposte da Van Damme, Crombez, Eccleston, (2008) distinguono il *coping* in attivo, quando impiegato per controllare il dolore, e in passivo, quando il dolore non viene controllato; differenti approcci definiscono il *coping* come adattivo o disadattivo, sulla base delle caratteristiche individuali e della natura e cronicità del problema (Zeidner, Endler, 1996). Nell'ambito degli studi del *coping* si distingue tra:

1. Strategie di *coping*: modalità implementate dal soggetto per far fronte alla situazione stressante. Folkman e Lazarus (1984) individuano otto diverse strategie di *coping*: il confronto diretto con il problema, la ricerca di sostegno sociale, l'accettazione delle responsabilità, la rivalutazione positiva, la pianificazione, il distanziamento, l'autocontrollo e l'evitamento.
2. Stili di *coping*: tendenze stabili di personalità, modificabili nel tempo e a seconda della situazione.
3. Risorse di *coping*: ciò cui il soggetto fa riferimento nell'affrontare la situazione problematica, come le competenze specifiche, le risorse sociali o le abilità; possono influenzare il processo di *coping* e i comportamenti messi in atto dal soggetto per rispondere e gestire lo stress.

I pazienti oncologici impiegano diverse strategie di *coping* per fronteggiare la diagnosi e i trattamenti; alcuni studi (Snow-Turek, Norris, Tan, 1996; Jensen, Turner, Romano, Karoly, 1991) hanno dimostrato che le strategie di *coping* disadattive sono connesse a un'esperienza più dolorosa e quindi associata a maggiore depressione, disabilità e a un povero adattamento psicologico. La catastrofizzazione, esempio di strategia disadattiva, è un processo cognitivo caratterizzato da credenze negative e contraddistinto dalla convinzione del paziente che la situazione di malattia peggiorerà; questa strategia è correlata ad alta intensità del dolore (Meyer, Tschopp, Sprott, Mannion, 2009) e a minor qualità della vita (Nijs et al., 2008). Le strategie impiegate dai pazienti oncologici possono comprendere l'evitamento e la speranza: il primo

caso si configura in comportamenti progettati per ridurre il dolore ed è maggiormente associata a depressione e disabilità funzionale (Samwel, Kraaimaat, Crul, Evers, 2007; Ottonbreit, Dobson, 2004); la seconda strategia vede il paziente impegnato nell'attesa di un miracolo (Pargament, 2001). Le strategie di *coping* adattive, connesse a più bassi livelli di depressione e disabilità fisica, comprendono l'atteggiamento positivo, la reinterpretazione del dolore e strategie *problem-focused*; queste strategie correlano negativamente con il disagio psicologico e il dolore (Flor, Turk, 1988).

I pazienti con cancro, e in generale i pazienti con dolore cronico, ricorrono spesso all'impiego di strategie di *coping*, più o meno adattive (Peres, Lucchetti, 2010); col fine di esplorare i processi di *coping* nell'ambito della malattia neoplastica, Link et al. (2005) hanno condotto uno studio; impiegando interviste semi-strutturate, hanno osservato che la scelta delle strategie di *coping* è influenzata da fattori interni, come esperienze passate e credenze e opinioni sulla malattia, e fattori esterni, come fattori di controllo esterni (Chittem, 2014). Le strategie di *coping* impiegate possono aiutare i pazienti oncologici a confrontarsi e ad accettare la realtà della malattia.

## **2. Il sentimento di autoefficacia**

La malattia oncologica mette a dura prova il sentimento di autoefficacia, indispensabile per fronteggiare i cambiamenti e le situazioni di vita; uno degli effetti più drammatici e devastanti della malattia è la progressiva perdita del sentimento di autoefficacia nei vari ambiti della vita della persona.

L'autoefficacia o *self-efficacy*, inserita dall'OMS tra le competenze vitali (*life skills*), è definita da Bandura (1995; 2000) come la convinzione nelle proprie capacità di poter organizzare e coordinare efficacemente una serie di azioni necessarie ad affrontare sfide, situazioni e prove;

riguarda «la percezione delle proprie capacità nel sostenere e portare a termine uno specifico compito in un particolare ambito» (Bonino, 2008, p 36).

Il sentimento di autoefficacia non è innato, ma è una capacità di autoregolazione che si costituisce a seguito di diversi tipi di esperienze e che si modifica nel tempo; è sostanziale poiché contribuisce alla motivazione e all'impegno nel perseguire obiettivi: un forte senso di autoefficacia permette di rimanere orientati verso i traguardi, di selezionare un maggior numero di attività affrontabili con successo, di far fronte a richieste pressanti e a fallimenti. L'autoefficacia consente infine di gestire e controllare stress e stati depressivi; difatti funge da riparo dai pensieri negativi.

L'autoefficacia rappresenta un fattore protettivo in grado di attivare sistemi biologici che incidono sulla salute e sulla patologia ed è direttamente connessa ai comportamenti di promozione della salute, configurandosi come un elemento di supporto fondamentale e necessario per la gestione dei sintomi della malattia (Zhang et al., 2014; White et al., 2017). Trattati di personalità, condizioni croniche, percezione dell'infermità e mancanza di sostegno sociale possono influenzare negativamente i sentimenti di efficacia personale (Aksayan, Gözümlü, 1998; Gündüz, 2013); la ricerca nell'ambito psico-oncologico individua nell'autoefficacia un fattore fondamentale per la gestione di situazioni legate alla diagnosi e al trattamento della neoplasia (Kurka, Kutlutürkan, 2021).

Le condizioni di malattia, e in particolare quelle di natura cronica, impongono ai soggetti cambiamenti di ruolo e stile di vita fortemente impattanti, mentre le terapie e i trattamenti comportano il deterioramento delle capacità funzionali e dei livelli di attività; per tali ragioni i pazienti oncologici necessitano di supporto per imparare a gestire lo stress connesso al cancro e per sviluppare atteggiamenti positivi (Akin, Guner, 2017). La stigmatizzazione e le difficoltà connesse alle terapie e ai conseguenti effetti collaterali rappresentano grandi sfide che evidenziano la necessità di adottare strategie di  *coping*  funzionali all'adattamento alla



condizione di malattia nel paziente oncologico (Jones, Riazi, 2011; Newbold, Taylor, Bury, 2006).

Gli operatori sanitari rivestono un ruolo di rilievo nella gestione della cura e dei trattamenti dei pazienti oncologico; lavorano congiuntamente con il malato incoraggiandolo a sviluppare e mantenere comportamenti di salute positivi e coinvolgendoli nei meccanismi di sostegno sociale con il fine di migliorare i sentimenti di efficacia personale. Il personale medico si impegna per risolvere eventuali problemi e per assicurarsi che i pazienti si adattino alla nuova realtà, ovvero quella della malattia (Kurka, Kutlutürkan, 2021).

Le malattie e le condizioni croniche influenzano fortemente il sentimento di efficacia personale: il cancro, in particolare, si traduce in bassa motivazione e bassa *self-efficacy* (Cheyan, Ünsal, 2018); studi dimostrano che l'autoefficacia risulti associata all'affaticamento e a percezioni più negative della malattia (Chan et al., 2016; Grimmert et al., 2017; Johansson et al., 2018). I pazienti con bassi livelli di *self-efficacy* possono gestire meno efficientemente i sintomi, necessitando maggior supporto ed essere poco aderenti, o aderire con discontinuità, ai trattamenti di cura del cancro; i pazienti con più elevati livelli di autoefficacia mettono in atto comportamenti di gestione dei sintomi più efficaci e si adattano meglio ai trattamenti e alla condizione di malattia (Akin, Kas Guner, 2018).

La valutazione dell'autoefficacia può aiutare a sviluppare interventi in grado di ridurre i sintomi e promuovere la qualità della vita; interventi che possono contribuire a mediare lo stress legato al cancro e migliorare il benessere emotivo e sociale, nonché la qualità della vita (Lev & Owen, 2000; Lev et al., 2001; Lou, Yates, McCarthy, & Wang, 2013; Chan et al., 2016; Kim et al., 2017). Gli operatori sanitari svolgono un ruolo di rilievo: possono incrementare i livelli di autoefficacia e aiutare i pazienti oncologici a sviluppare atteggiamenti positivi verso l'esecuzione dei compiti, fornendo *feedback* positivi o incoraggiando i pazienti, assistendoli

nelle attività quotidiane. Comprendere l'autoefficacia, il disagio e il ruolo delle strategie di gestione dei sintomi è fondamentale per mantenere o migliorare lo stato funzionale e la qualità di vita del paziente oncologico.

«Esiste in ogni caso uno stretto legame tra il sentimento di autoefficacia e il trovare senso alla propria vita, dal momento che quest'ultimo si traduce in azioni dotate di significato e nelle quali ci sperimentiamo come sufficientemente efficaci» (Bonino, 2008, p 38). La citazione di Bonino apre al tema del donare un nuovo significato alla propria esistenza con e nonostante la malattia oncologica; il paragrafo che segue dimostra come questa tematica sia strettamente connessa alla ricostruzione dell'identità.

### **3. Ricostruire la propria identità**

Vivere la malattia neoplastica significa integrare l'esperienza del cancro nel proprio concetto di sé sviluppando nuove identità che spesso influenzano fortemente il benessere e le relazioni sociali; Shanfield (1992) suggerisce che le nuove identità siano caratterizzate da un richiamo ai sentimenti e alle emozioni associate alla malattia, al timore per la morte e al duraturo senso di vulnerabilità (Zebrack, 2000). Il termine "identità" indica un sistema stabile ma non statico che si modifica nel tempo in modo discontinuo e regolato e definito da un insieme di caratteristiche fisiche, psicologiche e interpersonali e da una costellazione di tratti, atteggiamenti, strutture cognitive e ruoli sociali (Bonino, 2008). La malattia cronica può interrompere in modo significativo gli equilibri individuali, influenzando le direzioni della vita e dell'identità soggettiva; l'identità, modellata nel tempo, consente agli individui di dare significato alle esperienze e di porre le basi per la costruzione del concetto del sé (Walder, Molineux, 2017). Comprendere come i pazienti gestiscono l'impatto del cancro e l'esperienza della malattia è fondamentale per l'assistenza sanitaria e per l'adattamento alla neoplasia.

Negli ultimi anni è stata ampiamente promossa e impiegata una particolare identità: quella di “sopravvissuto”; il termine è impiegato da operatori sanitari, ricercatori e coloro che sconfiggono il cancro per riferirsi all’impatto fisico, sociale, psicologico ed esistenziale della neoplasia sulla vita dei pazienti ed è stato adottato dalla *National Coalition for Cancer Survivorship* per promuovere l’*empowerment* di coloro che hanno o hanno avuto un tumore. L’identità di sopravvissuto rappresenta un processo dinamico definito come l’esperienza di vivere con e oltre la diagnosi di cancro; l’adozione di questa identità può dipendere da vari fattori, come l’assenza dei sintomi, la tipologia di cancro e la presenza di pensieri positivi: il successo dei trattamenti e l’attenuarsi dei dolori consente ai pazienti di considerarsi sopravvissuti (Park, Zlateva, Blank, 2009).

Ricerche mostrano che l’identità di sopravvissuto è adottata dal 55% dei pazienti con cancro del colon-retto (Chambers et al., 2012) e dal 78% dei pazienti con cancro al seno (Jagielski, Hawley, Corbin, Weiss, Griggs, 2012).

L’identità di “paziente”, etichetta più appropriatamente impiegata durante i trattamenti e utilizzata sia dai malati oncologici che da terzi (Deimling, Kahana, Schumacher, 1997), può indicare passività e ridotti sentimenti di speranza e può condurre all’adozione del ruolo di malato; ciononostante l’identità di paziente può essere associata a conseguenze positive come lo stato di vigilanza circa eventuali sintomi e ricorrenze (Harwood, Sparks, 2003). Il termine “vittima” definisce un terzo tipo di identità connessa a passività e vulnerabilità, senso di ingiustizia e impotenza (*powerlessness*) (Young, Maguire, 2003); l’identificazione nella vittima si associa anche a numerosi pensieri intrusivi, a una peggior qualità della vita e a una minor *compliance* (Cheung, Delfabbro, 2016). Mentre l’identità di sopravvissuto è associata a migliore benessere fisico e psicologico e sembra influire positivamente sulle attività connesse alla cura (Park, Zlateva, Blank, 2009; Cheung, Delfabbro, 2016), studi hanno dimostrato che

nei soggetti che sottoscrivono identità negative, come “vittima” e “paziente”, si registrano significativi livelli di ostilità e depressione (Bellizzi, Blank, 2007; Cheung, Delfabbro, 2016).

La malattia neoplastica può avere un impatto sulla performance occupazionale del soggetto oltre che sulla sua condizione di salute, interrompendo l’impegno lavorativo, i livelli di competenza, la fiducia e la motivazione (Walder, Molineux, 2017). I cambiamenti nello stile di vita, lavorativa e non, provocano un’alterazione dell’immagine soggettiva, richiedendo al soggetto di ristabilire un’identità anche dal punto di vista professionale; molti pazienti vedono nel Sé alterato una disabilità e tendono a paragonare questa identità con la precedente. Il processo di organizzazione dell’identità è sia individuale che sociale, motivo per il quale il confronto con i familiari, con altri significativi e con l’ambiente sociale in senso lato assume un valore particolare: il riconoscimento, da parte propria e degli altri, di un’identità professionale separata dalla propria condizione di salute è fondamentale (*ibidem*).

In questo processo di ricerca di sé i pazienti si impegnano per donare nuovi significati alla loro esistenza, ragioni valide per cui valga la pena vivere al di là della malattia: nel dare significato alla vita è possibile ritrovare un senso di coerenza, dove le sfide sono comprensibili e affrontabili. Coerentemente, Christiansen (1999) suggerisce che un senso di benessere è esperito quando l’identità e la storia di vita sono tra loro coerenti e in grado di fornire uno scopo e delle possibilità future (Walder, Molineux, 2017).

«Per ognuno di noi trovare un senso, un significato nella propria vita non è soltanto un’operazione astratta, ma comporta vivere e impegnarsi concretamente in qualcosa che è soggettivamente ricco di valore e che riteniamo di essere in grado di realizzare, nelle nostre relazioni affettive così come nel lavoro e più in generale nella comunità in cui viviamo. Per questo il tema del senso che diamo alla nostra vita si collega strettamente con quello dell’identità e dell’autoefficacia» (Bonino, 2008, p 31).

## Conclusione

Alla luce della letteratura esaminata emerge la centralità del rapporto *équipe* sanitaria-paziente nell'esperienza del cancro e la necessità di considerare l'influenza dei fattori psicosociali nel contesto della malattia; si evidenzia l'esigenza di figure professionali, esperte e preparate in grado di accompagnare il paziente nel percorso di cura del cancro.

L'analisi condotta ha posto luce su tematiche che riflettono l'esperienza soggettiva della malattia oncologica: alcuni concetti, che sono risultati essere fondamentali, sembrano giocare un ruolo di rilievo nell'aderenza ai trattamenti e nella qualità della vita del paziente; in particolare, si è constatato che il supporto al paziente risulta necessariamente calibrato sulla base dell'impatto che hanno le emozioni del malato sull'aderenza alla terapia, andando a potenziare i vantaggi derivanti dalla rete sociale che lo circonda, dai familiari agli operatori sanitari. In questo senso, il tema di centrale importanza è la colpevolizzazione, fenomeno per il quale i pazienti oncologici vengono spesso colpevolizzati e al contempo colpevolizzano loro stessi per la loro condizione di vita, considerandosi vittime e artefici della loro malattia ritenendo di essere stati ostili, poco gentili o egoisti; un gran numero di pazienti sperimenta autocolpevolizzazione considerando la neoplasia connessa ad aspetti del proprio Sé (Schnaper, 1977). Inoltre, l'ipotesi di Lerner (1965) ha evidenziato che il processo di colpevolizzazione è fortemente influenzato dalla credenza del mondo giusto, convinzione che conduce ad una colpevolizzazione secondaria della vittima. La (auto)colpevolizzazione è un aspetto ancora poco trattato riguardo al quale le future ricerche potrebbero indagarne in modo più preciso l'estensione, la magnitudine e i possibili *outcome*, portando infine alla produzione di protocolli dedicati.

L'attenzione alla teoria dell'attaccamento e allo studio degli stili relazionali ha concesso di indagare la relazione tra personale sanitario e paziente, nonché l'alleanza di lavoro che si instaura tra questi ultimi: il terzo capitolo e la letteratura presa in esame consentono di

comprendere come i diversi stili di attaccamento influenzino la relazione terapeutica, evidenziando come quest'ultima possa orientare la malattia, i sintomi e gli esiti correlati. La comprensione degli stili di attaccamento è risultata essere essenziale nella comunicazione e nella collaborazione con i pazienti: gli studi esaminati e l'analisi degli stili di attaccamento negli adulti e nel bambino hanno consentito di comprendere come gli stili di attaccamento sicuri conducano a miglior *compliance* e *outcome* più positivi; contrariamente altri stili di attaccamento si riflettono nella relazione terapeutica riducendo l'aderenza ai trattamenti e correlando con una peggior qualità della vita.

Dal punto di vista prettamente personale del paziente, la tematica centrale è individuata nel lutto anticipatorio, «costrutto che definisce i sentimenti sperimentati dall'uomo quando accoglie nella mente il pensiero che accadranno eventi futuri indesiderabili, ritenuti quanto meno sgradevoli e a volte catastrofici» (Colusso, 2020, p 17). Si è osservato che il lutto anticipatorio, che rappresenta una realtà dolorosa affrontata sia dal paziente che dalla sua rete sociale, possa condurre ad esiti diversi, che si configurano nell'abbandono del malato per evitare il dolore connesso alla perdita o nel rafforzamento del legame con il paziente oncologico. Si tratta di un costrutto poco noto e poco analizzato nel mondo dei professionisti sanitari e sociali, fatto salvo per coloro che si occupano del fine di vita, più specificatamente in oncologia e negli *hospice* (*ibidem*) e studi successivi potrebbero esaminare il costrutto estendendolo anche ad altri ambiti, allargando ulteriormente l'analisi del lutto anticipatorio nell'esperienza oncologica e terminale. Infine è di fondamentale importanza il tema della ricostruzione dell'identità: è osservato che le diverse identità adottabili dai pazienti (sopravvissuto, paziente, vittima) correlano diversamente con l'aderenza ai trattamenti: in particolare, l'identità di sopravvissuto sembra essere quella connessa a migliori esiti. Il tema appena menzionato apre alla ricostruzione del senso della vita da ricercare attivamente e attraverso la selezione di nuovi obiettivi e percorsi.

Il presente elaborato di tesi ha raggiunto l'obiettivo di indagare l'esperienza del cancro, ponendo attenzione ai fattori psicosociali; future ricerche potrebbero dedicarsi allo studio e all'estensione della letteratura di taluni aspetti menzionati, come vissuti emotivi quali rabbia e senso di colpa, meno argomentati e analizzati nelle ricerche presenti rispetto ai vissuti depressivi e ansiosi. Di grande interesse le tipologie di identità adottate a seguito della diagnosi di cancro e della sopravvivenza alla neoplasia, concetti ancora indagabili in ambito oncologico ed estendibili al più ampio ambito delle malattie croniche.

## Bibliografia

- Abrams, R. D., Finesinger, J. E. (1953). Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer*, 6 (3), 474-82
- AIRTUM Working Group (2020). Dati nazionali. *Inumeri del cancro in Italia 2020*. Brescia: Intermedia Editore
- Akin, S., Kas Guner, C. (2018). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*
- Ambrosio, L., Senosiain García, J. M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio Ayesa, S., Ursúa Sesma, M. E., Caparrós, N., Portillo, M. C. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (17-18), 2357-2367
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA. (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA. (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014), p. 179-181
- Armaou, S., Pertesi, M., Fostira, F., Thodi, G., Athanasopoulos, P. S., Kamakari, S., Athanasiou, A., Gogas, H., Yannoukakos, D., Fountzilias, G. (2009). Contribution of BRCA1 germ-line mutations to breast cancer in Greece: a hospital-based study of 987 unselected breast cancer cases. *British Journal of Cancer*, 101(1), 32-7
- Barraclough, J. (1999). *Cancer and emotion: a practical guide to psycho-oncology*. Third Edition. Chichester, John Wiley & Sons



- Bonino, S. (2002). *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Torino: Einaudi, p 223
- Bonino, S. (2002). *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Torino: Einaudi
- Bonino, S. (2002). *Dizionario di psicologia dello sviluppo*. Torino: Einaudi, p 70
- Bonino, S. (2008). *Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia*. Bari-Roma: Laterza, p 18
- Bonino, S. (2008). *Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia*. Bari-Roma: Laterza. p.51
- Bonino, S. (2008). *Mille fili mi legano qui: Vivere la malattia*. Bari-Roma: Laterza, p 36
- Bonino, S. (2008). *Mille fili mi legano qui: Vivere la malattia*. Bari-Roma: Laterza, p 31
- Burns, J. W., Higdon, L. J., Mullen, J. T., Lansky, D., Wei, J. M. (1999). Relationships among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program. *Ann Behav Med*, 21 (1), 77-82
- Caruana, F., Viola, M. (2018). *Come funzionano le emozioni*. Bologna: il Mulino
- Cheng, J. O. Y., Lo, R. S. K, Chan, F. M. Y., Kwan, B. H. F., Woo, J. (2010). An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19 (7), 693-700
- Cheung, S. Y., Delfabbro, P. (2016). Are you a cancer survivor? A review on cancer identity. *Journal of Cancer Survivorship*, 10 (4), 759-771
- Chittem, M. (2014). Understanding coping with cancer: How can qualitative research help?. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 10 (1), 6-10
- Coelho, A., de Brito, M., Barbosa, A. (2017). Caregiver anticipatory grief: phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current opinion in Supportive and Palliative Care*, 12 (1), 52-57
- Colusso, L. (2020). *Di fronte all'inatteso: Per una cultura del cordoglio anticipatorio*. Trento: Erickson, p 17
- Dal Maso, L., Guzzinati, S., Tralongo, P., Serraino, D. (2022). Prevalenza e guarigione: la guarigione in oncologia, nove domande per definirla. *I numeri del cancro in Italia 2022*. Brescia: Intermedia Editore

- De Piccoli, N. (2007). *Individui e contesti in psicologia di comunità*. Milano: Edizioni Unicopli, p 226
- De Piccoli, N. (2007). *Individui e contesti in psicologia di comunità*. Milano: Edizioni Unicopli
- DeGood, D. E., Kiernan, B. (1996) Perception of fault in patients with chronic pain. *Pain*
- Direttivo AIRTUM e AIRTUM Working Group (2019). Dati nazionali. *I numeri del cancro in Italia 2019*. Brescia: Intermedia Editore
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136
- Faulker, A., Maguire, P., Regnard, C. (1994). Dealing with anger in a patient or relative: a flow diagram. *Palliative Medicine*, 8 (1), 51-57
- Fernandez, E., Turk, D. C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61 (2), 165-175
- Ferretti, S., Dal Maso, L., Guzzinati, S. (2020). Sopravvivenza, quanto si vive dopo la diagnosi di tumore. *I numeri del cancro in Italia 2020*. Brescia: Intermedia Editore, p. 27
- Fisch, M. (2004) Treatment of Depression in Cancer. *JNCI Monographs*, 2004 (32), 105-11
- Frova, L., Grande, E., Grippo, F., Marchetti, S., Pappagallo, M., Fratino, L., Serraino, D. (2022). Mortalità. La mortalità per tumori in Italia nel primo semestre 2020: confronto con il periodo pre pandemico. *I numeri del cancro in Italia 2022*. Brescia: Intermedia Editore
- Gerhart, J., Schmidt, E., Lillis, T., OMahony, S., Duberstein, P., Hoerger, M. (2016). Anger Proneness and Prognostic Pessimism in Men With Prostate Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34 (6), 497-504
- Gerretsen, P., Myers, J. (2008). The Physician: A Secure Base. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (32), 5294-6

- Goh, A. M., Coffill, C. R., Lane, D. P. (2010). The role of mutant p43 in human cancer. *Journal of Pathology*, 223 (2), 116-26
- Hamarsheh, S., Groß, O., Brummer, T., Zeiser, R. (2020). Immune Modulatory Effects of Oncogenic KRAS in Cancer. *Nature communications*, 11 (1), 5439
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guildford Press
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (1994). *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press
- Hooper, L. M., Tomek, S., Newman, C. R. (2012). Using attachment theory in medical settings: Implications for primary care physicians. *Journal of Mental Health*, 21 (1), 23-37
- Iyer, P., Rom Korin, M., Higginbotham, L., Davidson, K. W. (2010) Anger, anger expression, and health. *Handbook of health psychology and behavioral medicine*
- J., Gold, M., Schwarz, M., Komesaroff, P. (2007). Anger in palliative care: a clinical approach. *Internal Medicine Journal*, 37 (1), 49-55
- Kazabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. American Psychological Association, Oxford University Press
- Kirca, K., Kutlutürkan, S. (2021). Self-Efficacy in Coping Behaviors of Cancer Patients: Who Am I and What Can I Accomplish?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15 (3), 610-621
- Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2017). *Robbins e Cotran, Le basi patologiche delle malattie, Patologia Generale*. Edra, p 258
- Lang-Rollin, I., Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20 (1), 13-22

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lewandowska, A. M., Rudzki, M., Rudzki, S., Lewandowski, T., Laskiwka, B. (2018). Environmental risk factors for cancer – review paper. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26 (1), 1-7
- Lindemann E (1944). The symptomatology and management of acute grief. *Am J Psych*, 151 (6 Suppl.), 155-60
- Lindsay, E. K., Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48-59
- Mangone, L., Serraino, D. (2022). L’impatto della infezione da SARS-CoV-2 in oncologia. *I numeri del cancro in Italia 2022*. Brescia: Intermedia Editore
- Marsh, A. A., et al. (2005). Why Do Fear and Anger Look the Way They Do? Form and Social Function in Facial Expressions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31 (1), 73-86
- Martin, A. B., Weber, L. (2000). Genetic and Hormonal Risk Factors in Breast Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (14), 1126-35
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, (32), 57-71
- Mathot, L., Stenninger, J. (2012). *Behavior of seeds and soil in the mechanism of metastasis: A deeper understanding*, 103 (4), 626-31
- Miki, Y., Swensen, J., Shattuck-Eidens, D., Futreal, P. A., Harshman, K., Tavtigian, S., Liu, S. Q., Cochran, C., Bennett, L., Ding, W., et, al. (1994). A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science*, 266 (5182), 66-71
- Montada, L., & Lerner, M. J. (1998). *Responses to Victimizations and Belief in a Just World*. Melvin J. Lerner and Riël Vermunt.

- Murray-Parkes, C., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P., (1995) *Attachment Across the Life Cycle*. Routledge, London
- Nakayama, M., Oshima, M., (2019). Mutant p53 in colon cancer. *Journal of Molecular Cell Biology*, 11 (4), 267-276
- Neumann, R. (2000). The causal influences of attributions on emotions: a procedural priming approach. *Psychol Sci*, 11 (3), 179-82
- Novy, D. M., Aigner, C. J. (2014). The biopsychosocial model in cancer pain. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 8 (2), 117-23
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136 (2), 257-301
- Park, C. L., AI, A. L. (2006). Meaning Making and Growth: New Directions for Research on Survivors of Trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 11 (5), 389-407
- Park, C. L., Zlateva, I., Blank, T. O. (2009). Self-identity After Cancer: “Survivor”, “Victim”, “Patient”, and “Person with Cancer”. *J Gen Intern Med*, 24 (2 Suppl.), 430-435
- Parks, C. M. (1998). Coping with loss. Bereavement in adult life. *BMJ*, 316 (7134), 856-859
- Pene, C. T. H., Kissane, D. (2019) Communication in cancer: its impact on the experience of cancer care: communicating with the angry patient and the patient in denial. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 13 (1)
- Peres, M. F., Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*, 14 (5), 331-8
- Pinel, J. P. J., & Barnes, S. J. (2018) *Psicobiologia, Decima edizione*. Milano: Edra
- Plamper, J. (2018). *Storia delle emozioni*. Bologna: il Mulino

- Reynolds, L., Botha, D. (2006). Anticipatory grief: Its nature, impact, and reasons for contradictory findings. *Counseling, Psychotherapy, and Health*, 2 (2), 15-26
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F. A., Moore, M., Braun, M., Donner, A., Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16 (12), 1080-91
- Rugge, M., Bricca, L. (2021). Approfondimenti. *I numeri del cancro in Italia 2021*. Brescia: Intermedia Editore
- Santucci, C., La Vecchia, C., Negri, E., Malvezzi, M., Bertuccio, P. (2021). Mortalità per tumori in Italia: aggiornamento al 2021. *I numeri del cancro in Italia 2021*. Brescia: Intermedia Editore
- Schnaper, N. (1977). Psychosocial Aspects of Management of the Patient with Cancer. *Medical Clinics of North America*, 61 (5), 1147-1155
- Seiler, A., Jenewein, J. (2019). Resilience in Cancer Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10
- Serraino, D., Fratino, L., Carreras G., (2021). Aspetti generali. *I numeri del cancro in Italia 2021*. Brescia: Intermedia Editore
- Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., Sower, E. (2016). Anticipatory grief: an evidence-based approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18 (1), 15-19
- Stark, D. P. H., House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83 (10), 1261-1
- Sullivan, M. J., Adams, H., Horan, S., Maher, D., Boland, D., Gross, R. (2008) The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation. *J Occup Rehabil*, 18 (3), 249-61
- Tacon, A. M. (2002). Attachment and Cancer: a Conceptual Integration. *Integrative Cancer Therapies*, 1 (4), 371-81

- Theofilou, P., Panagiotaki, H. (2012). A literature review to investigate the link between psychosocial characteristics and treatment adherence in cancer patients. *Oncology Reviews*, 6 (1), 5
- Traeger, L., Greer, J. A., Fernandez-Robles, C., Temel, J. S., Pirl, W. F. (2012). Evidence-Based Treatment of Anxiety in Patients with Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), 1197-205
- Trost, Z., Vangronsveld, K., Linton, S. J., Quartana, P. J., Sullivan, M. J. L. (2012). Cognitive dimensions of anger in chronic pain. *Pain*, 153 (3), 515-517
- Walder, K., Molineux, M. (2017). Occupational adaptation and identity reconstruction: A grounded theory synthesis of qualitative studies exploring adults' experiences of adjustment to chronic disease, major illness or injury. *Journal of Occupational Science*, 24 (2), 225-243
- Williams, J. C., Lynn, S. J. (2010). Acceptance: An historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality*, 30 (1), p. 51
- Zebrack, B. J. (2000). Cancer Survivor Identity and Quality of Life. *Cancer Practice*, 8 (5), 238-42





## **Ringraziamenti**

Vorrei dedicare questo spazio a chi, con dedizione e pazienza, mi ha accompagnata in questo percorso.

Un ringraziamento particolare va alla mia Relatrice, la Professoressa Martinengo, per avermi guidata con suggerimenti indispensabili e infinita disponibilità nelle ricerche e nella stesura dell'elaborato e per avermi trasmesso la passione e l'entusiasmo necessari affinché la mia Tesi prendesse forma.

Ringrazio mio padre, porto sicuro e uomo instancabile, per aver stretto in un abbraccio tutte le mie insicurezze e per aver creduto in me quando io non ero in grado di farlo; a te che mi hai insegnato che solo attraverso grandi sacrifici è possibile raggiungere grandi risultati. Ringrazio mia madre, la mia migliore amica, per avermi insegnato ad essere una donna forte e indipendente; alle battaglie combattute in silenzio: sei la meraviglia e il coraggio di chi non si spezzerà mai.

Ringrazio mia sorella Francesca per avermi insegnato a vivere con spensieratezza, a camminare a testa alta. Grazie per essere stata ad un passo dal mio cuore, giorno dopo giorno, instancabilmente; a te che sei anche quando credi di non essere più.

Ringrazio le mie stelle, nonno Emilio e Alex, che oggi non possono essere qui, ma che spero mi stiano guardando e siano orgogliosi di me e della donna che sono diventata. Questo traguardo è anche un po' vostro perché in ogni mio gesto e in ogni mio respiro c'è una parte di voi. Spero stiate festeggiando insieme a me.

Ringrazio Antonio, la mia persona, per aver trasformato le mie spine in bellissimi fiori. A te che hai amorevolmente ridimensionato le mie preoccupazioni, placato la mia rabbia, riso della vita insieme a me; a te che sei l'inconfondibile odore di casa.

Ringrazio i miei nonni, Giuseppina e Angelantonio, per avermi insegnato cos'è l'amore; a voi che avete saputo starmi accanto anche da lontano. Grazie per aver allietato le giornate difficili e per aver creduto in me.

Ringrazio la mia grande famiglia per i momenti di serenità che è sempre in grado di donarmi; ringrazio i miei zii, dolci consiglieri e confidenti, e i miei cugini, fiori diversi dello stesso giardino, per l'amore e l'affetto riservati nei miei confronti.

Ringrazio le mie amiche, colleghe e compagne di corso Carlotta, Martina e Rebecca per essermi state accanto; a voi che avete condiviso con me ore di lezione, momenti di felicità e sconforto. Grazie per i pomeriggi di studio intenso, per gli aperitivi improvvisati, per i pranzi condivisi e per i sorrisi sinceri: in me rimarrà la consapevolezza di aver avuto la fortuna rara di trovare delle amiche vere in questi anni.

Ringrazio Sonia, il mio sole, per aver donato luce alle giornate cupe; a te, diametralmente opposta a me, che sei l'altro lato della medaglia. Ringrazio Sara, la mia dormigliona, per aver condiviso con me il suo tempo e le sue fragilità; a te che sei in grado di rinascere ogni volta.

Ringrazio Michele per la sua disponibilità e la sua pazienza; a te che mi hai accompagnata, passo dopo passo, nella realizzazione di questo elaborato.

Ringrazio i miei amici che, nonostante le distanze, non mi hanno mai persa di vista e tutti coloro che mi sono stati accanto, rendendo magico questo mio spazio di vita.