

## **IPNOSI E CANCRO: UNA RICERCA CONDOTTA PRESSO L'OSPEDALE CIVILE MAGGIORE DI VERONA**

Dott. A Norsa, Dott. F. Bilone, Dott. C.A. Robotti  
I° SPDC- Ospedale Civile Maggiore- Verona

Già Galeno mise in correlazione, sulla base dell'osservazione diretta dei pazienti, l'aumentato rischio di patologia neoplastica con la deflessione del tono dell'umore (Biondi et. Al., 1995).

Nella pratica clinica oncologica, trova conferma il dato come la modificazione affettiva possa influenzare il decorso della patologia neoplastica.

Il sistema immunitario è il meccanismo biologico principalmente chiamato in causa nel correlare ambiente, reazione da stress, aspetti psicologici e facilitazione allo sviluppo del cancro.

Il SN ed il SI sono strettamente in relazione attraverso numerose vie: gli organi del sistema linfatico (sistema linforeticolare, milza, midollo osseo, timo) vengono raggiunti sia da neurotrasmettitori sia da neuropeptidi (Besedovsky et al. 1989).

Le cellule del sistema immunitari possiedono anche i recettori per i neurotrasmettitori (Besedovsky et al., 1989) e neuropeptidi (Felten et al., 1991).

Ne deriva che i neurotrasmettitori possono agire come regolatori delle funzioni immunitari, attraverso il legame con i recettori di queste cellule.

Sul versante opposto, numerose citochine, che sono note per il loro ruolo sulle funzioni immunitarie, modificano le funzioni del SNC a livello diencefalico.

I neurotrasmettitori e neuropeptidi possono, quindi, sia modulare la risposta immune, sia essere prodotti da cellule immunocompetenti.

Allo stato attuale della conoscenza, il rapporto tra SN e SI deve essere quindi considerato quale sistema integrato con capacità di interazioni.

Tale concetto di sistema unitario deve tenere conto anche delle relazioni con il sistema neuroindocrino.

Le ricerche condotte su animali confermano queste condizioni. Saudzen ha dimostrato che l'intensità di crescita del cancro in animali da laboratorio sottoposti a stress era molto più elevata che negli animali non stressati. Nel 1955, Turkevich dimostrò negli animali sottoposti ad esperimento che lo stress ha effetto stimolante sullo sviluppo dei tumori. In una rassegna delle ricerche condotte nel 1969, S.B. Friedman osserva: "sembra ormai accertato che i fattori ambientali di ordine psicosociale possono modificare la resistenza a tutta una serie di malattie infettive e neoplastiche". Gli studi condotti su animali che hanno dimostrato il legame tra stress e cancro sono così numerosi che ad un simposio della New York Academy of Science, Friedman ha dichiarato che "non occorrono altre ricerche in questo settore, dato che tale correlazione può considerarsi ormai adeguatamente dimostrata".

Lo stress cronico, quindi, ha come risultato l'inibizione del sistema immunitario, che a sua volta produce una maggiore suscettibilità alle malattie, specialmente il cancro.

Hans Selye, endocrinologo e direttore dell'Istituto di medicina e chirurgia sperimentale presso l'Università di Montreal, ha descritto gli effetti sul corpo dello stress cronico, evidenziando, infatti, che lo stress cronico inibisce il sistema immunitario che è preposto al riassorbimento e alla distruzione delle cellule cancerose e dei microorganismi estranei".

Punto cardine della scoperta di Selye è che le condizioni fisiche che vengono prodotte dallo stress, sono praticamente identiche alle condizioni in cui le cellule anomale riescono a riprodursi e a diffondersi fino a diventare tumore maligno. Non sorprende quindi che spesso i malati di cancro abbiano il sistema immunitario deficitario.

Gli studi di Selye sono confermate da altre ricerche; ad esempio R.W. Bathrop presso l'Università del New South Wales, in Australia, ha condotto delle ricerche che indicano che la morte di un familiare abbassa la risposta immunitaria.

Un altro studio sui fattori mentali che portano all'inibizione del sistema immunitario venne condotto da J. H. Humphrey presso il British Medical Reserch

Council. La sua ricerca dimostra che l'immunità dell'organismo alla tubercolosi può essere modificata con l'ipnosi: dimostra cioè chiaramente l'influenza dello stress emotivo e mentale sulle difese dell'organismo.

I rapporti tra l'individuo e l'ambiente, le modificazioni psicologiche, le alterazioni di tipo psiconeurobiologico e le variazioni del sistema endocrino ed immunitario sono quindi da considerarsi in una relazione circolare di interazioni.

In tal senso, interessanti segnalazioni sono state riferite da studi condotti su individui che presentavano disturbi psichiatrici, quali disturbi dell'umore, disturbi d'ansia o psicotici.

La depressione secondo alcuni studi sarebbe caratterizzata da numerose alterazioni dell'immunità cellulo- mediata e umorale (Maes et al., 1995).

Un ampio studio prospettico, ha comunque evidenziato come, in senso statistico, la depressione sia positivamente associata con l'incidenza e la mortalità da cancro (Persky et al., 1987).

Variazioni dei parametri immunologici sarebbero state evidenziate inoltre nel disturbo ossessivo- compulsivo (DOC) (Murphy et al., 1997) e in corso di psicosi (Sperner-Unterweger et al., 1992).

L'influenza degli aspetti psichici sulla funzione immune può essere considerata come l'anello di congiunzione biologica di una associazione tra alcuni fattori psicosociali e cancro (Antoni, 1987). Tale relazione tra eventi esterni e decorso della neoplasia si articolerebbe in tempi e livelli distinti. A livello linfocitario è stata notata una diminuzione dell'attività dei linfociti citotossici e delle cellule NK, parallelamente all'incremento di eventi che possiedono il significato di stress emozionale (Locke et al., 1984).

Ad esempio il potenziamento del tono noradrenergico e dopaminergico, in animali affetti da cancro, ha determinato una riduzione della crescita della massa tumorale (Wick, 1978).

Per quanto riguarda il sistema neuroendocrino una correlazione con il cancro deriverebbe ad esempio, dalla considerazione che le enkefaline abbiano un effetto

sul cancro, sia potenziando l'attività dei linfociti NK, sia inibendo la crescita e la metastatizzazione nei tumori sperimentali.

La risposta patologica allo stressor sembrerebbe dunque configurarsi come un reale cofattore di rischio per l'insorgenza del cancro.

L'importanza di un collegamento tra psiche e sistema immunitario acquista ulteriore importanza se si considera che nei casi di regressione spontanea il sistema immunitario viene ritenuto da diversi Autori il principale mediatore (Biondi et al., 1995) (Torta et al., 1997).

E' interessante notare come, oltre a migliorare la qualità della vita del paziente, gli interventi psicoterapeutici e psicofarmacologici possano esprimere un effetto direttamente sul decorso della malattia neoplastica.

Nell'ottica psicoimmunologica, ad esempio, l'impiego di tecniche di rilassamento, quali il Training Autogeno secondo Schultz, ha dimostrato di esprimere un'azione positiva, oltre che sulla diminuzione della risposta patologica allo stress, anche sull'incremento dell'attività delle cellule NK (Kiecolt-Glaser et al.; 1988). L'utilizzo di tecniche psicoterapiche (quali esercizi di rilassamento e visualizzazione di immagini mentali) evidenzia una sopravvivenza doppia rispetto a quanto atteso. Anche gli psicofarmaci, in particolare gli antidepressivi, hanno evidenziato di possedere un'azione di regolazione sul sistema immunitario (Ravindran et al., 1995).

La valutazione e la cura della patologia psichiatrica nei soggetti colpiti da cancro è un argomento estremamente importante per le ripercussioni sulla qualità di vita del paziente e sull'evoluzione stessa della malattia neoplastica. I progressi nella cura del cancro hanno consentito di aumentare la durata di sopravvivenza, facendo emergere, di conseguenza, altri importanti aspetti riguardanti la capacità del paziente di rielaborare ed affrontare uno stress drammatico come la malattia neoplastica.

La maggior parte degli studi eziologici sottolineano soprattutto due tipi di personalità tipizzanti il soggetto con cancro: da un lato soggetti con forte

angoscia di separazione, scarsa rielaborazione della perdita e disperazione, fattori emozionali che frequentemente facilitano la comparsa di depressione.

Il secondo gruppo è invece rappresentato da individui con atteggiamenti repressivi, di negazione e di ipercontrollo emozionale, fattori che potrebbero in qualche modo slatentizzare l'insorgenza della stessa malattia neoplastica (Craig et al., 1974).

Negli ultimi anni l'attenzione si è rivolta maggiormente a problematiche riguardanti le dinamiche emozionali del paziente e dei familiari in presenza di cancro, mentre un'area ancora tutta da esplorare è il rapporto fra disturbi emozionali e la prognosi di malattia.

I risultati degli studi sulla prevalenza sono variabili e disomogenei per problemi metodologici e, se si esclude la diagnosi di "reazione di adattamento allo stress", i pazienti oncologici vengono considerati generalmente come una popolazione psicologicamente sana.

Uno tra gli studi epidemiologici più significativi (Derogatis et al., 1983) dello Psychosocial Collaborative Oncology Group (PCOG) riporta una casistica di 215 pazienti, ricoverati e ambulatoriali, selezionati in maniera randomizzata presso tre famosi centri oncologici americani.

Attraverso una identificazione diagnostica, secondo i criteri del DSM III, è stato riscontrato che il 47% dei pazienti soddisfa i criteri per un disturbo psichiatrico; tra questi il 68% presentava un disturbo dell'adattamento con umore depresso, ansioso o misto, il 13% presenta un "episodio depressivo maggiore", l'8% "disturbo di personalità" ed il 4% "disturbo d'ansia generalizzato".

Lo spettro depressivo, che comprende il disturbo di adattamento e la depressione maggiore, rappresenta dunque la stragrande maggioranza delle diagnosi.

Quasi il 90% dei disturbi psichiatrici osservati si configura come una reazione alla malattia od una manifestazione del disturbo stesso e del suo trattamento. Solo l'11 % presenta un disturbo psichiatrico primario. Tale dato confermerebbe che i pazienti oncologici sono individui psicologicamente sani, ma esposti ad un distress emozionale importante dovuto alla malattia.

I fattori di rischio favorevoli la morbilità psichiatrica possono essere utili sia a fini preventivi che terapeutici. Essi sono rappresentati da fattori psicologici individuali (anamnesi di disturbi psichiatrici o psicologici, inclusi disturbi di personalità o abuso di sostanze, scarsi meccanismi di difesa di fronte agli eventi per debolezza dell'Io, elevata tendenza alla repressione delle emozioni, tendenza alla rinuncia), da fattori psicosociali (basso livello socioeconomico, problemi coniugali e familiari, scarsa possibilità di ricevere sostegno a livello interpersonale e sociale, insufficienti rapporti a livello di comunità), e da fattori medici (presenza di sintomi invalidanti, elevato livello soggettivo di dolore, percezione di inutilità del rapporto con il medico, aspettativa di vita breve).

#### DESCRIZIONE DELLA RICERCA

La finalità dello studio consisteva nell'esame, valutazione psicologica e supporto di pazienti oncologici che, a causa dell'intervento chirurgico avevano riportato gravi perdite funzionali.

Il progetto iniziato nell'ottobre del 1998, ha in un primo momento avuto lo scopo di valutare quali disturbi psicologici potessero avere i pazienti oncologici, e se fossero esistiti, con quale intensità si fossero manifestati.

A tal fine, è stata costruita una batteria di scale volta ad inquadrare il paziente in categorie diagnostiche confrontabili con il DSM IV (Diagnostical Statistical Manual IV Edition).

La batteria di scale era finalizzata ad osservare se nel paziente fossero state presenti quelle manifestazioni psicopatologiche, che in letteratura sono maggiormente descritte in associazione con le malattie neoplastiche: ansia e depressione. Inoltre altre scale sono state aggiunte per valutare se vi fosse stata una concomitanza di altre forme psicopatologiche (quali ad esempio il Disturbo Ossessivo- Compulsivo o forme più gravi quali le psicosi). A queste scale ne sono

stati affiancati altri ancora per valutare le condizioni generali mediche, l'adattamento sociale e la qualità della vita (questionari).

La batteria delle scale è stata utilizzata come strumento di verifica dell'andamento della salute del paziente per entrambi gli anni di studio, con scadenza di somministrazione trimestrale.

Attraverso questo strumento ci si è resi conto dell'effettivo miglioramento dei pazienti dopo la presa in carico, e successivamente di quanto potessero influire sullo stato generale di salute mentale ulteriori difficoltà mediche o psicologiche, e di come i valori cambiassero dopo gli specifici interventi di entrambe le discipline. Per questo, la possibilità di una collaborazione delle tre figure professionali che si sono occupate di questo progetto: il medico, lo psichiatra e lo psicologo, è stata di fondamentale importanza.

La presenza nel progetto del medico curante ha dato la possibilità di distinguere nel paziente ciò che l'effettivo disturbo fisico da possibili manifestazioni ansiose legate alle sensazioni che venivano dal corpo, e di avere dei punti di riferimento per intervenire nel modo migliore da un punto di vista psicologico nella relazione con ogni specifico paziente.

La presenza dello psichiatra ha dato la possibilità di intervenire ogni qualvolta i punteggi delle scale si fossero presentati marcatamente alti.

Quella dello psicologo ha avuto una doppia funzione in primo luogo fare da ponte fra le prime due figure professionali in secondo luogo di intervento diretto sul il paziente.

Per quello che riguarda questo secondo punto, gli obiettivi dell'intervento sono stati diversi e specifici. Nella maggioranza dei casi la necessità principale era di contenere l'ansia. L'ansia iniziale riguardo alla sopravvivenza dopo l'operazione era contenuta attraverso l'apporto informativo delle statistiche che dimostrano il gran numero di successi degli interventi di asportazione tumorale.

Le difficoltà psicologiche maggiormente presenti hanno fatto principalmente capo a: dolore, ansia e depressione.

Il dolore è vissuto dal paziente come un sintomo d'allarme che gli fa presupporre un peggioramento della malattia, ciò gli determina ansia e di conseguenza depressione.

Gli aspetti psicologici del dolore e i suoi correlati fisici fanno presupporre, come, nel dolore neoplastico, la paura del dolore, la tensione muscolare nervosa, lo stato d'ansia, la focalizzazione dell'attenzione sulle sensazioni spiacevoli, siano fattori di predisposizione al dolore stesso che divengono tanto più gravi quanto più sono associate.

Per ovviare a questo problema sono state insegnate ai pazienti delle tecniche ipnotiche per gestire il dolore e rendere più accettabile il decorso della malattia; per la gestione dell'ansia, legata sempre agli aspetti dolorosi della malattia, sono state insegnate tecniche di distensione immaginativa ed ipnotiche che davano modo al paziente di entrare in comunicazione con le sensazioni, le percezioni e le immagini collegate con il proprio corpo e alla propria sofferenza e che portavano la persona a vivere queste emozioni non più come inguaribili o ingestibili, ma come stati di sofferenza psichica affrontabili con maggiore distacco emotivo.

Queste tecniche nello specifico prevedevano il trasferimento di analgesia da uno o più distretti corporei, il rilassamento corporeo, lo stato ipnotico di grado medio per raggiungere l'ipoalgesia o l'analgesia, le visualizzazioni guidate orientate alla sperimentazione di sensazione di gioia, perseveranza e felicità; queste tecniche, hanno avuto principalmente lo scopo di distanziare dal paziente il vissuto doloroso e di focalizzare altrove la propria attenzione.

Questa attività ha dimostrato avere un'azione ansiolitica.

Per diminuire l'ansia legata alla situazione si sono insegnate inoltre tecniche di rilassamento tipo "training autogeno di Schultz".

Anche per gli aspetti didattici di tecniche di rilassamento o ipnotiche, ogni singolo paziente è stato valutato singolarmente ed è stato fatto per ciascuno un programma personalizzato a seconda del tipo di personalità e l'affinità personale di alcune metodiche piuttosto di altre.

Per gli aspetti depressivi gli interventi di sostegno si sono resi particolarmente utili, coadiuvati anche dall'utilizzo di tecniche ipnotiche di "visualizzazione guidata" di immagini a carattere rilassante e ristrutturante.

Particolarmente utili in questo caso si sono dimostrate le tecniche ipnotiche ideate da Simonton per l'aiuto, il sostegno e la ripresa energetica di questi pazienti.

Il ritmo degli incontri è stato stabilito a seconda del punteggio delle scale e con ognuno di loro è stato anche in questo caso fatto un programma personalizzato. Generalmente all'inizio gli incontri sono stati più frequenti (settimanali), sia per la quantità di argomenti da elaborare che per poter entrare nel giusto clima di collaborazione. Nella fase successiva del programma, in seguito ai miglioramenti o per evitare di gravare con ulteriori impegni, quanto già troppo pesava su di loro, sia per motivi di tempo che di energie fisiche, si è passati ad incontri quindicinali.

L'ultima fase era costituita da incontri con scadenza mensile per evitare ulteriori ricadute.

Si è reso necessario in qualche caso di proporre uno spazio di ascolto e supporto anche ai parenti dei pazienti, che si trovano a gestire le gravi situazioni di sofferenza del malato.

Aspetti ansiosi o pessimistici dei famigliari avrebbero pertanto potuto di fatto influire sulla gestione degli stessi vissuti del paziente sommandosi con questi, peggiorandone quindi il quadro clinico psicopatologico.

Incontri di sostegno psicologico ai famigliari sono stati programmati anche in quei casi in cui era avvenuta la perdita del famigliare, in quelle situazioni il lavoro è consistito nell'aiutare la famiglia a rielaborare la perdita.

## MATERIALE E METODO

Sono stati esaminati 21 pazienti con neoplasie localizzate ai polmoni (N= 12), alla laringe (N= 7), al colon (N= 2).

Per la prima selezione, di fondamentale importanza, è stato il GHQ (General Health Questionnaire); questionario che dà la possibilità di dimostrare quanto la sofferenza dovuta ad una malattia possa incidere da un punto di vista psicologico; questa prima valutazione testistica si è stata necessaria per selezionare coloro che necessitavano di un successivo intervento di appoggio da chi avesse sufficienti risorse personali e un adeguato supporto familiare per affrontare la malattia.

Con questi abbiamo fissato degli appuntamenti bimestrali di osservazione dando loro la possibilità in caso di difficoltà di prendere i contatti con noi e modificare il setting iniziale.

Delle 6 persone che avevano queste caratteristiche solo una, per l'aggravarsi della malattia neoplastica ha avuto la necessità di chiedere un supporto diverso da quello stabilito.

Dei 21 pazienti, 6 sono deceduti prima del termine dell'anno dalla presa in carico. In queste situazioni siamo intervenuti cercando di contenere i sentimenti di disperazione e di angoscia che si generavano dal momento in cui si aggravava la malattia.

Con 4 pazienti abbiamo compiuto degli interventi sulla famiglia, poiché l'ansia e la preoccupazione eccessiva per la salute del paziente lo portava ad amplificare la sua sofferenza.

In questi casi siamo intervenuti rassicurando e contenendo l'ansia dei famigliari, perché potessero essere di maggiore rassicurazione per il paziente e dando alla famiglia (per quanto fosse possibile) un compito di maggiore attivazione e responsabilizzazione del paziente.

Successivamente, l'Hamilton per la depressione e quello per l'ansia ci hanno permesso di valutare quanto marcata fosse l'implicazione psicologica per la sofferenza fisica e di valutare se fosse necessario un congiunto intervento farmacologico.

Abbiamo pensato essere opportuno valutare se il paziente prima della malattia avesse avuto precedenti contatti con medici psichiatri, quali problemi avesse

avuto e in quale periodo fosse stata la loro prescrizione farmacologica, per avere maggiori informazioni per un successivo intervento sia farmacologico che psichiatrico.

Non tutte le scale sono state replicate con la stessa cadenza, per non proporre durante l'incontro un elevato numero di valutazioni e non focalizzare, così, in maniera eccessiva l'attenzione sugli aspetti di ricerca, e di prediligere gli aspetti relazionali e di visione degli aspetti positivi della realtà.





Le altre scale che abbiamo utilizzato per questa ricerca sono stati il Karnofsky, che valuta lo stato fisico del paziente.







La Disability Scale di Sheenan, che valuta l'influenza del disagio psichico sull'attività lavorativa, relazionale e familiare.

La scala TAS che percepisce le sensazioni psicologiche legate al variare della patologia fisica. Ed infine lo SBQL che valuta la qualità della vita.

## RISULTATI

Di seguito verrà fornita una valutazione statistica dei risultati da noi ottenuti.

|          | Valori di base | Mesi 2  | Mesi 4 | Mesi 8  | Mesi 12 | Valori Normali       |
|----------|----------------|---|--------|---|---------|----------------------|
| HAM- D   | 21             | 17  | 20     | 12  | 9       | < 12                 |
| HAM- A   | 20             | 17  | 19     | 11  | 8       | < 12                 |
| SHEENAN  | 8/7/6          |  | 8/8/4  |  | 8/7/3   | 0-100                |
| KARNOFKY | 80             |  | 60     |  | 90      | ≤ 50                 |
| TAS      | 71             | 66  | 67     | 46  | 39      | 300-500<br>cut off 3 |

|      |     |   |   |   |   |
|------|-----|---|---|---|---|
| SBQL | 260 |  | 270   |  | 390   |
| GHQ  | 6   |  |  |  |  |

Le medie dei valori delle scale riportate dimostrano una sensibile variazione in senso positivo nell'arco dell'anno delle condizioni psichiche e fisiche dei pazienti. I dati compresi tra il 4° e l'8° mese mettono in luce che l'aggravarsi della malattia fisica (Karnofsky X= 60) anche gli standard di salute psicologica hanno subito importanti variazioni . (HAM- D X= 20) (HAM- A X= 19).

Con la possibilità del paziente di avere un supporto esterno alla famiglia, di sentirsi quindi più libero di esprimere la propria sofferenza, e di avere la possibilità di utilizzare tecniche per la gestione dell'ansia e del dolore gli ha modificato sensibilmente i risultati della scala HAM- A (X= 20 vs. X= 8).

La sofferenza fisica e psicologica vissute con maggior distacco e la possibilità di avere un sonno più regolare (prima, compromesso dagli aspetti ansiosi), ha permesso ai pazienti di poter accedere ad una dimensione più serena e meno angosciata della visione della malattia con consecutiva modificazione degli aspetti depressivi, dimostrati dalla variazione dei punteggi dell'HAM- D (X= 21 vs. X= 9).

Le compromissioni funzionali dovute alla malattia o all'intervento chirurgico o alla terapia farmacologica assunta dai pazienti si sono mantenuti nel tempo e non hanno subito variazioni nelle aree lavorative e ricreative, l'unica area in cui s'è potuti intervenire è stata quella familiare (Sheenan C= 3).

La malattia, con le sue conseguenze di ordine pratico e le sue menomazioni, non ha purtroppo permesso in alcuni casi, dove le conseguenze fossero molto importanti, una remissione assoluta della sintomatologia psicologica.

## CONCLUSIONI

Dopo due anni di attività, ci possiamo ritenere soddisfatti dei risultati ottenuti, che nella maggior parte dei casi sono stati di un significativo miglioramento delle condizioni di base.

Il tracciato finale, dato dalla sintesi dei punteggi dati dalle scale, ha avuto un andamento "a picchi" nelle situazioni più complicate, ed un andamento più lineare dove non fossero esistite difficoltà psicologiche precedentemente all'operazione o/e la malattia avesse avuto un decorso migliore.

Ulteriori soddisfazioni derivano dall'aver potuto costituire una solida collaborazione con discipline mediche diverse che si occupano dello stesso paziente, e che possono ora confrontarsi con un'unica strategia operativa.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Biondi M., Costantini A., Grassi L. La comunicazione della diagnosi e del consenso informato. In: La mente e il cancro. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995.
- 2) Besedovsky H., Del Rey A., Sorkin E., et al. Regulatory links between immune and neuroendocrine systems. Immunology Series. 45: 479- 90, 1989.
- 3) Felten S., Felten D.L. Innervation of lymphoid tissue. In: Ader R., Felten D.L., Cohen: Psychoneuroimmunology. Academic Press, S. Diego 1991.
- 4) Turkevich N.M. Significance of typological peculiarities of the nervous system in the origin of the development of cancer of the mammary glands in mice. Vopr. Oncol. 1 (6): 64- 70, 1955.
- 5) Friedman S.B., Glasgow L.A., Ader R. Psychosocial factors modifying resistance to experimental infections. Annals of the New York Academy of Science. 164: 381- 93, 1969.
- 6) Selye H. The stress of life. New York. McGraw- Hill. 1956.
- 7) Bathrop R. W. Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet, April (16): 834- 36, 1977.
- 8) Humphrey J.C. Cited in review of L.L. LeShan's book by P.B. Medawat, New York Review of Books, June 9. 24 (10), 1977.
- 9) Maes M., Meltzer H.Y., Bosman E., et al. Increased plasma concentration of interleukin-6, soluble interleukin-2 and transferrin

- receptor in major depression. *J Affective Disorders*. 34: 301- 309, 1995.
- 10) Persky V.W., Kempthorne- Rawson J., Shekelle R.B. Personality and risk of cancer: 20 year follow up of the Western Electric Study. *Psychosom Med* 49: 435- 448, 1987.
  - 11) Murphy T.K., Goodman W.K., Fudge M.W et al. B lymphocyte antigen D8/17: a peripheral marker for childhood- onset obsessive- compulsive disorder and Tourette's syndrome? *Am J Psychiatry*. 154 (3): 402- 07, 1987.
  - 12) Sperner- Unterweger B., Barnas C., Fuchs D., et al. Neopterin production in acute schizophrenic patients: an indicator of alteration of cell- mediated immunity. *Psychiatry Research*. 42: 121- 128, 1992.
  - 13) Antoni M.H. Neuroendocrine influences in psychoneuroimmunology and neoplasia: a review. *Psychol Health*. 1: 3- 24, 1987.
  - 14) Locke S.E., Kraus L., Leserman J. et al. Life change stress, psychiatric symptoms and natural killer cell activity. *Psychosom Med*. 46: 441- 53, 1984.
  - 15) Wick M.M. L- Dopa methyl- ester: prolongation of survival neuroblastoma- bearing mice after treatment. *Science*. 199: 775- 776, 1978.
  - 16) Torta R., Zanalda E., Rocca P., Ravizza L. Inhibitory activity of S- adenosyl- L- methionine on serum gamma- glutamyl- transpeptidase increase induced by psychodrugs and anticonvulsants. *Current Therapeutic Research*. 44: 144- 59, 1988.
  - 17) Kiecolt- Glaser J.K., Kennedy S., Malkoff S., et al. Marital discord and immunity in males. *Psychosom Med*. 50: 213- 29, 1988.

- 18) Ravindran A.V., Griffiths J., Merali Z., et al. Lymphocyte subsets associated with major depression and dysthymia: modification by antidepressant treatment. *Psychosom Med.* Nov- Dec 57 (6): 555-63, 1995.
- 19) Craig T.J., Abeloff M.D. Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *Am J Psychiatry.* 131, 1323- 26, 1974.
- 20) Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA,* 249, 751- 757, 1983.
- 21) Simonton O.C., Matthews- Simonton S., Creighton J. *Star bene nuovamente.* RIZA libri. 1978.
- 22) Torta R., Mussa A., *La Psiconcologia.* CNS, Pharmacia & Upjohn. 1999.

## **ESPERIENZA DI TERAPIA INTEGRATA CON PAZIENTI ONCOLOGICI**

Dott. A Norsa, Dott. F.Bilone, Dott. C.A. Robotti  
I° SPDC- Ospedale Civile Maggire- Verona

Già Galeno mise in correlazione, sulla base dell'osservazione diretta dei pazienti, l'aumentato rischio di patologia neoplastica con la deflessione del tono dell'umore (Biondi et. Al., 1995).

Nella pratica clinica oncologica, trova conferma il dato come la modificazione affettiva possa influenzare il decorso della patologia neoplastica.

Il sistema immunitario è il meccanismo biologico principalmente chiamato in causa nel correlare ambiente, reazione da stress, aspetti psicologici e facilitazione allo sviluppo del cancro.

Lo stress cronico ha come risultato l'inibizione del sistema immunitario, che a sua volta produce una maggiore suscettibilità alle malattie, specialmente il cancro. (Selye 1956)

I rapporti tra l'individuo e l'ambiente, le modificazioni psicologiche, le alterazioni di tipo psiconeurobiologico e le variazioni del sistema endocrino ed immunitario sono quindi da considerarsi in una relazione circolare di interazioni.

Un ampio studio prospettico, ha comunque evidenziato come, in senso statistico, la depressione sia positivamente associata con l'incidenza e la mortalità da cancro (Persky et al., 1987).

L'influenza degli aspetti psichici sulla funzione immune può essere considerata come l'anello di congiunzione biologica di una associazione tra alcuni fattori psicosociali e cancro (Antoni, 1987). Tale relazione tra eventi esterni e decorso della neoplasia si articolerebbe in tempi e livelli distinti. A livello linfocitario è stata notata una diminuzione dell'attività dei linfociti citotossici e delle cellule NK, parallelamente all'incremento di eventi che possiedono il significato di stress emozionale (Locke et al., 1984).

Ad esempio il potenziamento del tono noradrenergico e dopaminergico, in animali affetti da cancro, ha determinato una riduzione della crescita della massa tumorale (Wick, 1978).

Per quanto riguarda il sistema neuroendocrino una correlazione con il cancro deriverebbe ad esempio, dalla considerazione che le enkefaline abbiano un effetto sul cancro, sia potenziando l'attività dei linfociti NK, sia inibendo la crescita e la metastatizzazione nei tumori sperimentali.

E' interessante notare come, oltre a migliorare la qualità della vita del paziente, gli interventi psicoterapeutici e psicofarmacologici possano esprimere un effetto direttamente sul decorso della malattia neoplastica.

Nell'ottica psicoimmunologica, ad esempio, l'impiego di tecniche di rilassamento, quali il Training Autogeno secondo Schultz, ha dimostrato di esprimere un'azione positiva, oltre che sulla diminuzione della risposta patologica allo stress, anche sull'incremento dell'attività delle cellule NK (Kiecolt-Glaser et al.; 1988). L'utilizzo di tecniche psicoterapiche (quali esercizi di rilassamento e visualizzazione di immagini mentali) evidenzia una sopravvivenza doppia rispetto a quanto atteso. Anche gli psicofarmaci, in particolare gli antidepressivi, hanno evidenziato di possedere un'azione di regolazione sul sistema immunitario (Ravindran et al., 1995).

La maggior parte degli studi eziologici sottolineano soprattutto due tipi di personalità tipizzanti il soggetto con cancro: da un lato soggetti con forte angoscia di separazione, scarsa rielaborazione della perdita e disperazione, fattori emozionali che frequentemente facilitano la comparsa di depressione.

Negli ultimi anni l'attenzione si è rivolta maggiormente a problematiche riguardanti le dinamiche emozionali del paziente e dei familiari in presenza di cancro, mentre un'area ancora tutta da esplorare è il rapporto fra disturbi emozionali e la prognosi di malattia.

I fattori di rischio favorenti la morbilità psichiatrica possono essere utili sia a fini preventivi che terapeutici. Essi sono rappresentati da fattori psicologici individuali (anamnesi di disturbi psichiatrici o psicologici, inclusi disturbi di personalità o abuso di sostanze, scarsi meccanismi di difesa di fronte agli eventi per debolezza dell'Io, elevata tendenza alla repressione delle emozioni, tendenza alla rinuncia), da fattori psicosociali (basso livello socioeconomico, problemi coniugali e familiari, scarsa possibilità di ricevere sostegno a livello interpersonale e sociale, insufficienti rapporti a livello di comunità), e da fattori medici (presenza di sintomi invalidanti, elevato livello soggettivo di dolore, percezione di inutilità del rapporto con il medico, aspettativa di vita breve).

## DESCRIZIONE DELLA RICERCA

La finalità dello studio consisteva nell'esame, valutazione psicologica e supporto di pazienti oncologici che, a causa dell'intervento chirurgico avevano riportato gravi perdite funzionali.

Il progetto iniziato nell'ottobre del 1998, ha in un primo momento avuto lo scopo di valutare quali disturbi psicologici potessero avere i pazienti oncologici, e se fossero esistiti, con quale intensità si fossero manifestati.

A tal fine, è stata costruita una batteria di scale volta ad inquadrare il paziente in categorie diagnostiche confrontabili con il DSM IV (Diagnostical Statistical Manual IV Edition).

La batteria di scale era finalizzata ad osservare se nel paziente fossero state presenti quelle manifestazioni psicopatologiche, che in letteratura sono maggiormente descritte in associazione con le malattie neoplastiche: ansia e depressione. Inoltre altre scale sono state aggiunte per valutare se vi fosse stata una concomitanza di altre forme psicopatologiche (quali ad esempio il Disturbo Ossessivo- Compulsivo o forme più gravi quali le psicosi). A queste scale ne sono stati affiancati altri ancora per valutare le condizioni generali mediche, l'adattamento sociale e la qualità della vita (questionari).

La batteria delle scale è stata utilizzata come strumento di verifica dell'andamento della salute del paziente per entrambi gli anni di studio, con scadenza di somministrazione trimestrale.

Attraverso questo strumento ci si è resi conto dell'effettivo miglioramento dei pazienti dopo la presa in carico, e successivamente di quanto potessero influire sullo stato generale di salute mentale ulteriori difficoltà mediche o psicologiche, e di come i valori cambiassero dopo gli specifici interventi di entrambe le discipline. Per questo, la possibilità di una collaborazione delle tre figure professionali che si sono occupate di questo progetto: il medico, lo psichiatra e lo psicologo, è stata di fondamentale importanza.

La presenza nel progetto del medico curante ha dato la possibilità di distinguere nel paziente ciò che l'effettivo disturbo fisico da possibili manifestazioni ansiose legate alle sensazioni che venivano dal corpo, e di avere dei punti di riferimento per intervenire nel modo migliore da un punto di vista psicologico nella relazione con ogni specifico paziente.

La presenza dello psichiatra ha dato la possibilità di intervenire ogni qualvolta i punteggi delle scale si fossero presentati marcatamente alti.

Quella dello psicologo ha avuto una doppia funzione in primo luogo fare da ponte fra le prime due figure professionali in secondo luogo di intervento diretto sul il paziente.

Per quello che riguarda questo secondo punto, gli obiettivi dell'intervento sono stati diversi e specifici. Nella maggioranza dei casi la necessità principale era di contenere l'ansia. L'ansia iniziale riguardo alla sopravvivenza dopo l'operazione era contenuta attraverso l'apporto informativo delle statistiche che dimostrano il gran numero di successi degli interventi di asportazione tumorale.

Le difficoltà psicologiche maggiormente presenti hanno fatto principalmente capo a: dolore, ansia e depressione.

Il dolore è vissuto dal paziente come un sintomo d'allarme che gli fa presupporre un peggioramento della malattia, ciò gli determina ansia e di conseguenza depressione.

Gli aspetti psicologici del dolore e i suoi correlati fisici fanno presupporre, come, nel dolore neoplastico, la paura del dolore, la tensione muscolare nervosa, lo stato d'ansia, la focalizzazione dell'attenzione sulle sensazioni spiacevoli, siano fattori di predisposizione al dolore stesso che divengono tanto più gravi quanto più sono associate.

Per ovviare a questo problema sono state insegnate ai pazienti delle tecniche ipnotiche per gestire il dolore e rendere più accettabile il decorso della malattia; per la gestione dell'ansia, legata sempre agli aspetti dolorosi della malattia, sono state insegnate tecniche di distensione immaginativa ed ipnotiche che davano modo al paziente di entrare in comunicazione con le sensazioni, le percezioni e le

immagini collegate con il proprio corpo e alla propria sofferenza e che portavano la persona a vivere queste emozioni non più come inguaribili o ingestibili, ma come stati di sofferenza psichica affrontabili con maggiore distacco emotivo.

Queste tecniche nello specifico prevedevano il trasferimento di analgesia da uno o più distretti corporei, il rilassamento corporeo, lo stato ipnotico di grado medio per raggiungere l'ipoalgesia o l'analgesia, le visualizzazioni guidate orientate alla sperimentazione di sensazione di gioia, perseveranza e felicità; queste tecniche, hanno avuto principalmente lo scopo di distanziare dal paziente il vissuto doloroso e di focalizzare altrove la propria attenzione.

Questa attività ha dimostrato avere un'azione ansiolitica.

Per diminuire l'ansia legata alla situazione si sono insegnate inoltre tecniche di rilassamento tipo "training autogeno di Schultz".

Anche per gli aspetti didattici di tecniche di rilassamento o ipnotiche, ogni singolo paziente è stato valutato singolarmente ed è stato fatto per ciascuno un programma personalizzato a seconda del tipo di personalità e l'affinità personale di alcune metodiche piuttosto di altre.

Per gli aspetti depressivi gli interventi di sostegno si sono resi particolarmente utili, coadiuvati anche dall'utilizzo di tecniche ipnotiche di "visualizzazione guidata" di immagini a carattere rilassante e ristrutturante.

Particolarmente utili in questo caso si sono dimostrate le tecniche ipnotiche ideate da Simonton per l'aiuto, il sostegno e la ripresa energetica di questi pazienti.

Il ritmo degli incontri è stato stabilito a seconda del punteggio delle scale e con ognuno di loro è stato anche in questo caso fatto un programma personalizzato. Generalmente all'inizio gli incontri sono stati più frequenti (settimanali), sia per la quantità di argomenti da elaborare che per poter entrare nel giusto clima di collaborazione. Nella fase successiva del programma, in seguito ai miglioramenti o per evitare di gravare con ulteriori impegni, quanto già troppo pesava su di loro, sia per motivi di tempo che di energie fisiche, si è passati ad incontri quindicinali.

L'ultima fase era costituita da incontri con scadenza mensile per evitare ulteriori ricadute.

Si è reso necessario in qualche caso di proporre uno spazio di ascolto e supporto anche ai parenti dei pazienti, che si trovano a gestire le gravi situazioni di sofferenza del malato.

Aspetti ansiosi o pessimistici dei famigliari avrebbero pertanto potuto di fatto influire sulla gestione degli stessi vissuti del paziente sommandosi con questi, peggiorandone quindi il quadro clinico psicopatologico.

Incontri di sostegno psicologico ai famigliari sono stati programmati anche in quei casi in cui era avvenuta la perdita del famigliare, in quelle situazioni il lavoro è consistito nell'aiutare la famiglia a rielaborare la perdita.

## MATERIALE E METODO

Sono stati esaminati 21 pazienti con neoplasie localizzate ai polmoni (N= 12), alla laringe (N= 7), al colon (N= 2).

Per la prima selezione, di fondamentale importanza, è stato il GHQ (General Health Questionnaire); questionario che dà la possibilità di dimostrare quanto la sofferenza dovuta ad una malattia possa incidere da un punto di vista psicologico; questa prima valutazione testistica si è stata necessaria per selezionare coloro che necessitavano di un successivo intervento di appoggio da chi avesse sufficienti risorse personali e un adeguato supporto familiare per affrontare la malattia.

Con questi abbiamo fissato degli appuntamenti bimestrali di osservazione dando loro la possibilità in caso di difficoltà di prendere i contatti con noi e modificare il setting iniziale.

Delle 6 persone che avevano queste caratteristiche solo una, per l'aggravarsi della malattia neoplastica ha avuto la necessità di chiedere un supporto diverso da quello stabilito.

Dei 21 pazienti, 6 sono deceduti prima del termine dell'anno dalla presa in carico.

In queste situazioni siamo intervenuti cercando di contenere i sentimenti di disperazione e di angoscia che si generavano dal momento in cui si aggravava la malattia.

Con 4 pazienti abbiamo compiuto degli interventi sulla famiglia, poiché l'ansia e la preoccupazione eccessiva per la salute del paziente lo portava ad amplificare la sua sofferenza.

In questi casi siamo intervenuti rassicurando e contenendo l'ansia dei famigliari, perché potessero essere di maggiore rassicurazione per il paziente e dando alla famiglia (per quanto fosse possibile) un compito di maggiore attivazione e responsabilizzazione del paziente.

Successivamente, l'Hamilton per la depressione e quello per l'ansia ci hanno permesso di valutare quanto marcata fosse l'implicazione psicologica per la sofferenza fisica e di valutare se fosse necessario un congiunto intervento farmacologico.

Abbiamo pensato essere opportuno valutare se il paziente prima della malattia avesse avuto precedenti contatti con medici psichiatri, quali problemi avesse avuto e in quale periodo fosse stata la loro prescrizione farmacologica, per avere maggiori informazioni per un successivo intervento sia farmacologico che psichiatrico.

Non tutte le scale sono state replicate con la stessa cadenza, per non proporre durante l'incontro un elevato numero di valutazioni e non focalizzare, così, in maniera eccessiva l'attenzione sugli aspetti di ricerca, e di prediligere gli aspetti relazionali e di visione degli aspetti positivi della realtà.











Le altre scale che abbiamo utilizzato per questa ricerca sono stati il Karnofsky, che valuta lo stato fisico del paziente.

La Disability Scale di Sheenan, che valuta l'influenza del disagio psichico sull'attività lavorativa, relazionale e famigliare.

La scala TAS che percepisce le sensazioni psicologiche legate al variare della patologia fisica. Ed infine lo SBQL che valuta la qualità della vita.

## RISULTATI

Di seguito verrà fornita una valutazione statistica dei risultati da noi ottenuti.

|          | Valori di base | Mesi 2   | Mesi 4   | Mesi 8   | Mesi 12  | Valori Normali |
|----------|----------------|--|--|--|--|----------------|
| HAM- D   | 21             | 17   | 20   | 12   | 9  | < 12           |
| HAM- A   | 20             | 17   | 19   | 11   | 8  | < 12           |
| SHEENAN  | 8/7/6          |   | 8/8/4  |   | 8/7/3  | 0<br>100       |
| KARNOFKY | 80             |   | 60   |   | 90   | ≤ 50           |
| TAS      | 71             | 66   | 67   | 46   | 39   | 300/ 500       |
| SBQL     | 260            |   | 270  |   | 390  | cut off 3      |
| GHQ      | 6              |  |  |  |  |                |

Le medie dei valori delle scale riportate dimostrano una sensibile variazione in senso positivo nell'arco dell'anno delle condizioni psichiche e fisiche dei pazienti.

I dati compresi tra il 4° e l'8° mese mettono in luce che l'aggravarsi della malattia fisica (Karnofsky X= 60) anche gli standard di salute psicologica hanno subito importanti variazioni . (HAM- D X= 20) (HAM- A X= 19).

Con la possibilità del paziente di avere un supporto esterno alla famiglia, di sentirsi quindi più libero di esprimere la propria sofferenza, e di avere la possibilità di utilizzare tecniche per la gestione dell'ansia e del dolore gli ha modificato sensibilmente i risultati della scala HAM- A (X= 20 vs. X= 8).

La sofferenza fisica e psicologica vissute con maggior distacco e la possibilità di avere un sonno più regolare (prima, compromesso dagli aspetti ansiosi), ha permesso ai pazienti di poter accedere ad una dimensione più serena e meno angosciata della visione della malattia con consecutiva modificazione degli aspetti depressivi, dimostrati dalla variazione dei punteggi dell'HAM- D (X= 21 vs. X= 9).

Le compromissioni funzionali dovute alla malattia o all'intervento chirurgico o alla terapia farmacologica assunta dai pazienti si sono mantenuti nel tempo e non

hanno subito variazioni nelle aree lavorative e ricreative, l'unica area in cui s'è potuti intervenire è stata quella familiare (Sheenan C= 3).

La malattia, con le sue conseguenze di ordine pratico e le sue menomazioni, non ha purtroppo permesso in alcuni casi, dove le conseguenze fossero molto importanti, una remissione assoluta della sintomatologia psicologica.

## CONCLUSIONI

Dopo due anni di attività, ci possiamo ritenere soddisfatti dei risultati ottenuti, che nella maggior parte dei casi sono stati di un significativo miglioramento delle condizioni di base.

Il tracciato finale, dato dalla sintesi dei punteggi dati dalle scale, ha avuto un andamento "a picchi" nelle situazioni più complicate, ed un andamento più lineare dove non fossero esistite difficoltà psicologiche precedentemente all'operazione o/e la malattia avesse avuto un decorso migliore.

Ulteriori soddisfazioni derivano dall'aver potuto costituire una solida collaborazione con discipline mediche diverse che si occupano dello stesso paziente, e che possono ora confrontarsi con un'unica strategia operativa.

## BIBLIOGRAFIA

1. Biondi M., Costantini A., Grassi L. La comunicazione della diagnosi e del consenso informato. In: La mente e il cancro. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995.
2. Besedovsky H., Del Rey A., Sorkin E., et al. Regulatory links between immune and neuroendocrine systems. Immunology Series. 45: 479- 90, 1989.
3. Felten S., Felten D.L. Innervation of lymphoid tissue. In: Ader R., Felten D.L., Cohen: Psychoneuroimmunology. Academic Press, S. Diego 1991.

4. Turkevich N.M. Significance of typological peculiarities of the nervous system in the origin of the development of cancer of the mammary glands in mice. *Vopr. Oncol.* 1 (6): 64- 70, 1955.
5. Friedman S.B., Glasgow L.A., Ader R. Psychosocial factors modifying resistance to experimental infections. *Annals of the New York Academy of Science.* 164: 381- 93, 1969.
6. Selye H. *The stress of life.* New York. McGraw- Hill. 1956.
7. Bathrop R. W. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*, April (16): 834- 36, 1977.
8. Humphrey J.C. Cited in review of L.L. LeShan's book by P.B. Medawar, *New York Review of Books*, June 9. 24 (10), 1977.
9. Maes M., Meltzer H.Y., Bosman E., et al. Increased plasma concentration of interleukin-6, soluble interleukin-2 receptor and transferrin receptor in major depression. *J Affective Disorders.* 34: 301- 309, 1995.
10. Persky V.W., Kempthorne- Rawson J., Shekelle R.B. Personality and risk of cancer: 20 year follow up of the Western Electric Study. *Psychosom Med* 49: 435- 448, 1987.
11. Murphy T.K., Goodman W.K., Fudge M.W et al. B lymphocyte antigen CD8/17: a peripheral marker for childhood- onset obsessive- compulsive disorder and Tourette's syndrome? *Am J Psychiatry.* 154 (3): 402- 07, 1987.
12. Sperner- Unterwiesing B., Barnas C., Fuchs D., et al. Neopterin production in acute schizophrenic patients: an indicator of alteration of cell- mediated immunity. *Psychiatry Research.* 42: 121- 128, 1992.
13. Antoni M.H. Neuroendocrine influences in psychoneuroimmunology and neoplasia: a review. *Psychol Health.* 1: 3- 24, 1987.

14. Locke S.E., Kraus L., Leserman J. et al. Life change stress, psychiatric symptoms and natural killer cell activity. *Psychosom Med.* 46: 441- 53, 1984.
15. Wick M.M. L- Dopa methyl- ester: prolongation of survival neuroblastoma-bearing mice after treatment. *Science.* 199: 775- 776, 1978.
16. Torta R., Zanalda E., Rocca P., Ravizza L. Inibitory activity of S- adenosyl-L- metionine on serum gamma- glutamyl- transpeptidase increase included by psychodrugs and anticonvultivants. *Current Therapeutic Research.* 44: 144- 59, 1988.
17. Kiecolt- Glaser J.K., Kennedy S., Malkoff S., et al. Marital discord and immunity in males. *Psychosom Med.* 50: 213- 29, 1988.
18. Ravindran A.V., Griffiths J., Merali Z., et al. Limphocyte subsets associated with major depression and dysthymia: modification by antidepressant treatment. *Psychosom Med.* Nov- Dec 57 (6): 555- 63, 1995.
19. Craig T.J., Abeloff M.D. Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *Am J Psychiatry.* 131, 1323- 26, 1974.
20. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA,* 249, 751- 757, 1983.
21. Simonton O.C., Matthews- Simonton S., Creighton J. *Star bene nuovamente.* RIZA libri. 1978.
22. Torta R., Mussa A., *La Psiconcologia.* CNS, Pharmacia & Upjohn. 1999.

## **ESPERIENZA DI TERAPIA INTEGRATA CON PAZIENTI ONCOLOGICI**

Dott. F.Bilone, Dott. A. Norsa, Dott. C.A. Robotti

Vengono esposti alcuni risultati preliminari di una ricerca volta ad indagare circa l'efficacia del sostegno psicologico in pazienti oncologici, che nel corso dell'evoluzione della loro patologia avessero evidenziato disturbi ansiosi, depressivi o misti.

Lo studio è stato condotto in collaborazione tra il I° SPDC dell'Azienda Ospedaliera di Verona ed i Reparti di Chirurgia Toracica e Otorinolaringoiatria della stessa Azienda. Sono stati valutati 21 PZ di entrambi i sessi, di età compresa tra i 34 ed i 55 anni. A tal fine con ogni soggetto è stata condotta una anamnesi volta a valutare se esistessero disturbi ansiosi e depressivi secondo il DSM IV, e a discriminare se tali disturbi fossero comparsi prima o dopo l'insorgenza della malattia. Per indagare il disagio emotivo dei pazienti, è stato somministrato il GHQ (General Health Questionnaire) per selezionare i pazienti stessi tra casi con disturbi e non casi, con cut off di  $\geq 3$ . Per la valutazione quantitativa di gravità delle condizioni psicopatologiche dei pazienti, sono state somministrate le scale HAM-A, HAM-D e la valutazione del disagio psichico circa l'influenza sull'attività lavorativa, e la relazione familiare sono state valutate con la Disability Scale di Sheenan. Inoltre sono state utilizzate la scala TAS che percepisce le sensazioni psicologiche legate al variare della patologia fisica, e lo SBQL per valutare la qualità della vita.

L'osservazione ha avuto la durata di un anno e le scale sono state somministrate al basale e ogni due mesi. Il progetto è stato condotto con la collaborazione delle tre figure professionali di riferimento: il medico curante, lo psichiatra (che in caso di necessità poteva compiere prescrizioni psicofarmacologiche) e lo psicologo. Per

ciò che concerne l'intervento di sostegno psicologico, l'intervento è stato mirato al contenimento dell'ansia del PZ e volgendo l'attenzione ad aumentare la fiducia per le terapie specifiche oncologiche. Interventi attivi, sono stati: l'insegnamento di tecniche di rilassamento (Shultz e Jacobson), di distensione immaginativa a focalizzazione corporea e di visualizzazioni guidate con tematiche rilassanti e a contenuto piacevole e volte al positivo; a tal fine, si sono dimostrate particolarmente utili le tecniche ipnotiche di Simonton.

In alcuni casi, per rendere più efficace l'intervento, si è reso necessario lavorare anche con la famiglia, oppure insegnare delle tecniche di ipnosi di anestesia ed analgesia per sopportare meglio il dolore.

Le medie dei valori delle scale, di seguito riportate, dimostrano una sensibile variazione nei miglioramenti nell'anno delle condizioni dei PZ: HAM- A (X= 20 vs. X= 8), HAM- D (X=21 vs. X= 21), Sheenan- C (X=6 vs. X=3), TAS (X=71 vs. X=39), Karnofsky (X=80 vs. X=90), SBQL (X=260 vs. X=390).

I pazienti che sono deceduti per cause oncologiche durante l'anno di studio sono stati 6, quelli che hanno terminato il progetto per un anno sono stati 15. I pazienti che hanno desiderato proseguire l'intervento oltre l'anno e sono attualmente ancora in terapia sono 5.