



**ATTUALITÀ
NELLA TERAPIA INTEGRATA
LOCOREGIONALE DELLE NEOPLASIE
DELLE VIE AEREE DIGESTIVE SUPERIORI**

Coordinatori:
Salvatore Pisconti, Alfredo Procaccini, Giovanni Silvano



**Taranto, 12-14 gennaio 2012
Grand Hotel Delfino**

IL SUPPORTO PSICOLOGICO IN PAZIENTI ONCOLOGICI

ANALISI DEI LIVELLI DEL DISTRESS PSICOLOGICO

**Gruppo di lavoro di
Psicologia Oncologica
(D.Battaglia, D.Chiloiro,
B.Lavalle)**

*S.C. di Psicologia Clinica e Psicoterapia
dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva*

DSM ASL TA

P.O. San Giuseppe Moscati

ASL TA



L'esperienza presentata origina dalla esigenza di dare una risposta ai pazienti oncologici ed ai loro famigliari, in un momento particolarmente delicato dell'iter diagnostico terapeutico in quanto al rapporto con la malattia e con il personale sanitario, si aggiunge anche l'impatto con i trattamenti chemioterapici, chirurgici, e con apparati altamente tecnologici e tra questi quelli che prevedono l'interazione con le "radiazioni"

Nasce così un Progetto d'integrazione tra il Dipartimento di Onco Ematologia e Radioterapia Oncologica ed il Servizio di Psicologia Clinica, iniziato nel Settembre 2002, ad oggi strutturato in una procedura condivisa.



specificità del contesto

- nessuna precedente esperienza organica nel supportare psicologicamente i pazienti oncologici dato che questo tipo di trattamento è iniziato nel 2002
- condizione socio-culturale complessa per problematiche di conoscenza / accettazione della diagnosi di neoplasia da parte del paziente e dei suoi familiari

approccio adottato

- Valutazione delle problematiche emergenti
- Elaborazione di un modello di intervento
- Scelta e validazione dello strumento di misura (PDI)
- Valutazione della fattibilità
- Verifica dell'efficacia su un campione (studio randomizzato)
- Implementazione dell'intervento nella pratica quotidiana
- Identificare i meccanismi di verifica e gli indicatori di processo e di esito
- Monitorare il processo

Obiettivo del progetto d'intervento è stato quello di evidenziare la presenza di disturbi emotivi, problemi di comunicazione e di relazione nei pazienti in trattamento.



L'assunto di base è che la precoce individuazione delle problematiche di natura psichica può orientare l'attenzione terapeutica verso un miglior fronteggiamento emotivo e cognitivo-comportamentale della malattia e, nella fattispecie, l'impatto con le terapie, l'eventuale iter chirurgico, i vissuti psichici legati alle radiazioni, le conseguenze fisiche e la relazione con i sanitari

La specifica modalità d'intervento clinico-psicologico introdotto ha consentito di affrontare le seguenti dimensioni psichiche legate al cancro:

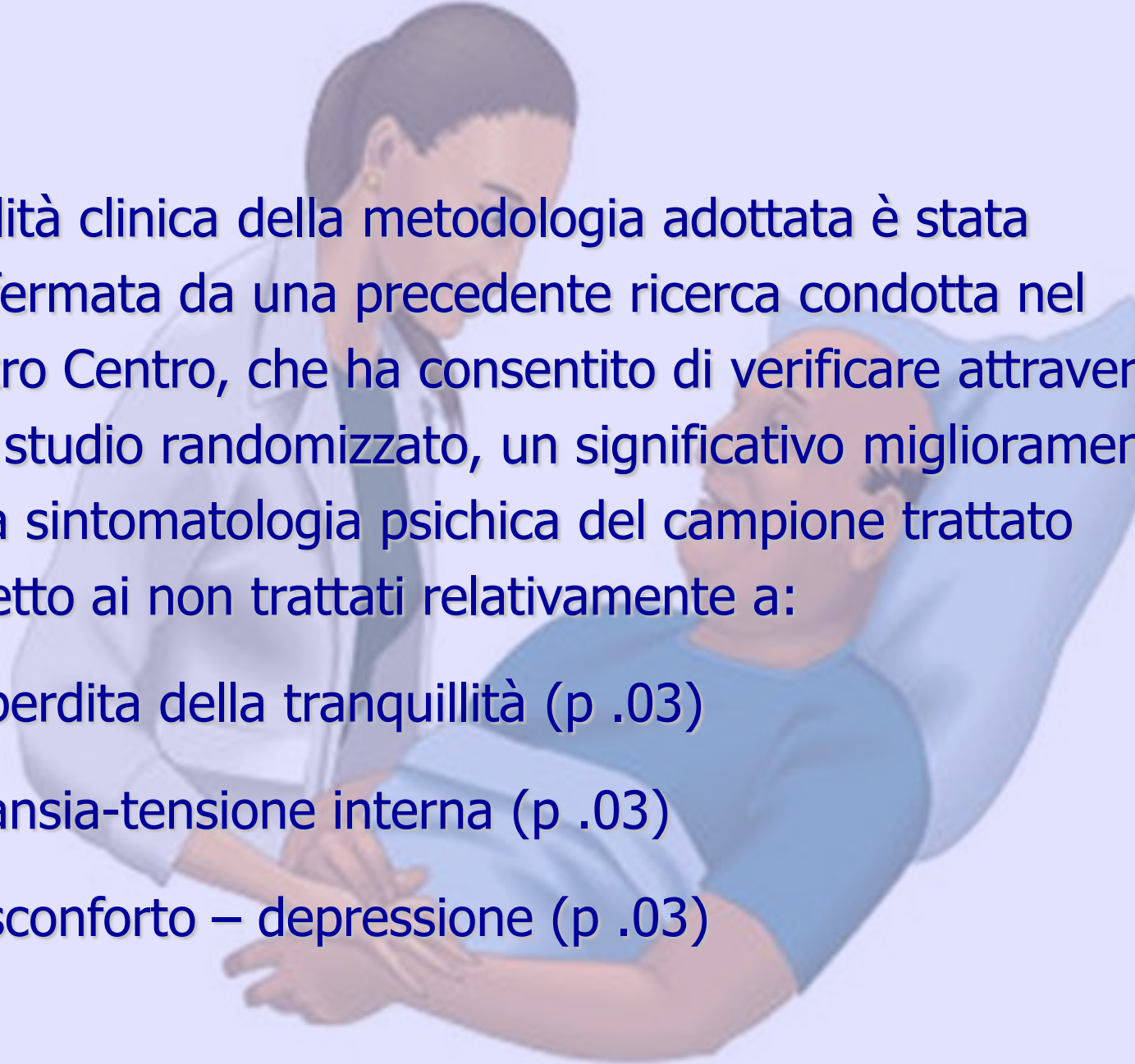
- l'impatto psicologico e sociale della malattia
(paziente, famiglia, equipe curante)
- il ruolo dei fattori psicologici, cognitivi e comportamentali della malattia
- l'introduzione del concetto di "cura globale"
(qualità di vita, conseguenze psicologiche e fattori protettivi)





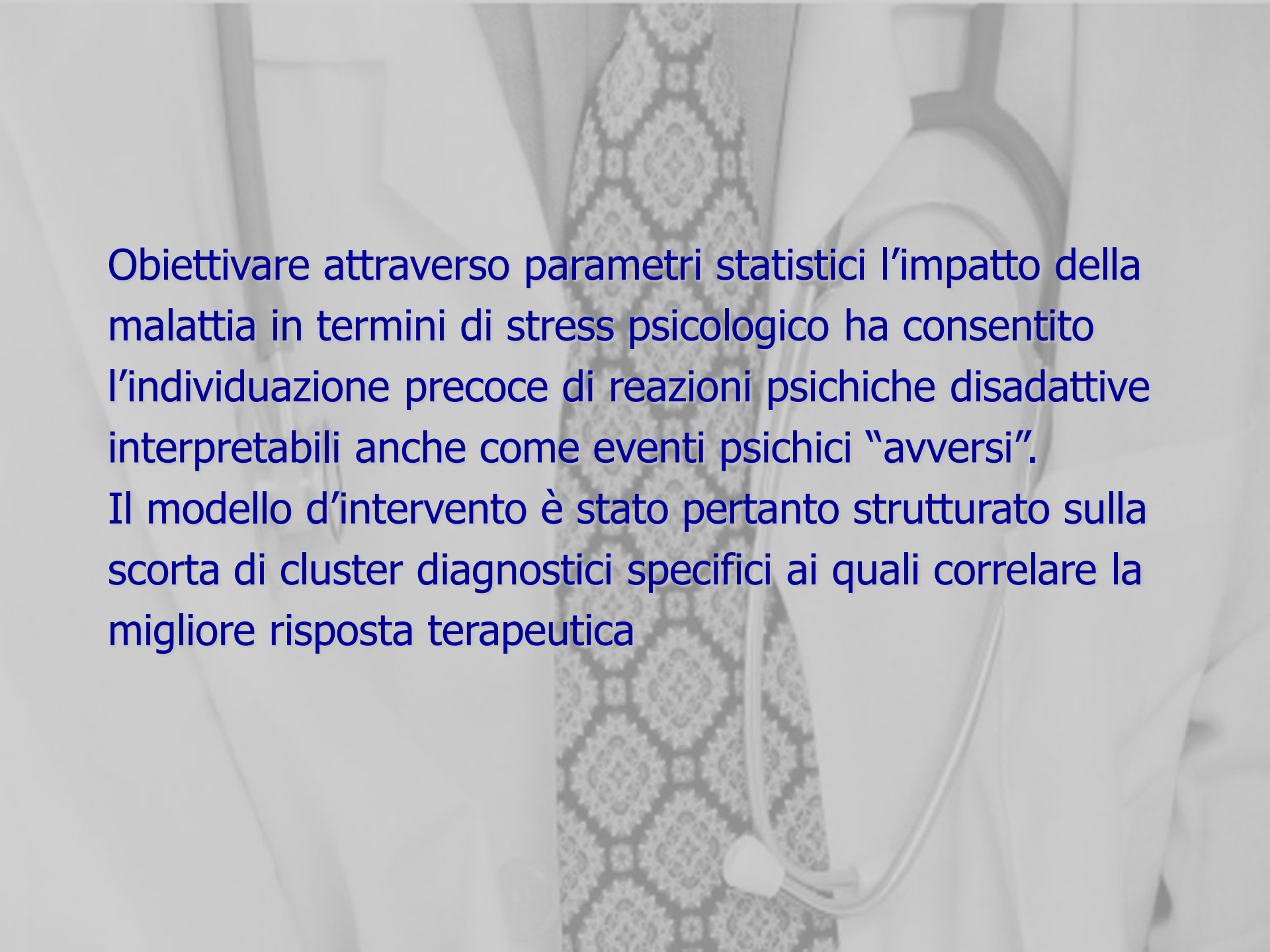
Il tipo d'intervento psicologico è stato strutturato attraverso

- **L'utilizzo di test psicometrici** (PDI –Psychological Distress Inventory) somministrati nella fase di avvio al ciclo di cure.
- **La presa in carico** dei casi rilevati positivi al distress emotivo e conseguente intervento di psicoterapia breve individuale e/o familiare
- **L'utilizzo di tecniche a mediazione corporea.**

A semi-transparent illustration in the background shows a female doctor in a white lab coat and dark tie, leaning over a male patient lying in a hospital bed. The patient is wearing a blue hospital gown and a blue cap. The doctor is looking at the patient's hands, which are resting on his lap. The scene is set in a clinical environment with a light blue background.

L'utilità clinica della metodologia adottata è stata confermata da una precedente ricerca condotta nel nostro Centro, che ha consentito di verificare attraverso uno studio randomizzato, un significativo miglioramento della sintomatologia psichica del campione trattato rispetto ai non trattati relativamente a:

- perdita della tranquillità (p .03)
- ansia-tensione interna (p .03)
- sconforto – depressione (p .03)



Obiettivare attraverso parametri statistici l'impatto della malattia in termini di stress psicologico ha consentito l'individuazione precoce di reazioni psichiche disadattive interpretabili anche come eventi psichici "avversi". Il modello d'intervento è stato pertanto strutturato sulla scorta di cluster diagnostici specifici ai quali correlare la migliore risposta terapeutica

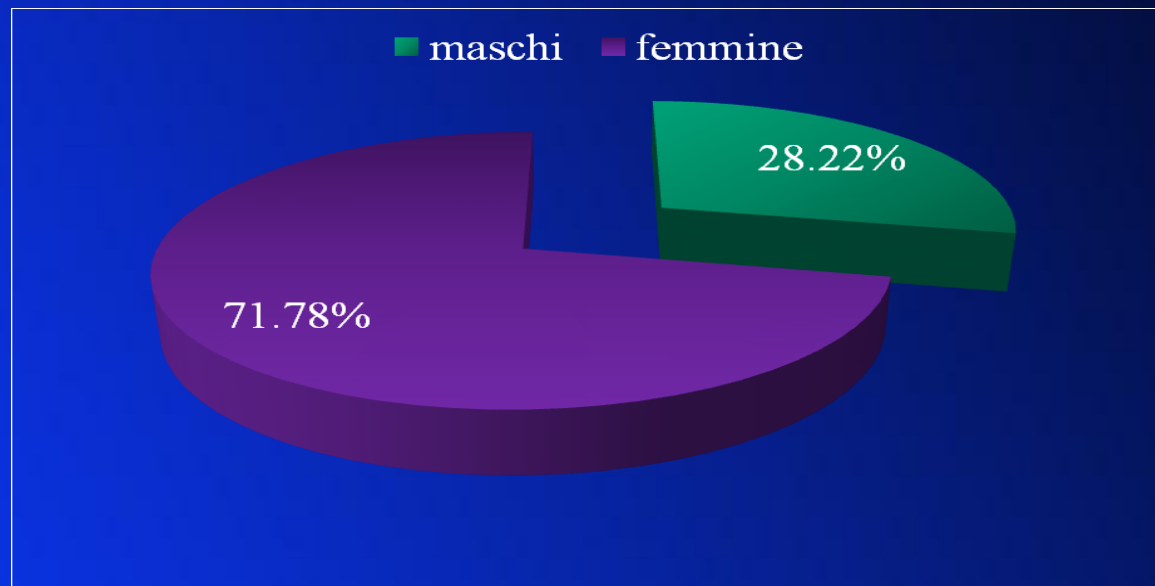
I dati clinici verranno illustrati analizzando variabili quali:

- Età
- Sesso
- Scolarità
- Attività lavorativa
- Tipo di tumore
- Andamento delle variabili emotive, cognitive e relazionali

Tutti i pazienti arruolati hanno come caratteristica l'assenza di deterioramento cognitivo ad espressione patologica (MMSE \geq 24) valutazione necessaria in considerazione dell'incidenza della variabile età, poiché la presenza di compromissioni cognitive avrebbe inficiato la capacità d'insight del paziente

Il campione arruolato è composto complessivamente da 2218 pazienti oncologici trattati tra il 2002 ed il 2011.

CAMPIONE TOTALE	2218	
ARRUOLATI dal 2002 al 2011	N	%
MASCHI	626	28.22
FEMMINE	1592	71.78



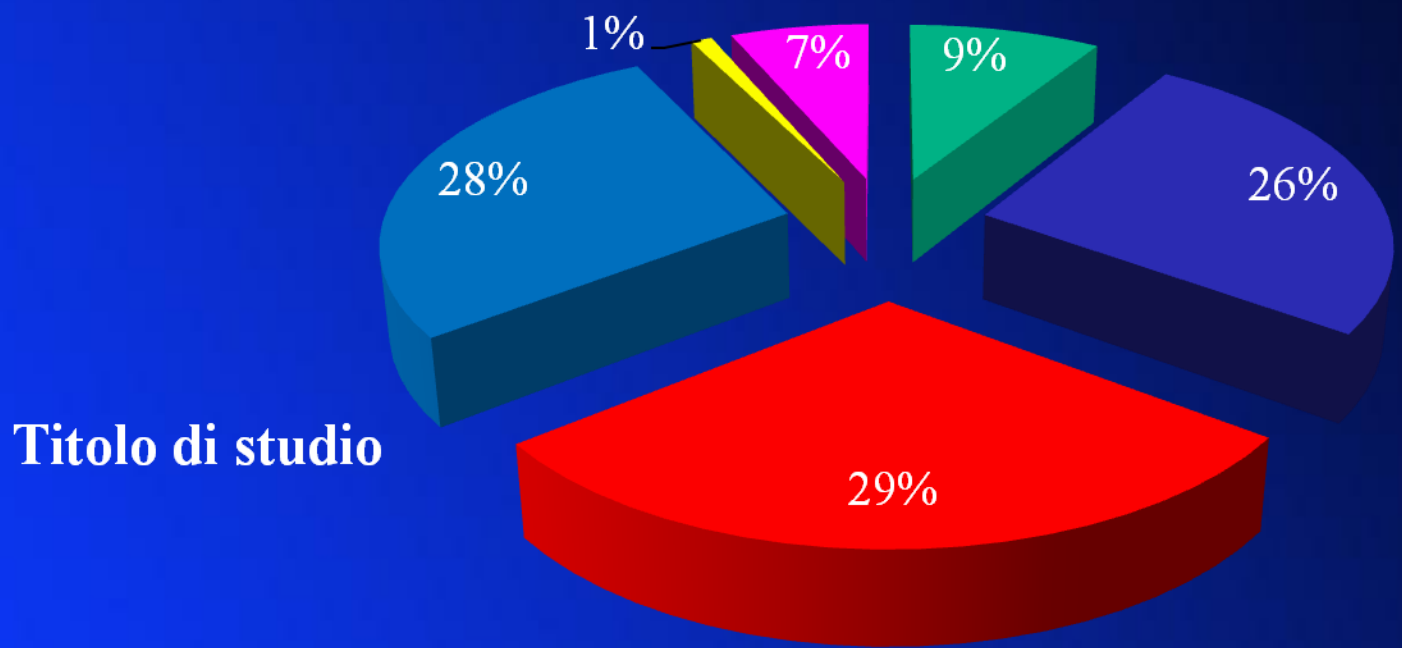
ETA'	media	d.s.	min	max
totali	52.67	11.40	17	89
femmine	52.38	10.59		
maschi	53.40	13.20	18	85

STATO CIVILE	Totali	2218
	N	%
Celibe/Nubile	241	10.86
Coniugato	1630	73.48
Divorziato	89	4.01
Vedovo	125	5.63
Non riportato	133	5.99



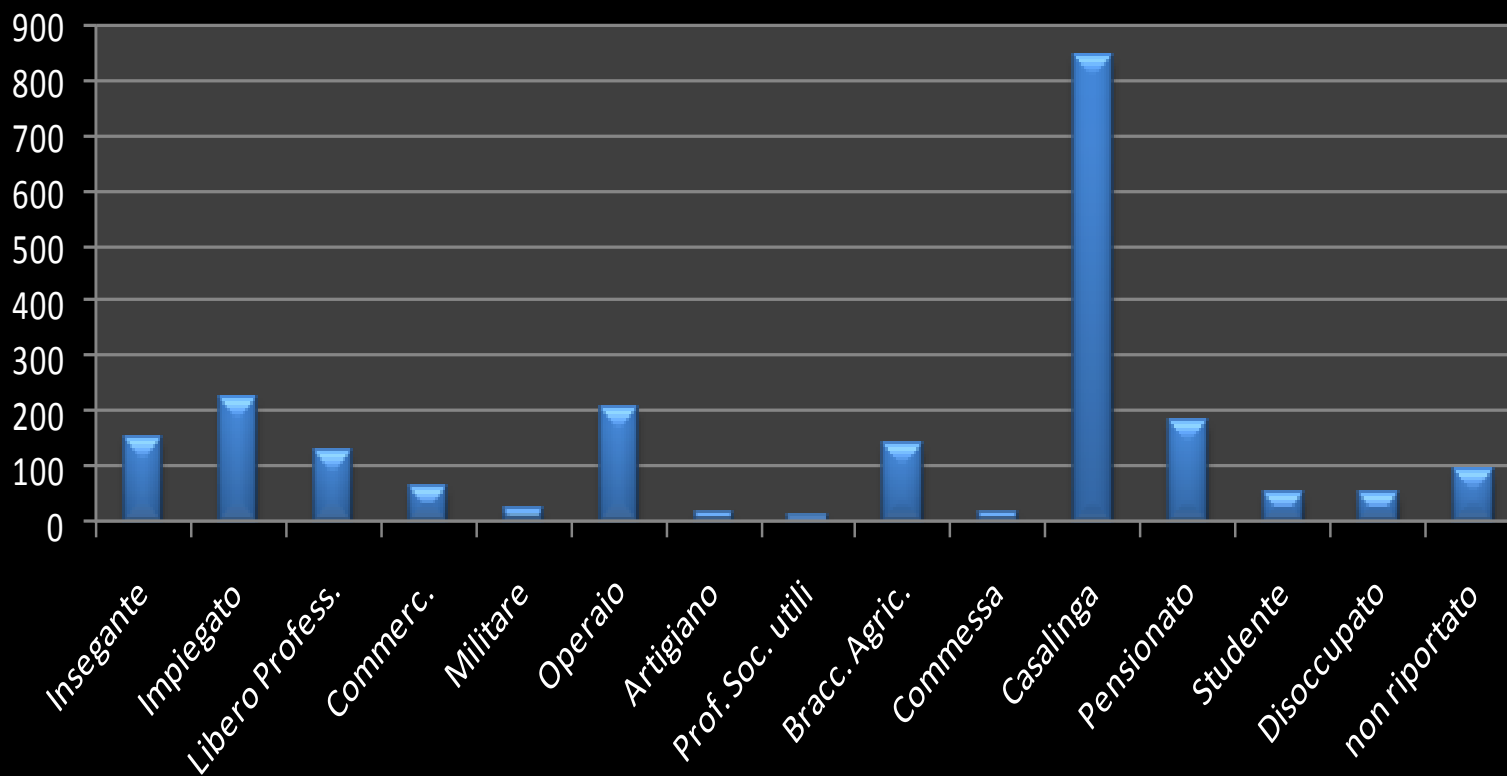
TITOLO DI STUDIO	Totali	
	N	%
Analfabeta	22	0.99
Elementare	623	28.08
Media inf.	653	29.44
Diploma	579	26.10
Laurea	198	8.93
Non riportato	143	6.45

■ Laurea
 ■ diploma
 ■ media
 ■ elementare
 ■ analfabeta
 ■ non riportato



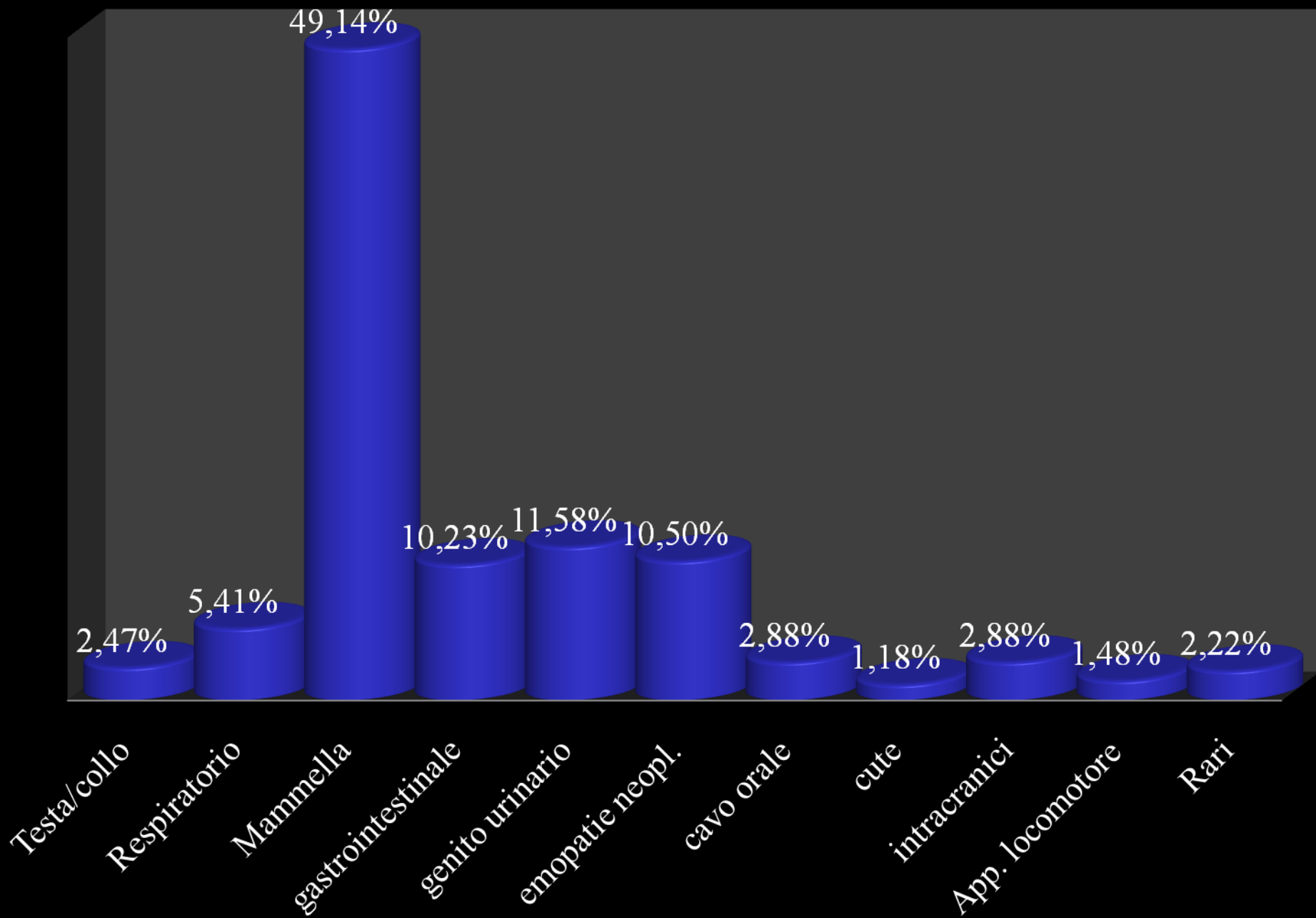
ATTIVITA' LAVORATIVA	Totali	2218
	N	%
Insegnante	151	6.81
Impiegato	223	10.05
Libero Profes.	129	5.82
Commerciante	66	2.97
Militari	25	1.13
Operai	204	9.19
Artigiani	18	0.81
Prof.Soc.Utili	14	0.63
Bracc. Agric.	140	6.31
Commessa	18	0.81
Casalinga	844	38.05
Pensionato	182	8.21
Studente	54	2.43
Disoccupato	53	2.39
Non riportato	97	4.37

Attività lavorativa



TUMORE PRIMITIVO	Totali	2218
	N	%
Testa collo	55	2.47
Respiratorio	120	5.41
Mammella	1090	49.14
Gastrointestinale	227	10.23
Genito urinario	257	11.58
Emopatie neopl.	233	10.50
Cavo orale	64	2.88
Cute	26	1.18
Intracranici	64	2.88
App. locomotore	33	1.48
Tumori rari	49	2.21

Tumore primitivo



**PSYCHOLOGICAL DISTRESS INVENTORY:
P. D. I.**

Aree analizzate

Disturbi della relazione a causa della malattia

Diminuzione del desiderio sessuale

Perdita di interesse verso il mondo (Anedonia)

Perdita della volontà

Perdita di valore (Self-esteem)

Alterazione dell'immagine corporea/fisica

Sconforto –Depressione

Sensazione di peggioramento

Solitudine

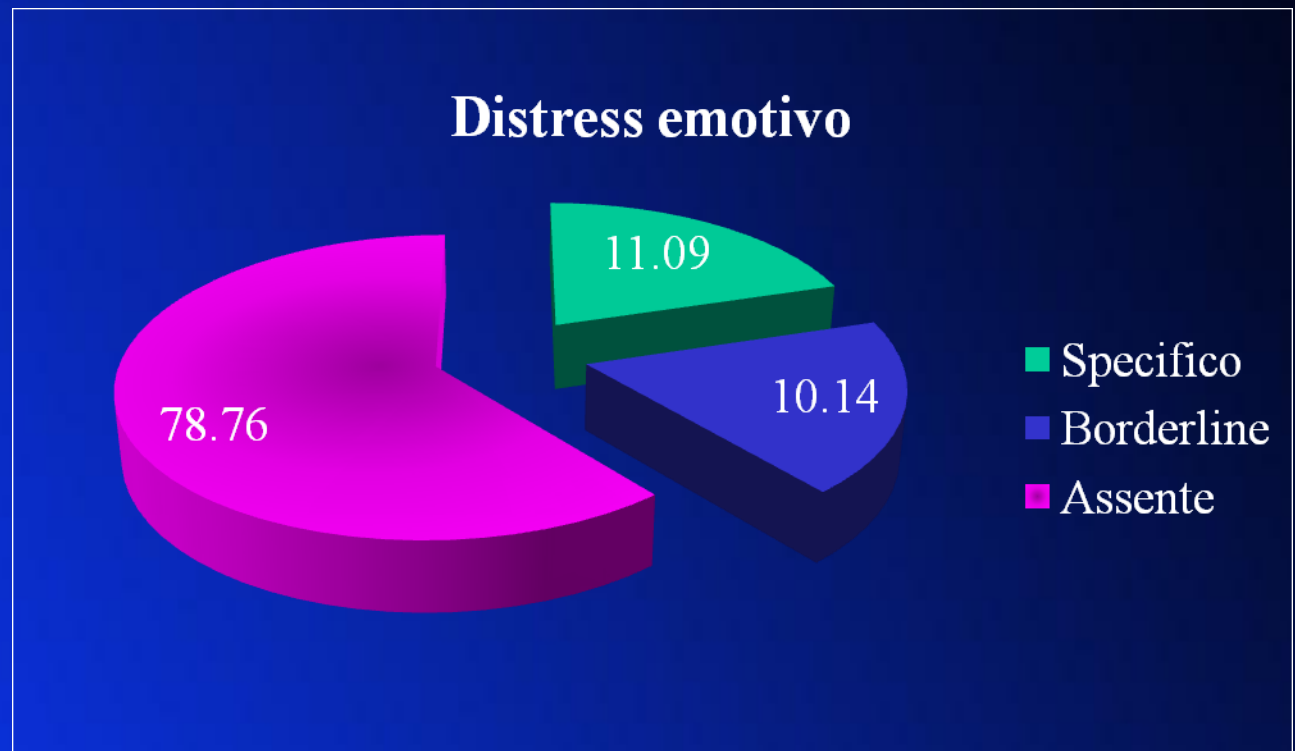
Stanchezza-Mancanza di energia

Ansia-Tensione interna

Perdita della tranquillità

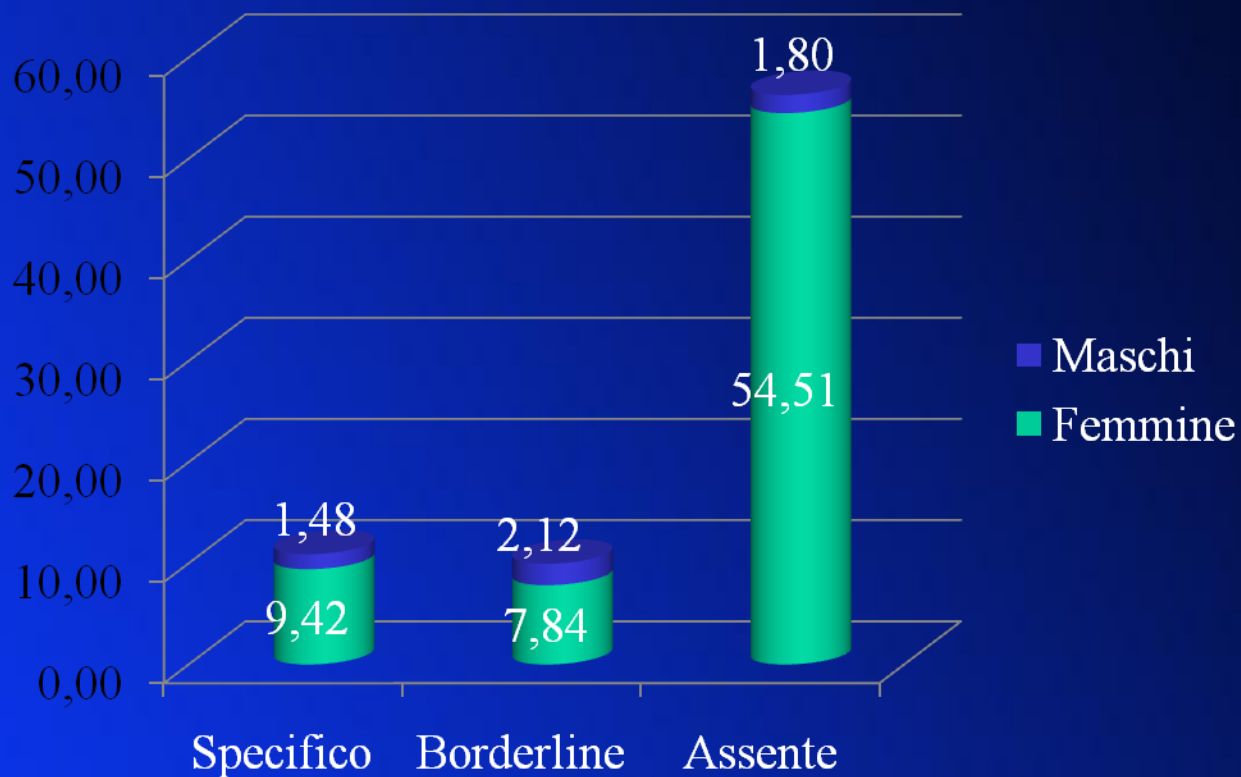
Riduzione della capacità comunicativa

DISTRESS EMOTIVO	Totali	2218	
	N	%	
	2218		
Specifico	246	11.09	21.23
Borderline	225	10.14	
Assente	1747	78.76	



DISTRESS EMOTIVO/ SESSO

	Specifico	Borderline	Assente	Totale	%
Femmine	209	174	1209	1592	71.77
Maschi	33	47	546	626	28.22



DISTRESS EMOTIVO/STATO CIVILE	Totali	2218
	N	%
PDI>38	282	12.71%
Campione con PDI>38		
Femmine	240	85.16
Maschi	42	14.89
Coniugati	216	76.59
Divorziati/Vedovi	42	14.89
Celibi/Nubili	15	5.32
Non riportato	9	3.19

Distribuzione delle variabili cliniche prevalenti espresse in percentuale



Frequenze del Distress di tipo specifico con PDI >38



CONCLUSIONI

- L'individuazione precoce di **variabili** di rilievo clinico, **interpretabili come distress emozionale** specifico, **ha consentito** nella nostra esperienza di **strutturare un modello operativo di intervento** caratterizzato dalla presa in carico psicologica dei casi rilevati
- **I dati** emersi dal nostro studio **mostrano un paziente** che vive una condizione di destabilizzazione emotiva **che tuttavia non raggiunge** gli stadi della psicopatologia conclamata (**depressione maggiore**)

☀ I **pazienti** pur conservando una **buona autostima**, utilizzano **difese disadattative** ed **egodistoniche** in aree emotive e cognitive caratterizzate da preoccupazione ansiosa, perdita della tranquillità, anedonia, sensazione di peggioramento ed inoltre risulta inficiata la relazione interpersonale in particolare quella della sfera intima e sessuale

■ La precoce individuazione **del distress emotivo dei pazienti** e la seguente presa in carico è risultata **fondamentale per far sì che si strutturi un processo di adattamento psicologico all'iter terapeutico legato alla malattia**



I pazienti conservano “integre” quelle aree dello psichismo sulle quali poter agire idonee “strategie di coping”, quali la capacità comunicativa e di relazione, che sembrano strettamente correlate ai loro bisogni di comunicazione-informazione e di relazione personalizzata con lo staff curante.

L'attenzione terapeutica rivolta al concetto più ampio di "Cura Globale" presenta importanti ricadute sulla Qualità della Vita e sulla Qualità della Cura, consentendo la precoce individuazione delle conseguenze psicologiche nel paziente e nei familiari, indispensabili per una buona compliance ai trattamenti terapeutici.





GRAZIE

Daniela Battaglia

Dora Chiloiro

Beatrice Lavallo

Mantegna - La Madonna della Tenerezza