

Il trattamento psicoterapeutico nel paziente oncologico in chemioterapia

Paolo Milanesi¹, Claudio Mencacci¹, Marco Riva¹, Leopolda Pelizzaro¹,
Gabriella Farina², Alberto Scanni²

¹ Dipartimento di Psichiatria "Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico" Milano

² Dipartimento di Oncologia "Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico" Milano

Corrispondenza a:
Paolo Milanesi
e-mail: mmmilanesi@libero.it

Riassunto

Gli Autori presentano uno studio del gruppo di psiconcologia dell'UO di oncologia dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano che da alcuni anni ha costituito un servizio che permette ai pazienti di accedere a un trattamento psicoterapeutico articolato in una serie di colloqui individuali a orientamento psicodinamico interpersonale. Obiettivo della ricerca, durata un anno e sei mesi, è stato quello di valutare l'impatto di tale intervento sul livello di ansia e depressione nei pazienti in trattamento chemioterapico. Dieci pazienti, di età inferiore ai 70 anni, sono entrati nel programma psicoterapeutico (7 colloqui cadenzati ogni 2 settimane). Come strumento di misurazione sono state utilizzate quattro scale di valutazione: la "Hamilton scale for depression", la "Hamilton anxiety scale" e le "scale di autovalutazione della depressione e dell'ansia" di Zung. Si è osservata una riduzione dei punteggi di tutte le scale. Si ritiene che il modello di intervento proposto abbia inciso sulla riduzione della sintomatologia ansioso-depressiva, presumibilmente grazie al contenimento emotivo fornito dal setting psicoterapico e quindi alla possibilità, da parte dei pazienti, di elaborare alcune difese psicologiche e orientare diversamente i significati dei propri vissuti.

Parole chiave: psicoterapia; depressione; oncologia; chemioterapia.

Summary

The Authors present a study concerning the use of psychotherapy amongst cancer patients and an evaluation of its effectiveness based upon the clinical experience at Oncology Unit of the Fatebenefratelli Hospital of Milan. The Unit introduced the possibility for patients to seek psychotherapeutic care in a series of individual sessions according to the psychodynamic interpersonal approach. The study lasted 18 months with the scope of evaluating the impact of therapy on anxiety and depression in patients undergoing chemotherapy who applied for the therapy program. Ten patients under the age of 70 participated in the program for a total of 7 individual sessions (bi-monthly). The evaluation methods used were "Hamilton Scale for Depression", "Hamilton Anxiety Scale" and "Self-evaluation Scale of Depression and Anxiety" by Zung. A reduction in all scale scores was recorded. We believe that psychotherapy has influenced the reduction of symptoms of anxiety and depression, presumably thanks to the emotional outlet provided by the psychotherapeutic setting that allowed patients to express their emotions and orient them differently according to personal experiences.

Key words: psychotherapy; depression; oncology; chemotherapy.

INTRODUZIONE

Già nel diciannovesimo secolo la scienza si era occupata della psicologia del malato di cancro, negli ultimi anni però tale studio si è imposto sempre più, non solo all'interesse pubblico, ma anche alla ricerca medico-psicologica⁽¹⁾. A ciò hanno contribuito vari fattori: la migliore conoscenza dell'importanza degli influssi carcinogeni biologici, psicologici e sociali, dunque "biopsicosociali" dell'ambiente; il crescente progresso dei metodi di cura chirurgici, chemioterapici e radioterapici, che aumentano le possibilità di guarigione dei malati di tumore o ne prolungano la sopravvivenza e che hanno perciò acquisito un significativo influsso sulla qualità di vita di questi malati; il significato paradigmatico che le forme tumorali in generale hanno assunto nel rappresentare la malattia ed eventualmente la morte dell'uomo dei nostri tempi.

Per la maggior parte delle persone, non esclusi gli addetti ai lavori, le forme tumorali si collegano a rappresentazioni che da un lato hanno una forma reale, dall'altro una forma metaforica. Tale metafora è sintetizzabile nella stessa parola "cancro" che evoca fantasie di malattia stigmatizzante, inattaccabile ma a sua volta aggressiva, insinuante, insaziabile; perseguita la sua vittima fino alla fine, la tormenta e si prefigge la sua morte. Nell'immaginario individuale e collettivo il cancro si associa a significati di sofferenza fisica e psichica, di morte ineluttabile, di stigma e diversità, di colpa e vergogna. Possiamo dire, forse con eccesso di sintesi, che la psiconcologia si occupa delle condizioni di insorgenza e degli effetti di questa metafora così come delle difese che i malati oppongono a questa immagine patogena e gravida di conseguenze. Si occupa anche della sua terapia e degli effetti di questa.

In considerazione di questa premessa, il reparto di oncologia dell'ospedale Fatebenefratelli mette a disposizione dei propri pazienti un servizio di psicologia clinica in base al quale è possibile, una volta diagnosticato il tumore, rivolgersi a degli specialisti (psicologi-psicoterapeuti) e iniziare un percorso articolato in una serie di colloqui psicologici individuali della durata di 45 minuti circa e cadenzati ogni due settimane. Il tipo di psicoterapia da noi proposto può essere inserito nei modelli a indirizzo psicodinamico interpersonale la cui efficacia è supportata da alcuni studi⁽²⁾. Abbiamo voluto valutare a nostra volta la validità dell'intervento, circoscrivendolo però ai pazienti in trattamento chemioterapico e utilizzando i livelli di sintomatologia ansioso-depressiva come parametri di riferimento

dell'efficacia. In una ricerca di tipo qualitativo⁽³⁾, tesa a esplorare il significato psicologico della reazione di rifiuto alla chemioterapia in pazienti oncologici, è emersa la tesi secondo cui l'intolleranza agli effetti collaterali della chemioterapia, in alcuni pazienti, non è semplicemente la conseguenza della tossicità del farmaco ma rappresenta anche un modo di spostare sul trattamento le paure e le ansie collegate alla malattia. In altri termini, gli effetti della tossicità del farmaco, che obiettivamente possono innescare reazioni sul piano prettamente fisiologico, ben si prestano a diventare esse stesse la prima causa di sofferenza psicologica, in realtà come difesa dal ben più doloroso e difficoltoso problema che la malattia cancro solleva e cioè il problema della morte. Non pensiamo che per tutti i pazienti ciò si verifichi: chi si porrà in modo realistico accettando la realtà delle cose e chi invece tenderà a utilizzare gli effetti collaterali della chemioterapia come difesa, come il "proprio male" (male fisico), eludendo quello ben più terrifico legato all'idea della morte. Dunque è importante che ogni paziente che si sottopone a una chemioterapia e che sviluppa una seria sintomatologia psicologica, possa avere la possibilità di andare a vedere dietro di essa. La nostra ricerca si inserisce in quell'area definita come "la valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici in oncologia" e in specifico il suo obiettivo primario è stato quello di valutare l'impatto del trattamento psicoterapeutico sul livello di ansia e di depressione nei pazienti sottoposti a chemioterapia.

MATERIALI E METODI

Abbiamo analizzato l'efficacia in aperto dell'intervento psicoterapeutico e per problemi di natura etica non è stato possibile istituire un gruppo di controllo, inoltre va evidenziato che il metodo utilizzato non è standardizzato. A un primo step sono stati selezionati diversi pazienti con diagnosi di tumore, con prescrizione di chemioterapia e con evidenti difficoltà di adattamento che comportavano un elevato livello di stress soggettivo o pazienti che chiedevano esplicitamente un aiuto psicologico specifico.

In seguito sono state somministrate loro quattro scale di valutazione dell'ansia e della depressione, tutte ampiamente validate e adatte a riflettere le modificazioni della sintomatologia ansioso-depressiva nel corso di un eventuale trattamento. Due di queste eterosomministrate: la *Hamilton*

anxiety scale (Ham-a) e la *Hamilton scale for depression* (Ham-d) nella sua versione a 17 item^(4,5). Due autosomministrate: la scala di autovalutazione dell'ansia di Zung (Zung-a) e la scala di autovalutazione della depressione di Zung (Zung-d)^(6,7). La Ham-d è stata utilizzata nella sua versione ridotta, in quanto i primi 17 item sono quelli nucleari sulla base dei quali viene definito il *cutoff* di gravità.

Criteri di inclusione nello studio sono stati:

- diagnosi di tumore;
- chemioterapia in corso;
- età inferiore ai 70 anni;
- punteggi ottenuti alle scale indicative della sintomatologia ansioso-depressiva somministrate prima del trattamento utilizzando i seguenti punteggi come limiti tra valori normali e patologici:
 - Ham-a > 12
 - Ham-d > 14
 - Zung-a > 32
 - Zung-d > 32

Criteri di esclusione dallo studio sono stati:

- gravi malattie psichiatriche concomitanti o pregresse a versante psicotico;
- malattie neurologiche pregresse o in atto con compromissione di funzioni del SNC;
- l'uso di farmaci antidepressivi e/o ansiolitici.

Tutte le scale sono state compilate, per ogni paziente, prima dell'inizio del trattamento psicologico e subito dopo la fine dello stesso. In ogni caso mai prima dell'inizio della chemioterapia e sempre prima della fine della stessa.

In specifico le tematiche che sono state affrontate durante i colloqui hanno riguardato^(8,9):

- la comprensione del senso della malattia e della chemioterapia nonché la sua integrazione nell'esperienza soggettiva del paziente;
- la riduzione e il contenimento del disagio emozionale del paziente;
- lo sviluppo di modelli più adattivi di reazione alla malattia.

In particolare, le modalità attraverso cui si è proceduto sono sintetizzabili nelle seguenti costanti⁽¹⁰⁾:

- l'incoraggiamento del paziente a esprimere i propri vissuti e i propri sentimenti;
- il sostegno al paziente nell'elaborare il significato della perdita determinato dalla malattia;
- l'aiuto al paziente nell'affrontare il senso di incertezza legato al futuro;
- la chiarificazione e l'interpretazione del significato dei meccanismi disadattivi di reazione alla malattia e alla chemioterapia;
- il favorire la comunicazione tra il paziente e i familiari in modo da sostenere la soluzione di problemi adattivi secondari alla malattia.

Analisi statistica

I valori delle scale cliniche di valutazione sono stati sottoposti al test t di Student che è un test parametrico di confronto per valori dipendenti. Il test esprime un indice (z) che sintetizza i risultati sperimentali. Se il valore assoluto di tale indice supera il valore critico di $t_c = 2,821$, significa che le differenze tra le medie, per ogni scala utilizzata, sono statisticamente significative cioè non sono attribuibili unicamente al caso. È bene ricordare che il valore del t critico è ricavabile da tabelle statistiche precostituite e si basa sulla probabilità di commettere un errore statistico che nel nostro caso è dell'1% cioè per $\alpha=0,01^{(11)}$.

RISULTATI

Dodici pazienti hanno infine soddisfatto i criteri di inclusione e hanno seguito il trattamento psicoterapeutico (7 colloqui di 45 minuti l'uno cadenzati ogni 2 settimane). Due pazienti hanno sospeso il trattamento dopo il secondo colloquio in seguito a ricovero e a peggioramento della condizione medica. La ricerca è durata un anno e sei mesi: da maggio 2003 a dicembre 2004 ed è previsto un follow-up a distanza di 6/8 mesi per tutti coloro che hanno aderito al programma. Un controllo a tale distanza risulta fortemente auspicabile in pazienti con sintomi depressivi, in quanto è possibile che a benefici iniziali possano seguire rapide perdite dei benefici stessi o addirittura dei peggioramenti.

Di seguito vengono riportate alcune delle caratteristiche rilevanti dei soggetti partecipanti allo studio.

N. totale di pazienti	12
Maschi	6
Femmine	6
Età maggiore	68
Età minore	36
Età media	54,8
Diagnosi oncologica	CA mammella: 3
	CA polmone: 1
	Colon sigma: 3
	Pancreas: 1
	Pancreas-Fegato: 1
	Ovaio: 1
	Prostata: 1
	Testicolo: 1
Interventi chirurgici	10
Chemioterapie adiuvanti	7
Chemioterapie curative	4
Ormonoterapia (chemioterapia sospesa per anemia)	1
Diagnosi psichiatrica	Disturbi dell'adattamento:
	Con umore ansioso: 4
	Con umore depresso: 4
	Distimia: 3
	Nessuna diagnosi: 1
N. di pazienti che hanno terminato il trattamento psicoterapeutico (7 colloqui)	10 80%
N. di pazienti che hanno sospeso il trattamento (per ricovero)	2 20%
N. totale di pazienti valutati	10

Abbiamo considerato valutabili tutti i pazienti che hanno portato a termine il trattamento (7 colloqui) cioè 10 soggetti su 12 (80%). Di seguito viene esposta la tabella relativa ai risultati ottenuti dai soggetti in ogni singola scala somministrata, prima e dopo il trattamento.

Soggetti	Zung-a		Zung-d		Ham-a		Ham-d	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo
1	45	37	56	46	18	14	17	15
2	43	42	36	35	19	16	19	12
3	37	33	40	37	14	12	16	12
4	36	32	33	28	13	9	15	10
5	36	28	43	30	14	11	16	11
6	33	28	43	38	15	13	19	13
7	43	36	48	43	16	14	16	14
8	54	46	45	42	19	17	18	18
9	38	38	33	35	13	13	15	16
10	58	45	56	44	25	16	24	15

Come si può notare esiste una discrepanza non indifferente tra le misurazioni ottenute prima e dopo il trattamento per ogni scala utilizzata e per quasi tutti i pazienti.

La differenza tra le medie prima e dopo terapia è risultata significativa per tutti i test secondo il t di Student, con un livello di probabilità dell'1% di errore. È quindi dimostrato che il decremento dei valori esprimenti la sintomatologia ansioso-depressiva, prima e dopo il trattamento, è stato abbastanza rilevante da non essere imputabile unicamente al caso ed è possibile dedurre, anche se con prudenza dato il piccolo numero di soggetti partecipanti allo studio, che l'intervento psicoterapeutico abbia inciso sulla riduzione della sintomatologia stessa.

DISCUSSIONE

In oncologia lo sviluppo degli interventi psicoterapeutici e la loro verifica sperimentale risultano particolarmente importanti per varie ragioni quali l'elevata prevalenza di disturbi psichiatrici (depressione e ansia in particolare), la tendenza alla cronicizzazione di tali disturbi, le conseguenze negative della comorbilità psicosociale sulla qualità della vita, la ricaduta del disagio sui familiari. Non va infine dimenticata la peculiarità delle varie situazioni cliniche che si riscontrano in oncologia, quali la presenza di sintomi specifici come per esempio l'ansia da nausea, il dolore e i disturbi sessuali; le tematiche che si presentano (il tema della morte e della sofferenza fisica) e i tempi ristretti d'intervento rispetto ai normali interventi psicoterapeutici⁽¹⁰⁾. Tutto questo indica, da un lato l'opportunità di una continua ridefinizione della psicoterapia a seconda del contesto, dall'altro accentua la necessità di una verifica sperimentale dei trattamenti⁽¹²⁾ e lascia intuire come in psiconcologia vengano amplificate le problematiche inerenti la valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici. In ogni caso, partendo dai parametri comunemente utilizzati in medicina per valutare l'efficacia di un farmaco, oggi la tendenza sembra essere quella che richiede anche alle psicoterapie di far riferimento a dati empirici (studi clinici controllati) che dimostrino l'efficacia sperimentale clinica, quindi di sottostare a una maggiore sistematizzazione degli interventi e inoltre di non prescindere da una rigorosa analisi dei risultati ottenuti nonché dalla loro riproducibilità⁽¹⁰⁾. In sostanza si chiede di aderire al modello EBM (*Evidence Based Medicine*) in base al quale vengono considerati solo gli studi di efficacia classici, cioè gli studi controllati randomizzati in cui i pazienti sono distribuiti a caso nei gruppi dei probandi e di controllo e dove i trattamenti sono standardizzati. Il

nostro è uno studio in aperto basato su di un numero limitato di soggetti il cui metodo non è standardizzato e, quindi, in un'ottica *evidence based*, risulterebbe escluso, così come gli studi naturalistici di efficacia nella pratica (*effectiveness*), gli studi di tipo qualitativo e gli studi di processo⁽¹³⁾ che tendono a dimostrare "come" la terapia funziona, non "se" funziona, cioè a correlare i risultati ottenuti, con variabili del paziente, del terapeuta e del trattamento stesso.

Però alcune critiche sono state rivolte al modello EBM, per esempio il fatto di non considerare le differenze tra le condizioni sperimentali e quelle reali dei trattamenti, i rischi connessi con l'uso dei manuali per la standardizzazione dei trattamenti e gli equivoci tra fattori terapeutici specifici e aspecifici^(14,15). Inoltre è importante evidenziare che, per problemi di natura etica, in molte situazioni alcuni criteri di ordine metodologico purtroppo non sono perseguibili. Per esempio, per quanto riguarda la costituzione dei gruppi di controllo, risulta eticamente inaccettabile rinunciare a sottoporre a un trattamento psicoterapeutico dopo la randomizzazione e non invece dopo un colloquio personale con il paziente quando si ritiene necessario e importante il trattamento stesso. Le possibilità di ricerca sono dunque condizionate da come si imposta il problema.

Risulta importante approfondire ulteriormente che cosa viene concretamente fatto, come lo si effettua e con quali finalità in modo da poter definire con maggiore ampiezza i progetti di salute mentale rivolti al paziente oncologico⁽¹⁰⁾. Tutto questo risulta particolarmente difficile perché l'instabilità della malattia cancro rende questa area di indagine estremamente complessa anche in ordine ai fattori che possono contribuire a evidenziare le variabili che influenzano la competenza del terapeuta e che magari non vengono considerate perché non direttamente collegate al proprio universo teorico di riferimento⁽¹⁵⁾.

Crediamo, con il nostro lavoro, di aver contribuito, anche se in minima parte, ad affrontare questa complessità per potere andare oltre il modello "povero" di una psicoterapia di supporto e approdare invece a una chiara esplicitazione dei vari tipi di intervento psicoterapeutico. L'obiettivo è che essi siano resi visibili, il più possibile misurabili e quindi sostenibili.

Bibliografia

1. Meerwein F. *Psicologia e Oncologia*. Torino: Boringhieri, 1981.
2. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EE, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1053-9.
3. Carbone P. The psychological significance of rejection reaction to chemotherapy in cancer patients. *Psycho-oncology* 1993; 2: 289-91.
4. Hamilton M. A Rating Scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
5. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *Br J Soc Clin Psychology* 1967; 6(4): 6-278.
6. Zung WWK. A self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
7. Zung WWK. The Depression Status Inventory: An Adjunct to the Self-Rating Depression Scale. *J Clin Psychol* 1972; 28(4): 539-43.
8. *La depressione nel cancro e nell'infezione da HIV. Cause, conseguenze, trattamento*. Milano: Franco Angeli, 1997.
9. Costantini A, Grassi L, Biondi M. *Psicologia e tumori*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1998.
10. Grassi L, De Girolamo G, Morosini P. L'efficacia degli interventi psicoterapeutici in oncologia. In: Bellani (a cura di) *Psiconcologia*. Milano: Masson, 2002.
11. Pagano G. *Elementi di statistica*. Litografica Abbatense snc, Abbiategrasso (MI), 1993.
12. Bloch S, Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology. An exciting new challenge. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 112-16.
13. Fava E. Dalla valutazione degli esiti alla competenza a curare: il percorso della ricerca empirica in psicoterapia. *Ricerca psicoanalitica* 2004; 1: 41-56.
14. Seligman M. The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. *Am Psychologist* 1996; 50: 965-74.
15. Wampold BE. Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Res* 1997; 7: 21-43.