

**WILLIAM S. BREITBART, SHANNON R. POPPITO**

**Manuale di Psicoterapia individuale  
centrata sul significato**

**per pazienti con patologie oncologiche in fase avanzata**

Edizione italiana a cura di  
**Anna Costantini e Luigi Grassi**

*Collana ORIENTAMENTI  
diretta da Massimo Biondi*



**Alpes Italia srl - Via G. Romagnosi, 3 - 00196 Roma**  
tel./fax 06-39738315 - e-mail: [info@alpesitalia.it](mailto:info@alpesitalia.it) - [www.alpesitalia.it](http://www.alpesitalia.it)

## MANUALE DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE CENTRATA SUL SIGNIFICATO

© Copyright

Oxford University Press 2014

*Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual*, First Edition

© Copyright

Alpes Italia srl - Via G. Romagnosi, 3 - 00196 Roma, tel./fax 06-39738315

I Edizione, 2022

**WILLIAM BREITBART**, M.D. è titolare della cattedra Jimmie C. Holland Chair in *Psychiatric Oncology*, ed è Chair, Department of Chief Psychiatry Service, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA. È, inoltre, President Emeritus della *International Psycho-Oncology Society* e Vice-Chairman *Department of Psychiatry Weill Cornell Medical College New York*.

Ha pubblicato oltre 500 lavori in riviste peer review, capitoli e articoli e 12 volumi. È *Editor-in-Chief* della rivista internazionale di cure palliative "*Palliative & Supportive Care*", pubblicata da Cambridge University Press,

**SHANNON POPPITO**, specializzata in Medical Psychology, Psycho-Oncology e nel lavoro di Integrated Behavioral Health Consultation nei servizi di medicina. Attualmente *Direttore del Behavioral Health Oncology Patient Evaluation* (BHOPE) Consultation Service al Baylor University Medical Center's Charles A. Sammons Cancer Center di Dallas TX. Ha effettuato un fellowship training in Psico-Oncologia al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, dove ha contribuito alla manualizzazione della Meaning-Centered Psychotherapy sia nel formato individuale che di gruppo per pazienti con cancro avanzato. Ha lavorato come *Assistant Attending Psychologist and Co-Director del Memorial Sloan-Kettering's Psychotherapy Laboratory*, e successivamente come *Direttore del Psychology Service* presso il City of Hope Cancer Center. Co-Autrice di due volume della Oxford University Press sulla Meaning-Centered Psychotherapy, ha numerose pubblicazioni.

### TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Ma se c'è significato,  
è un significato incondizionato,  
e né la sofferenza o la morte  
possono diminuirlo.  
Ciò di cui i nostri pazienti hanno bisogno  
è una fiducia incondizionata  
in questo significato incondizionato.

VIKTOR FRANKL, *'The will to meaning'* 1969  
(Tr. it.: *Senso e valori dell'esistenza*)



# INDICE

---

<b>RINGRAZIAMENTI</b> .....	VII
<b>PREFAZIONE</b> all'edizione italiana di Anna Costantini e Luigi Grassi.....	IX
<b>PREFAZIONE</b> .....	XIII
<b>INTRODUZIONE</b> – Generalità del trattamento .....	XXV
<b>PRIMA SEDUTA</b> Concetti e fonti di significato .....	1
<b>SECONDA SEDUTA</b> Cancro e Significato: Identità prima e dopo la diagnosi di cancro.....	13
<b>TERZA SEDUTA</b> Fonti storiche di Significato: 'La vita come eredità vivente': un'eredità che è stata data [passato] e un'eredità che uno vive [presente] e darà [futuro].....	18
<b>QUARTA SEDUTA</b> Fonti attitudinali di Significato: 'Affrontare i limiti della vita' .....	25
<b>QUINTA SEDUTA</b> Fonti creative di Significato: 'Creatività, Coraggio, e Responsabilità' .....	32
<b>SESTA SEDUTA</b> Fonti esperienziali di Significato: Connettersi con la Vita attraverso l'amore, la bellezza e l'umorismo.....	39
<b>SETTIMA SEDUTA</b> Transizioni e conclusioni: riflessioni finali del gruppo e speranze per il futuro.....	46
<b>UN'OSSERVAZIONE FINALE CENTRATA SUL SIGNIFICATO</b> .....	51
<b>SCHEDE</b> .....	53
<b>COMPITI A CASA/ESERCIZI ESPERIENZIALI</b> .....	59
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	71



## RINGRAZIAMENTI

---

Siamo debitori alle nostre famiglie per il loro amore e supporto, e ricordiamo coloro che ci sono cari, sia familiari che pazienti, che sono deceduti durante il periodo in cui conducevamo il lavoro riportato in questo testo.

Siamo debitori ai nostri colleghi del Memorial Sloan-Kettering che hanno rivestito un ruolo centrale nello sviluppo e nella conduzione degli studi in entrambi i formati della MCP.

Ringraziamenti speciali vanno a Mindy Greenstein, Hayley Pessin, Barry Rosenfeld, Wendy Lichtenthal, Allison Applebaum e i tanti collaboratori di ricerca, assistenti alla ricerca, conduttori, tirocinanti pre e postdottorato, manager della ricerca e coordinatori.

I nostri ringraziamenti vanno al National Institute of Health, al National Cancer Institute, al National Center for Complementary and Alternative Medicine, al Fetzer Institute e alla Kohlberg Foundation, che ha fornito i fondi per la ricerca nei trials clinici sulla MCP.

Infine, la nostra gratitudine va alle centinaia di pazienti che hanno partecipato a tali trials e alle loro famiglie e caregivers. Nonostante la maggior parte dei pazienti che hanno partecipato ci abbiano lasciati, la loro eredità vive e influenza il corso e il significato delle nostre vite in maniera profonda.





## PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

---

di Anna Costantini e Luigi Grassi

Si stima che in Italia nel 2020 fossero 3.600.000 le persone viventi che hanno avuto una diagnosi di tumore (il 6% della popolazione con un aumento del 36% rispetto alle stime prodotte nel 2010) e 377.000 le nuove diagnosi. La diagnosi precoce, lo sviluppo delle terapie oncologiche ed in generale gli avanzamenti diagnostici e terapeutici hanno fortemente contribuito ad un miglioramento della sopravvivenza ma la mortalità per tumore rimane comunque elevata con 181.100 casi di decessi all'anno<sup>1</sup>.

Accanto al gruppo di neoplasie a più elevata sopravvivenza ed ai tumori oggetto di screening efficaci permane un gruppo di patologie a peggiore prognosi e che si presenta già in stadio avanzato al momento della diagnosi quali tumori del sistema nervoso centrale, fegato, polmone, esofago, mesotelioma e pancreas.

Nel corso della vita circa un uomo su due e una donna su tre si ammalerà di tumore e l'invecchiamento costituisce uno dei principali fattori di rischio.

Quando iniziammo a lavorare in questo campo, a metà degli anni '80, i medici erano rassegnati a vedere i loro pazienti demoralizzati, ci dicevano che per loro era ovvio che i pazienti con cancro fossero depressi ritenendolo una conseguenza inevitabile di avere il cancro e, anche per questo, non comunicavano la prognosi e a volte neanche la diagnosi. Ci chiedevano che differenza ci fosse tra uno psicologo ed un sacerdote. Rispondevamo con una prima grossolana distinzione che noi ci occupavamo dell'aldilà di qua mentre il sacerdote dell'aldilà. Anche per noi che eravamo tra i primi giovani psicoterapeuti a lavorare in ambito oncologico, il lavoro con pazienti con malattia avanzata e a prognosi infausta era una sfida difficile. Non esisteva in Italia una formazione adeguata e le tecniche psicoterapeutiche classiche, di vario orientamento, non erano corrispondenti ai bisogni dei nostri pazienti.

Nei successivi 30 anni in Italia e nel resto del Mondo si è assistito ad uno sviluppo impressionante nel campo della psicologia e psichiatria applicate alle patologie tumorali. La clinica psiconcologica ha oggi a disposizione nuove psicoterapie specifiche, test e strumenti psicodiagnostici focalizzati, strategie e tecniche di comunicazione medico paziente, e metodi di formazione del personale sanitario di provata efficacia.

---

<sup>1</sup> I numeri del cancro in Italia 2021. AIOM. Intermedia Editore, Brescia 2021.

L'idea di un intervento psiconcologico integrato per chi si ammala è oggi considerato di importanza centrale negli Standard di cura a livello nazionale ed internazionale, ma va sottolineato che non è solo il paziente a doversi confrontare con le limitazioni della vita incluso il confronto con il limite ultimo costituito dalla possibilità di poter morire, ma anche i caregivers, i suoi cari e tutto il personale sanitario.

Nel 1992 solo il 16% di pazienti con cancro del polmone in un ospedale del Centro Italia conosceva la diagnosi. Oggi oltre l'85% conosce la diagnosi ma solo il 51% di pazienti con malattia metastatica è consapevole della prognosi<sup>2</sup>. La mancanza di formazione dei sanitari a rappresentarsi nella propria mente che la vita può avere significato e può continuare ad averlo fino all'ultimo, che il paziente può essere aiutato a trovare valore e senso alla sua vita nonostante una prognosi limitata costituisce uno delle barriere alla discussione della prognosi, alle difficoltà nel passaggio consapevole alle cure palliative e non ultimo per importanza alla attuazione della legge sulle Direttive anticipate di trattamento.

Tempo fa, in occasione di una sua lezione ad un master di Psiconcologia da noi tenuto il Decano della facoltà di Bioetica Gonzalo Miranda dell'Università Europea, un sacerdote illuminato ci disse: "Se non siamo noi ad aiutare il paziente a trovare il coraggio di vivere, come lo trova?"

Incontrammo William Breitbart per discutere di questi temi al VI Congresso della International Psycho-Oncology Society (IPOS) nel 2006 a Venezia e fu un incontro decisivo. Seguirono una Observership nel 2007 presso il Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, da lui diretto, al Memorial Sloan Kettering Cancer Center e Memorial Hospital di New York dove stavano sperimentando nuove psicoterapie in oncologia quali la Meaning Centered Psychotherapy e la Dignity Therapy.

Ci colpì la profonda umanità di William Breitbart, l'ampiezza filosofica ed esistenziale del suo approccio alle cure ed il rigore con cui era concepito e sviluppato l'intero protocollo. Tale rigore ha determinato la verifica sperimentale secondo gli standard della evidence-based psychotherapy del modello, tanto che oggi questa forma di psicoterapia è stata applicata in progetti di ricerca e i dati replicati in diversi altri Paesi (ad es. Olanda, Portogallo, Spagna e Cina), e in altri ambiti sia oncologici (ad es. i pazienti in fase non avanzata di malattia o il lutto per i caregivers), che clinico-formativo (ad es. adattamento dell'intervento per i sanitari).

A queste fasi di contatto personale con il gruppo del lavoro diretto da Breitbart, sono seguiti corsi di Formazione tenuti nei nostri Centri ospedali-

2 Costantini A, Grassi L, Picardi A, Brunetti S, Caruso R, Nanni MG, Bonetti L, de Feudis R, Barni S, Marchetti P. Awareness of cancer, satisfaction with care, emotional distress, and adjustment to illness: an Italian multicenter study. *Psychooncology*. 2015 Sep;24(9):1088-96. doi: 10.1002/pon.3768. Epub 2015 Feb 23. PMID: 25707400.

## *Prefazione all'edizione italiana*

dalieri in Italia da Breitbart stesso e dalla sua collaboratrice Shannon Poppito, che hanno diffuso la tecnica e favorito lo sviluppo di un protocollo di ricerca clinica per il nostro Paese. Qui abbiamo appreso la modalità di applicazione del modello di psicoterapia centrata sul significato e che stiamo portando avanti a nostra volta, secondo gli standards suddetti e con la supervisione dello stesso Breitbart.

Questa edizione italiana del libro costituisce la nostra “Eredità” per i giovani psiconcologi che continueranno questo difficile mestiere. Ci dà significato trasmettere quanto abbiamo appreso e trovato utile nell’aiutare i pazienti a sentire di vivere, amare fino alla fine dei loro giorni. Non è affatto inevitabile soffrire di depressione se si ha una malattia avanzata ed oggi esistono interventi psiconcologici, quali la Psicoterapia centrata sul significato, che aiutano i pazienti a vivere una vita piena ed uscire da quel doloroso stato di demoralizzazione ed impotenza restituendo dignità e identità anche quando la speranza di guarire è perduta.

Vogliamo ringraziare William Breitbart e Shannon Poppito anche a nome dei nostri pazienti che continuano a beneficiare del loro lavoro.

## **Riferimenti Bibliografici**

- Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, Saracino RM, Marziliano AM, Masterson M, Tobias K, Fenn N. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018 Aug 1;124(15):3231-3239.
- Applebaum AJ, Kulikowski JR, Breitbart W. Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers (MCP-C): Rationale and Overview *Palliat Support Care*. 2015 Dec;13(6):1631-41
- Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015 Mar 1;33(7):749-54
- Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, Berg A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry*. 2004 Jun;49(6):366-72
- Grassi L., Biondi M., Costantini A.: *Manuale pratico di psiconcologia. Sfide ed evoluzione delle cure*. Seconda edizione completamente aggiornata ed ampliata. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2022
- Grassi L, Sabato S, Caruso R, Tiberto E, Padova S, Ruffilli F, Folesani F, Nanni MG, Martino BM, Zerbinati L, Testoni I. Reflecting on meaning in an existential-reorientation group psychotherapy approach for cancer patients: A qualitative thematic analysis. *Palliat Support Care*. 2021 Jul 19:1-8.



## PREFAZIONE

---

*La vita che riceviamo non è breve ma la rendiamo tale;  
non siamo poveri di essa, ma la utilizziamo sprecandola.  
È una parte piccola di vita quella che realmente viviamo.*

SENECA, *De brevitate vitae*, 1933

*Giudicare se la vita valga o non valga la pena di essere vissuta  
equivale al rispondere al quesito fondamentale della filosofia...  
Quindi ne deduco che il significato della vita  
sia la più urgente delle domande.*

ALBERT CAMUS, *Il mito di Sisifo*, 1955

Se avete aperto questo manuale di trattamento e state leggendo questa Prefazione, siete probabilmente un clinico o un ricercatore che lavora con pazienti oncologici, e forse specificatamente con quelli con cancro terminale o con la popolazione in cure palliative. Forse siete arrivati a comprendere, tramite l'esperienza clinica o la recente ricerca clinica sugli interventi esistenziali, narrativi, o centrati sul significato, che l'importanza dell'aiutare i pazienti sostiene un senso di significato, soprattutto negli ultimi mesi di vita, mentre si affronta la morte. Probabilmente, dato il vostro immergervi nel mondo delle patologie oncologiche in stadio avanzato e di coloro che vivono nonostante la morte (imminente), siete diventati consapevoli delle sfide del vivere la nostra vita, umana, mortale e limitata. Forse avete meditato sulla "brevità della vita" e siete sollevati in qualche modo dall'osservazione di Seneca che la vita diventa breve solo se manchiamo di vivere i vari momenti della nostra vita come "significativi" il più possibile. Forse, come Camus, avete concluso che "il significato della vita è la più urgente delle domande esistenziali". Forse è più appropriato dire che avete compreso, come lo ha fatto il nostro gruppo di ricerca, che la capacità di sostenere o aumentare il significato nelle persone con cancro avanzato li aiuta a mantenere un senso di speranza e scopo, a migliorare la qualità di vita, a ridurre i sintomi di distress e a diminuire la disperazione. È sperabile che crediate anche quanto sia centrale, rispetto al concetto di "cura" per i pazienti con cancro avanzato, un approccio che promuove la convinzione che *sia possibile creare o vivere il significato fino all'ultimo momento di vita.*

Sono trascorsi dieci anni da quando il nostro gruppo di ricerca al Memorial Sloan-Kettering ha trovato il modo di capire l'importanza clinica e spirituale/esistenziale del significato e del preservare i significati, in quanto concetto centrale dell'intervento psicoterapico per i pazienti con cancro avanzato che, di fatto, stanno affrontando la morte. Abbiamo chiamato questo intervento "Psicoterapia Centrata-sul-Significato" (MCP). Abbiamo dapprima sviluppato un formato di gruppo per MCP chiamato "Psicoterapia di Gruppo Centrata-sul-Significato" (MCGP). Questa è stata pensata per aiutare i pazienti con cancro avanzato a capire l'importanza e la centralità di sostenere, riconnettersi, creare e vivere il significato nelle proprie vite attraverso fonti di significato comuni e affidabili che possono servire come risorse di significato per aiutare a ridurre l'angoscia del fine vita.

In un trial randomizzato controllato del MCGP (Breitbart *et al.*, 2010), abbiamo dimostrato l'efficacia di questo intervento nel migliorare il benessere spirituale e il senso di significato e allo stesso tempo nel ridurre l'ansia, la perdita di speranza, e il desiderio di morte. (Il lettore può fare riferimento al *Treatment Manual for Meaning-Centered Group Psychotherapy for patients with advanced cancer*, Oxford University Press). La nostra esperienza con il formato di gruppo della MCP ci ha insegnato che una modalità più flessibile ed individuale di MCP, ovvero la "Psicoterapia Individuale Centrata-sul-Significato" (IMCP), era ugualmente efficace della MCGP, ma permetteva di essere più flessibili in termini di tempi e luoghi (ad es. ambulatorio, al letto del paziente, stanza di infusione della chemioterapia) per le sedute programmate, riduceva gli abbandoni e aumentava il numero di pazienti che completavano l'intervento (Breitbart *et al.*, 2012).

In questa prefazione del testo *Psicoterapia Individuale Centrata-sul-Significato per pazienti con cancro avanzato: manuale di trattamento*, ci auguriamo di presentare il razionale scientifico della IMCP in quanto intervento efficace per pazienti con cancro avanzato. Il manuale stesso è dettagliato e siamo certi che possa servire come guida passo dopo passo per i clinici e i ricercatori affinché sia utilizzato per applicare l'intervento nel setting clinico, condurre studi simili o sviluppare adattamenti dell'intervento alle culture e lingue locali. È consigliabile che il lettore faccia riferimento al prossimo testo pubblicato da Oxford University Press, "*Textbook of Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer*", per una descrizione dettagliata delle tecniche di psicoterapia che includono trascrizioni di colloqui terapeutici.

## **Lo sviluppo Psicoterapia Individuale Centrata-sul-Significato**

Come accade per molti interventi clinici nel campo della psico-oncologia e delle cure palliative, la Psicoterapia Centrata-sul-Significato (MCP),

## Prefazione

ed in modo particolare la Psicoterapia Individuale Centrata-sul-Significato (IMCP) nascono dalla necessità di affrontare un problema clinico difficile, un problema per il quale non era, ancora, disponibile un intervento efficace. Infatti, la MCP è nata dal fortunato impatto con un problema clinico in un contesto in cui eravamo ispirati dai lavori di pionieri della filosofia esistenziale e della psichiatria: è stato proprio questo contesto che ha permesso di concepire, sviluppare, testare, ed infine dimostrare che la MCP è un intervento efficace nel formato di gruppo. Il problema clinico di cui parliamo è rappresentato dall'angoscia, dalla perdita di speranza e dal desiderio di anticipare la propria morte nei pazienti con cancro avanzato che, di fatto, non presentavano un quadro depressivo patologico (Breitbart *et al.*, 2000), ma stavano piuttosto affrontando una crisi esistenziale fatta di perdita di significato, valore e scopo, di fronte ad una prognosi infausta. Se da un lato il nostro gruppo aveva già dimostrato che il desiderio di accelerare la morte in presenza di una depressione clinica può essere risolto con una terapia antidepressiva adeguata (Breitbart *et al.*, 2010), dall'altro non era ancora disponibile alcun intervento per la perdita di significato e di speranza in assenza di disturbo depressivo. Ispirati prevalentemente dai lavori di Viktor Frankl (1955, 1959, 1969, 1975) e successivamente da quelli di Irvin Yalom (1980), il nostro gruppo di ricerca ha adattato i concetti di Frankl sull'importanza del significato nell'esistenza umana (ciò che Frankl ha definito *Logoterapia*) e ha creato inizialmente un intervento di Psicoterapia Centrata-sul-Significato nel formato di gruppo (MCGP) e successivamente in formato individuale (IMCP), presentato in questo manuale di trattamento e rivolto primariamente ai pazienti con cancro avanzato. Lo scopo dell'intervento è quello di ridurre l'angoscia, la demoralizzazione, la perdita di speranza, e il desiderio di accelerare la morte attraverso il supporto o il potenziamento del senso del significato, anche di fronte alla morte imminente. Mentre la MCP si basa in maniera sostanziale sui concetti di Frankl di significato e fonti di significato come risorse per riconnettersi col significato pur nella sofferenza, non è però la logoterapia tradizionale e non utilizza molte tecniche specifiche della logoterapia. La MCP è sì ispirata dal lavoro sul significato di Frankl, ma include anche altri concetti e scopi in chiave esistenziale che non sono diretti al significato ma sono correlati chiaramente alla ricerca, alla connessione e alla creazione del significato. La MCP inoltre differisce dalla classica logoterapia in quanto è stata sviluppata specificatamente per i pazienti con cancro.

## **L'importanza del Significato: Benessere Spirituale e Esistenziale nell'affrontare il cancro**

Vi è un'ampia letteratura che dimostra l'importanza del significato e del benessere esistenziale o spirituale per i pazienti con cancro avanzato. Singer e collaboratori hanno evidenziato che "ottenere un senso di pace spirituale" era una dimensione molto importante della cura del fine vita per i pazienti (Singer, Martin, & Kelner, 1999). Moadel e collaboratori hanno intervistato 248 pazienti con cancro e hanno chiesto loro quali fossero i bisogni più importanti (Moadel *et al.*, 1999). Il 51% ha risposto che aveva bisogno di aiuto per superare le paure, mentre il 41% aveva bisogno di trovare speranza, il 40% aveva bisogno di trovare il senso nella vita, il 43% aveva bisogno di trovare serenità, ed il 39% aveva bisogno di trovare risorse spirituali. In un gruppo di 162 pazienti giapponesi ricoverati in hospice, il distress psicologico era correlato alla perdita di significato nel 37% degli individui, la perdita di speranza nel 37% e la perdita del ruolo sociale e sentimenti di essere irrilevante nel 28% dei casi (Morita, Tsunoda, Inoue & Chihara, 2000). In una indagine condotta da Meier e collaboratori sulle ragioni per le quali i pazienti richiedevano il suicidio assistito, i medici riportavano che la "perdita del significato della vita" sosteneva il 47% delle richieste (Meier *et al.*, 1998).

Chiaramente, sia dalla prospettiva di pazienti che dei medici, i problemi legati alla spiritualità sono elementi essenziali della qualità delle cure di fine vita. Brady e collaboratori hanno notato che i pazienti con cancro che riportavano un più elevato grado di significato nelle proprie vite riferivano una più elevata soddisfazione nella qualità di vita ed erano in grado di sopportare i sintomi fisici gravi meglio rispetto ai pazienti che avevano più bassi livelli di significato/pace (Brady *et al.*, 1999). Il nostro gruppo di ricerca (Breitbart *et al.*, 2000; Nelson, Rosenfeld, Breitbart, & Galietta, 2002) ha dimostrato un ruolo centrale del benessere spirituale, in particolar modo del significato, come un agente che difende e protegge dalla depressione, dalla perdita di speranza e dal desiderio di accelerare la morte nei pazienti con cancro terminale. McClain e collaboratori hanno dimostrato che la componente significato del benessere spirituale era significativamente associata con l'angoscia alla fine della vita (definita da perdita di speranza, desiderio di accelerare la morte e ideazione suicidaria), anche dopo aver considerato la possibile influenza della sintomatologia depressiva (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003). Analogamente, Yanez e collaboratori hanno riscontrato che aumenti nel livello di significato e di pace nelle pazienti sopravvissute al cancro della mammella erano predittori di una migliore salute mentale e di un minor grado di distress, mentre un



## Prefazione

maggior livello di fede non risultava essere un fattore predittivo a questo livello (Yanez *et al.*, 2009). Questa ricerca sottolinea il ruolo che la dimensione del significato ha come effetto di protezione della depressione, la perdita di speranza, l'ideazione suicidaria e il desiderio di accelerare la morte; ciò è particolarmente importante considerando ciò che sappiamo delle conseguenze della depressione e della perdita di speranza nei pazienti con cancro. La depressione, la perdita di speranza e la perdita di significato sono associati peraltro a più basse probabilità di sopravvivenza (Watson *et al.*, 1999) e più alti tassi di suicidio, ideazione suicidaria, perdita di speranza e desiderio di accelerare la morte (Breitbart *et al.*, 2000, Chochinov *et al.*, 1995, Kissane *et al.*, 1997). Inoltre, è stato dimostrato che la perdita di speranza e la perdita di significato sono predittori del desiderio di morire indipendentemente dal grado di depressione e che tali fattori influenzano il desiderio di morte al pari della depressione (Breitbart *et al.*, 2000). Ne consegue che è fondamentale sviluppare un intervento psicosociale per pazienti con cancro avanzato che sia diretto alla perdita del significato in quanto metodo per migliorare gli esiti psicosociali (ad es. qualità della vita, depressione, ansia, perdita di speranza, desiderio di morire e angoscia di fine vita).

Inoltre fa parte del modello concettuale della MCP il fatto di avere una relazione con il "coping centrato sul significato" secondo la definizione di Park e Folkman (1997). Questi autori descrivono il concetto di *significato* in termini di capacità che la persona ha di rivalutare un evento, "comprendendone il senso" o "trovandosi significato" (Andrykowski, Brady, & Hunt, 1993; Folkman, 1997; Park & Folkman 1997; Taylor, 1983, 1993). Diversamente dal modello di Park e Folkman che concettualizzano il significato come *globale o situazionale*, Frankl concepiva il significato come uno stato, creato momento per momento; gli individui possono oscillare dal sentirsi demoralizzati, come se le loro vite non avessero più alcun valore (vedi Kissane *et al.*, 1997), al riconoscere il proprio senso di significato e scopo che permette loro di conferire valore, se possibile ancora più intensamente, al tempo che rimane. Vivere il significato o sentire che si è condotta una vita "piena di significato", secondo Frankl, suggerisce che il significato è sia vissuto che creato momento per momento durante tutta la vita, nonché in modo più ontologico mentre si riflette su una vita vissuta (Frankl, 1955, 1959, 1969, 1975).

La concettualizzazione del significato come uno stato o un sentire suscettibile al cambiamento indica che potenzialmente è responsivo ad un intervento. Frankl inoltre vedeva la sofferenza come un potenziale trampolino, sia per percepire un bisogno di significato sia per trovarlo (Frankl, 1955, 1959, 1969, 1975). Quindi, la diagnosi di una malattia in fase

terminale può essere vista come una esperienza di distress o di angoscia che può offrire tuttavia l'opportunità di crescita e significato. O si perde il senso del significato e scopo nella vita, o si ha un sostenuto o intensificato senso di significato, scopo e pace, che permette alla persona di valorizzare più profondamente il tempo che resta e reagire positivamente agli eventi.

Attingendo da questi principi, la Psicoterapia Individuale Centrata-sul-Significato aiuta a potenziare il senso di significato dei pazienti aiutandoli a comprendere e capitalizzare nelle varie fonti di significato nelle loro vite. Il significato rafforzato è concettualizzato come un catalizzatore di migliori esiti psicosociali, quali una miglior qualità della vita e ridotti livelli di distress psicologico e angoscia. Specificatamente, il significato è visto sia come un intermediario di esito, sia come mediatore di cambiamenti in questi importanti esiti psicosociali.

### **Concetti Centrali alla filosofia e psicologia esistenziali**

Sottostanti lo sviluppo e l'erogazione della IMCP vi sono concetti centrali della filosofia, psicologia e psichiatria esistenziale, sviluppati da pionieri come Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger, Sartre, Camus, e Yalom (Heidegger, 1996; Kierkegaard, Hong & Hong, 1983; Nietzsche, 1986; Sartre, 1984; Yalom 1980).

Mentre le preoccupazioni relative al significato e all'assenza di esso sono centrali alla filosofia e psicologia esistenziale, la IMCP ha tratto beneficio dall'inclusione di numerosi concetti esistenziali che non coinvolgono direttamente il significato ma sono a questo correlati e fungono da struttura critica per condurre il lavoro psicoterapico della IMCP. Quindi, benché l'enfasi della IMCP sia posta sul significato e le fonti di significato, chiaramente gran parte del lavoro psicoterapico è più ricco quando i terapisti sono ben radicati nella struttura concettuale di base e nelle teorie della filosofia e psicologia esistenziale. I concetti esistenziali importanti che sono utilizzati e inclusi nella cornice teoretica esistenziale della IMCP includono, ma non si limitano a, ansia di morte, libertà, responsabilità, scelta, creatività, identità, autenticità, colpa esistenziale, trascendenza, trasformazione, essere fino alla morte, essere e temporalità ed isolamento esistenziale. Questi concetti esistenziali pervadono l'intervento e sono utilizzati primariamente per rinforzare gli obiettivi della IMCP correlati alla ricerca, connessione e creazione del significato.

## **Generalità sulle evidenze di efficacia della Psicoterapia Individuale Centrata-sul-Significato**

Precedentemente allo sviluppo della IMCP, pochi interventi si sono concentrati specificatamente sulle dimensioni esistenziali o spirituali nel trattamento o hanno misurato l'impatto del trattamento su tali esiti, soprattutto nei pazienti con cancro avanzato. Le prime ricerche da parte di Yalom, Spiegel, e collaboratori avevano dimostrato che una psicoterapia supportiva di gruppo della durata di un anno che includeva un focus su problemi esistenziali, aveva la capacità di ridurre il distress psicologico e di aumentare la qualità della vita (Spiegel, Bloom, & Yalom, 1991; Spiegel & Yalom, 1978; Yalom & Graeves, 1977). Studi più recenti hanno descritto interventi a breve termine, anche in un formato individuale, che includevano una componente spirituale o esistenziale (ad es. Chochinov *et al.*, 2011, Kissane *et al.*, 2003, Lee *et al.*, 2006). Nonostante ciò, i risultati di questi studi sono inconsistenti rispetto ai loro effetti sui parametri psicologici come depressione, ansia e desiderio di morte. E, cosa ancor più importante, aspetti specifici del benessere spirituale e del significato non erano presi in considerazione in maniera specifica come esiti. Ne consegue che nonostante l'importanza di potenziare il senso del significato e di scopo dell'individuo, sono per ora stati sviluppati pochi interventi clinici che si rivolgano a questo punto fondamentale.

Come detto, abbiamo inizialmente sviluppato la Psicoterapia Centrata-sul-Significato in un formato di gruppo che abbiamo chiamato Psicoterapia di Gruppo Centrata-sul-Significato (MCGP). Uno studio pilota randomizzato controllato della MCGP (Breitbart *et al.*, 2010) aveva dimostrato l'efficacia di questo intervento sia nel migliorare il benessere spirituale e il senso di significato, sia nel ridurre l'ansia, la mancanza di speranza e il desiderio di morte. La MCGP è un intervento di 8 settimane che include sia didattica che esercizi pratici. I risultati di questo studio hanno dimostrato importanti e significativi benefici della MCGP se confrontati con una psicoterapia di gruppo di supporto (SGP), soprattutto per quanto concerne il potenziamento del benessere spirituale e il senso di significato. Gli effetti del trattamento della MCGP erano anche maggiori due mesi dopo il termine del trattamento, indicando che i benefici non solo persistono ma aumentano dopo che il trattamento si è concluso. Questo studio ha fornito le prove dell'efficacia della MCP, in un formato di gruppo, quale nuovo intervento per migliorare il benessere spirituale, il senso del significato e il funzionamento psicologico nei pazienti con cancro avanzato. È stato recentemente completato uno studio randomizzato controllato più

ampio e le analisi iniziali indicano che la MCGP è un intervento molto efficace, per quanto l'applicazione pratica possa essere influenzata dall'abbandono da parte dei pazienti a causa del suo rigido formato gruppale.

Per quanto il nostro gruppo al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center riconoscesse quindi l'importanza degli interventi focalizzati a potenziare il significato, il formato di gruppo della MCP aveva limitazioni importanti, tra cui, in particolar modo, il fatto che pazienti con cancro molto avanzato non potevano adattarsi ai tempi o luoghi voluti dal formato dell'intervento di gruppo. Abbiamo capito molto rapidamente dall'inizio del trial clinico, che una forma più flessibile individuale della MCP sarebbe stata essenziale se volevamo avere successo nello sviluppare un intervento MCP che potesse essere erogato nella pratica a più pazienti con cancro avanzato. Perciò abbiamo sviluppato la Psicoterapia Individuale Centrata-sul-Significato (IMCP) proprio mentre stavamo conducendo i nostri trials iniziali di MCGP. La collega Sharon Poppito ha avuto un ruolo chiave nell'adattare la MCGP al formato individuale, considerando che la IMCP ha una efficacia equivalente a quella della MCGP, ma permette più flessibilità nei tempi e nei luoghi (ad es. ambulatorio, al letto, o nella stanza di infusione della chemioterapia) delle sedute programmate, oltre ad avere un minor tasso di abbandono e un maggior numero di interventi completati (Breitbart *et al.*, 2012).

Uno studio pilota randomizzato controllato della IMCP, pubblicato sul *Journal of Clinical Oncology*, ha dimostrato che la IMCP migliora in maniera significativa il benessere spirituale dei pazienti, il senso del significato, la qualità della vita e il distress legato ai sintomi (Breitbart *et al.*, 2012). Pazienti con stadio III o IV di cancro (N=120) erano stati assegnati casualmente a sette sedute di IMCP o massaggio terapeutico (TM). I pazienti venivano valutati prima e dopo aver completato l'intervento, quindi due mesi dopo il termine dell'intervento. Gli esiti primari dello studio erano il benessere spirituale e la qualità della vita, outcome secondari erano ansia, depressione, perdita di speranza, peso dei sintomi e distress legato ai sintomi. I partecipanti alle sedute IMCP hanno mostrato miglioramenti maggiori rispetto alla condizione di controllo per gli outcome primari di benessere spirituale (inclusi sia la componente spirituale del benessere-senso di significato e fede, sia qualità della vita). Inoltre i pazienti inseriti nella IMCP hanno presentato miglioramenti significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo anche per gli outcome secondari, quali il peso dei sintomi e il distress correlato ai sintomi. Miglioramenti rispetto ad ansia, depressione e mancanza di speranza si sono avvicinati alla soglia di significatività statistica. La IMCP ha chiaramente benefici nel breve termine per la sofferenza spirituale e la qualità della vita nei pazienti con cancro

## Prefazione

avanzato per cui i clinici che lavorano con pazienti con queste patologie dovrebbero considerare l'approccio IMCP per migliorare tali parametri.

### Direzioni future

La IMCP ha dimostrato essere un intervento efficace per i pazienti con cancro avanzato. Oltre ad aver sviluppato e testato l'efficacia della MCGP, stiamo adattando e testando la MCP per altre popolazioni (ad es. sopravvissuti a cancro della mammella, parenti in lutto, caregivers informali di pazienti con cancro) oltre che per operatori sanitari dei teams oncologici (Fillion *et al.*, 2009). Stiamo adattando la MCP ad altre culture e in altre lingue con lo scopo di fornire l'intervento anche ai gruppi di immigrati con cancro (ad es. Spagnoli, Cinesi). Vi sono colleghi in Spagna, Israele, Italia, Paesi Bassi, Taiwan e altri ancora che stanno adattando la MCGP e IMCP per i propri Paesi.

### Riassunto

La IMCP rappresenta la forma individuale della MCP sviluppata da Breitbart e collaboratori nel Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. È un intervento nuovo e unico che si è dimostrato efficace nell'accrescere il significato e ridurre la disperazione nei pazienti con cancro avanzato. La IMCP ha grandi potenzialità come intervento che può essere utilizzato nel setting delle cure palliative, così come nel contesto del trattamento in pazienti con cancro avanzato.

### Bibliografia

- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261-276.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., ... & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2907-2911.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Kramer, M., Li, Y., Tomarken, A., ... & Schuster, M. (2010). Impact of treatment for depression on desire for hastened death in patients with advanced cancer. *Psychosomatics*, 51, 98-105.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., ... & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 19, 21-28.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., ... & Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology*, 30, 1304-1309.

## MANUALE DI PSICOTERAPIA INDIVIDUALE CENTRATA SUL SIGNIFICATO

- Breitbart, W., Rosenfeld, B., *et al.* (in preparation) Enhancing meaning and hope in advanced cancer patients: Meaning-centered group psychotherapy.
- Camus, A. (1955). *The myth of Sisyphus and other essays*. New York, NY: Knopf.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., & Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *American journal of psychiatry*, *152*, 1185-1191.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet oncology*, *12*(8), 753-762.
- Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., Bairati, I., & Breitbart, W. S. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, *12*, 1300-1310.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine*, *45*, 1207-1221.
- Frankl, V. F. (1955/1986). *The doctor and the soul*. New York, NY: Random House.
- Frankl, V. F. (1959/1992). *Man's search for meaning* (4th ed.). Boston, MA: Beacon Press.
- Frankl, V. F. (1969/1988). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy* (expanded ed.). New York, NY: Penguin Books.
- Frankl, V. F. (1975/1997). *Man's search for ultimate meaning*. New York, NY: Plenum Press.
- Heidegger, M. (1996). *Being and time* (J. Stambaugh, Trans.). Albany: State University of New York Press.
- Kierkegaard, S. (1983). *Fear and trembling/repetition* (H. Hong & E. Hong, Eds.). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer—techniques and themes. *Psycho-Oncology*: *6*, 25-33.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., ... & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*: *12*, 532-546.
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: Development of an intervention and pilot results. *Oncology Nursing Forum*, *33*, 291-302.
- McClain, C., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). The influence of spirituality on end-of-life despair among terminally ill cancer patients. *Lancet*, *361*, 1603-1607.
- Meier, D. E., Emmons, C. A., Wallenstein, S., Quill, T., Morrison, R. S., & Cassel, C. K. (1998). A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New England Journal of Medicine*, *338*, 1193-1201.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., ... & Dutcher, J. (1999). Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, *8*, 378-385.
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (2000). An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, *9*, 164-168.
- Nietzsche, F. (1986). *Human, all too human: A book for free spirits*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, *43*, 213-220.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, *1*, 115-144.
- Sartre, J. P. (1984). *Being and nothingness*. New York, NY: Citadel Press.
- Seneca, L. (1932). *On the Shortness of life* (J. W. Basore, Trans.). London, UK: Loeb Classical Library.
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality end-of-life care: Patients' perspectives. *Journal of the American Medical Association* *281*, 163-168.
- Spiegel, D., & Yalom, I. D. (1978). A support group for dying patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, *28*, 233-245.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic breast cancer. *Archives of general psychiatry*, *38*, 527-533.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, *38*, 1161-1173.

