

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento dei pazienti oncoematologici

Giuliana Di Paola¹

¹Psicologa e Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB Palermo

Riassunto

Il presente lavoro analizza l'applicazione dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) nel contesto delle patologie oncoematologiche, approfondendo il ruolo della flessibilità psicologica nel processo di adattamento alla malattia.

Le neoplasie ematologiche, quali leucemie, linfomi e mieloma multiplo, costituiscono condizioni cliniche ad elevato impatto fisico ed emotivo, frequentemente associate a distress psicologico, ansia, depressione, paura della recidiva e riduzione della qualità di vita. In tale contesto emerge la necessità di interventi psicologici efficaci e adattabili alle diverse fasi del trattamento. Attraverso una revisione della letteratura scientifica recente, sono analizzate le evidenze empiriche relative all'efficacia dell'ACT nella riduzione del disagio psicologico e nel miglioramento dell'adattamento nei pazienti oncoematologici. I risultati suggeriscono che l'ACT rappresenti un approccio promettente e potenzialmente utile all'interno dei percorsi di cura, favorendo il benessere psicologico e una migliore qualità di vita anche in presenza della malattia.

Parole Chiave: Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno, Flessibilità psicologica, Distress psicologico, Qualità di vita, Pazienti oncologici, Neoplasie ematologiche

Summary

This work analyzes the application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the context of onco-hematological pathologies, exploring the role of psychological flexibility in the process of adaptation to the disease.

Hematological malignancies, such as leukemia, lymphomas, and multiple myeloma, are clinical conditions with a high physical and emotional impact, frequently associated with psychological distress, anxiety, depression, fear of recurrence, and reduced quality of life. In this context, the need for effective psychological interventions that can be adapted to the different phases of treatment emerges. Through a review of recent scientific literature, empirical evidence regarding the effectiveness of ACT in reducing psychological distress and improving adjustment in hematological oncology patients is analyzed. The findings suggest that ACT represents a promising and potentially useful approach within care pathways, promoting psychological well-being and a better quality of life even in the presence of the disease.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Psychological flexibility, Psychological distress, Quality of life, Oncology patients, Hematologic malignancies

Introduzione

Le patologie oncoematologiche, quali leucemie, linfomi e mielomi, rappresentano una sfida complessa che coinvolge non solo la dimensione medica, ma anche quella psicologica e relazionale della persona. La diagnosi di una neoplasia ematologica maligna costituisce spesso un evento critico, in grado di generare reazioni emotive intense quali shock, ansia, depressione, paura del futuro e senso di perdita, con un impatto significativo sulla qualità della vita e sulla capacità del paziente di partecipare attivamente al percorso di cura. In questo contesto, l'intervento psicologico assume un ruolo centrale nel supportare i processi di adattamento alla malattia, nel favorire l'aderenza ai trattamenti e nel migliorare il benessere della persona.

Negli ultimi decenni, i progressi nella diagnosi precoce e nelle terapie oncologiche hanno determinato un aumento significativo dei tassi di sopravvivenza. Di conseguenza, l'attenzione clinica e scientifica si è progressivamente estesa agli aspetti psicologici e alla qualità di vita dei pazienti, che rappresentano oggi obiettivi fondamentali dell'assistenza psicologica. Disturbi d'ansia e dell'umore, sintomi post traumatici, difficoltà di adattamento, disturbi del sonno, ideazione suicidaria, dolore e affaticamento costituiscono alcune delle problematiche frequentemente riscontrate nei pazienti oncologici. Tali condizioni sono associate a una riduzione della qualità della vita, a una minore aderenza ai trattamenti e a esiti clinici meno favorevoli, oltre a un incremento dei costi sanitari. Considerando l'interazione tra sintomi fisici e psicologici e il loro impatto sulla vita quotidiana, la psicoterapia assume un'importanza sempre maggiore all'interno dei percorsi di cura. In questo scenario, l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) si è affermata negli ultimi anni come approccio innovativo all'interno della psicoterapia cognitivo comportamentale di terza generazione. L'ACT si fonda sullo sviluppo della flessibilità psicologica attraverso processi quali l'accettazione, la defusione cognitiva, il contatto con il momento presente, il sé-

come-contesto, i valori personali e l'azione impegnata. Piuttosto che mirare all'eliminazione dei sintomi, l'ACT si propone di modificare la relazione che la persona instaura con i propri vissuti interni, favorendo una vita significativa anche in presenza di sofferenza. Grazie alla sua natura transdiagnostica e alla possibilità di personalizzare l'intervento in base alle esigenze del paziente e alle diverse fasi della malattia, l'ACT appare particolarmente adatta al contesto oncologico. Le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano che l'ACT può rappresentare un'opzione terapeutica efficace per le persone con diagnosi di cancro, indipendentemente dalla fase della malattia.

Alla luce di tali considerazioni, l'obiettivo della presente tesi è quello di analizzare l'esperienza del paziente oncoematologico, descrivere i fondamenti teorici dell'ACT e approfondire le principali evidenze scientifiche a sostegno della sua applicazione ed efficacia in ambito oncoematologico.

L'esperienza della malattia oncoematologica

Le principali patologie oncoematologiche

Le malattie oncologiche sono tra le patologie più diffuse al mondo e costituiscono la principale causa di mortalità e disabilità (Costantini, Levenson & Bersani, 2014). Tra queste, nel 2022, le neoplasie ematologiche hanno costituito il 6,6% di tutti i casi di cancro e il 7,2% dei decessi correlati al cancro a livello globale (Sun et al., 2025), rappresentando un importante problema di salute pubblica, con notevoli conseguenze a livello sociale ed economico (Papathanasiou et al., 2020; Li, Chen & Du, 2025). Le neoplasie ematologiche sono tumori del sangue che originano dalla proliferazione e differenziazione anomale delle cellule ematopoietiche nel midollo osseo, nel sangue e nel sistema linfatico. Comprendono vari sottotipi, tra cui la leucemia, il linfoma e il mieloma multiplo (Pan et al., 2025).

La leucemia è un tipo di tumore del sangue causato dalla proliferazione disfunzionale e incontrollata dei globuli bianchi immaturi, detti blasti. Questi invadono progressivamente il midollo osseo, limitando quindi la normale produzione di globuli bianchi, globuli rossi e piastrine (Jagadale et al., 2022). La leucemia è classificata come acuta o cronica, in base alla rapidità con cui si diffonde, e come mieloide o linfoide, a seconda del tipo di cellula da cui ha origine. I sottotipi principali sono la leucemia linfoblastica acuta (più comune nella popolazione pediatrica), la leucemia mieloide acuta, la leucemia linfatica cronica e la leucemia mieloide cronica (Chennamadhavuni et al., 2023). Sono stati identificati molteplici fattori di rischio genetici e ambientali nello sviluppo della leucemia, tra cui l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, al benzene, la precedente esposizione ad alcuni farmaci chemioterapici, diverse sindromi genetiche come la Sindrome di Down o l'anemia di Fanconi (*ibidem*). I sintomi con cui si manifesta sono aspecifici e possono comprendere febbre, stanchezza, nausea, vomito, calo di peso, dolori a ossa e articolazioni, pallore, comparsa di lividi o sanguinamenti (Jagadale et al., 2022). La conferma della diagnosi spesso

richiede una biopsia del midollo osseo, i cui esiti aiutano gli ematologi nella scelta delle opzioni terapeutiche. La prognosi dipende in larga misura dal tipo di leucemia, dall'età del paziente e dalla presenza di comorbidità (Chennamadhavuni et al., 2023).

Il linfoma è un tumore maligno del sangue che origina dalla proliferazione incontrollata dei linfociti, un tipo di globuli bianchi fondamentali per il sistema immunitario. Questo tumore si presenta comunemente nei linfonodi, nel midollo osseo, nella milza e, talvolta, in altri organi (Jagadale et al., 2022). Si distingue in due principali categorie che differiscono per caratteristiche istologiche, cliniche e prognostiche:

- il linfoma di Hodgkin (LH), più raro, ha una distribuzione bimodale, con un picco di età intorno ai 20 anni e un secondo picco intorno ai 65 anni e, più frequentemente coinvolge i linfonodi sopra-diaframmatici;
- il linfoma non-Hodgkin (LNH), molto più comune, può insorgere in qualsiasi linfonodo o in sedi extranodali come tratto gastrointestinale, pelle o sistema nervoso centrale (Jamil, Kumar & Mukkamalla, 2023; Lewis, Lilly, & Jones, 2020).

I segni e i sintomi clinici più comuni includono solitamente febbre, brividi, sudorazione notturna, affaticamento, gonfiore indolore delle ghiandole linfatiche del collo, dell'inguine o delle ascelle, perdita di peso inspiegabile, tosse, prurito e perdita di appetito (Jagadale et al., 2022). Il linfoma può essere trattato e guarito se diagnosticato e trattato precocemente.

Il mieloma multiplo è una neoplasia ematologica che colpisce le plasmacellule presenti nel midollo osseo. Le plasmacellule, un tipo di globuli bianchi, aiutano il sistema immunitario a combattere infezioni e malattie producendo anticorpi (Jagadale et al., 2022). Nel mieloma multiplo queste cellule proliferano in modo incontrollato, causando lesioni ossee, fratture, danno renale, anemia e ipercalcemia (Cowan et al., 2022). I principali sintomi comprendono, infatti, dolore osseo che interessa la colonna vertebrale, le costole e gli arti inferiori, infezioni ricorrenti, stanchezza e perdita di appetito e di peso (Abduh, 2024). Ai fini diagnostici, la valutazione dei pazienti si basa su esami del sangue e delle urine, biopsia midollare e su indagini di *imaging* per identificare eventuali lesioni ossee (Jagadale et al., 2022). Il mieloma multiplo è il secondo tumore del sangue per diffusione e rappresenta il 10% di tutte le neoplasie ematologiche; insorge tipicamente in età avanzata con un'età media alla diagnosi di circa 65 anni (Abduh, 2024). Negli ultimi vent'anni, l'introduzione di nuovi farmaci terapeutici ha migliorato in modo significativo la prognosi del mieloma multiplo, aumentando la sopravvivenza dei pazienti. Nonostante ciò, la malattia rimane incurabile e la sopravvivenza mediana complessiva dei pazienti con una nuova diagnosi è di circa 6 anni (*ibidem*).

Trattamenti medici

Le terapie efficaci per il trattamento delle neoplasie ematologiche includono la radioterapia, la chemioterapia e il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (Jagadale, 2022).

La radioterapia è una terapia che impiega radiazioni ionizzanti ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, cercando al contempo di preservare quanto più possibile i tessuti sani circostanti (Maani & Maani, 2022). Tutti i tessuti presentano una sensibilità e una risposta diverse ai danni da radiazioni, con effetti collaterali acuti o tardivi che variano in base alla sede trattata. Nella regione di testa e collo possono comparire eritema, infiammazione, mucosite, prurito, dolore, ulcere, alterazioni del gusto e difficoltà nella deglutizione. Il sistema nervoso può essere interessato con sintomi come affaticamento, nausea, vomito, cefalea e perdita dell'udito; a lungo termine possono manifestarsi deficit cognitivi, disturbi endocrini e un aumento del rischio di tumori secondari. Nei polmoni, le radiazioni possono provocare tosse, dispnea, febbre, dolore toracico e, in alcuni casi, fibrosi polmonare. Il cuore può sviluppare pericardite, versamento pericardico, disfunzioni valvolari o di conduzione e fibrosi miocardica. Gli organi dell'addome e del bacino possono risentire di nausea, vomito, crampi addominali, diarrea e anoressia. Infine, le gonadi possono essere colpite con conseguente infertilità o insufficienza ovarica precoce, con sensibilità maggiore in relazione all'età (Majeed & Gupta, 2023).

In ambito ematologico, la radioterapia trova diverse applicazioni (AIL, n.d.): nel linfoma di Hodgkin, è impiegata negli stadi iniziali come consolidamento dopo la chemioterapia e, in alcuni casi avanzati, in combinazione con essa per trattare aree difficili da eliminare. Nel linfoma non Hodgkin, nei tipi a basso grado serve per controllare la malattia localmente, mentre in quelli più aggressivi è indicata negli stadi iniziali dopo la chemioterapia. È utile anche nelle forme cutanee e nelle localizzazioni al sistema nervoso centrale. Nel mieloma, viene usata per trattare lesioni isolate o vertebrali e con scopo palliativo o antalgico. Nella leucemia linfoblastica acuta, è impiegata a scopo preventivo o terapeutico per le localizzazioni nel sistema nervoso centrale. Infine, è parte dei regimi di condizionamento prima del trapianto allogenico di cellule staminali, soprattutto nelle leucemie acute linfoblastiche.

La chemioterapia è un approccio terapeutico che prevede la somministrazione di specifici farmaci antitumorali impiegati per il trattamento delle neoplasie e costituisce il trattamento di elezione per numerose malattie ematologiche (AIL, n.d.).

I farmaci chemioterapici possono essere somministrati mediante diverse modalità, tra cui quella orale e quella parenterale, che comprende la via endovenosa, sottocutanea, intramuscolare e intratecale (Amjad, Chidharla & Kasi, 2023). Alcuni trattamenti possono essere effettuati a domicilio, seguendo con attenzione le indicazioni riguardanti orari e modalità di assunzione. In altri casi, la terapia viene eseguita in regime ambulatoriale o di *day hospital*, oppure può richiedere un periodo di ricovero che varia da una notte a più settimane (Aimac, n.d.). Il tipo di assunzione e la durata del trattamento dipendono dal tipo di farmaco impiegato e dal protocollo terapeutico previsto per la specifica neoplasia. Generalmente, la

terapia viene somministrata a cicli alternati a periodi di pausa, al fine di consentire al midollo osseo di ripristinare le normali riserve ematopoietiche (AIL, n.d.).

Gli agenti chemioterapici agiscono prevalentemente sulle cellule a rapida proliferazione, motivo per cui colpiscono anche i tessuti sani caratterizzati da un'elevata attività replicativa, come il midollo osseo, il tratto gastrointestinale e i follicoli piliferi. Tra gli effetti avversi più comuni, infatti, si annoverano anemia, stanchezza cronica (*fatigue*), perdita dei capelli e dei peli, nausea, vomito, diarrea, mucosite, infertilità (Amjad, Chidharla & Kasi, 2023). L'intensità e la natura degli effetti collaterali variano in base al tipo di farmaco, alla dose, alle modalità di somministrazione e alle condizioni generali del paziente. Non tutti i farmaci provocano gli stessi effetti né con la stessa intensità (AIL, n.d.). La chemioterapia persegue diversi scopi. Tra questi vi è lo scopo curativo, mirato a ridurre progressivamente il tumore, fino alla completa scomparsa della malattia; anche dopo il raggiungimento della remissione, i cicli di trattamento vengono spesso proseguiti per evitare eventuali recidive. Un altro obiettivo consiste nel rallentare la crescita del tumore, riducendo così il rischio di diffusione ad altri organi e limitando i danni sistemici. Inoltre, la chemioterapia può essere impiegata a fini palliativi, con lo scopo di alleviare i sintomi legati alla neoplasia e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Infine, i farmaci chemioterapici vengono utilizzati come trattamento di condizionamento, preparando l'organismo al trapianto di cellule staminali ematopoietiche (AIL, n.d.).

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (TCSE) è una delle procedure più innovative in medicina, diventata uno standard di cura per le neoplasie ematologiche (Henig & Zuckerman, 2014). Le cellule staminali per il trapianto possono essere prelevate dal midollo osseo, dal sangue periferico o dal sangue del cordone ombelicale (Hatzimichael & Tuthill, 2010). Esistono diversi tipi di trapianto, che vengono classificati principalmente in base al donatore delle cellule staminali (Khaddour, Hana & Mewawalla, 2023):

- il trapianto autologo prevede l'utilizzo delle cellule prelevate dal paziente stesso;
- il trapianto allogenico in cui le cellule staminali provengono da un donatore sano compatibile, che può essere un familiare, un donatore compatibile non imparentato o un familiare parzialmente compatibile (aploidentico);
- il trapianto singeneico, molto raro, in cui donatore e ricevente sono gemelli omozigoti.

La scelta della fonte delle cellule dipende dalla disponibilità del donatore e dalle indicazioni cliniche al trapianto, il quale viene eseguito da personale medico qualificato in una struttura protetta, dove il paziente è mantenuto in isolamento ambientale per un periodo di circa 3-5 settimane (Hatzimichael & Tuthill, 2010; Henig & Zuckerman, 2014; Bazinet & Popradi 2019).

Prima della trasfusione delle cellule, il paziente viene sottoposto ad un regime di condizionamento, consistente nella somministrazione di alte dosi di chemioterapici, talvolta associati alla radioterapia, per

un periodo che varia dai due ai nove giorni, con l'obiettivo di estirpare il tumore e sopprimere il sistema immunitario per evitare il rigetto (Henig & Zuckerman, 2014). Successivamente si procede con l'infusione, per via endovenosa, delle cellule staminali nel cosiddetto "giorno zero". È inevitabilmente un giorno speciale per i pazienti e i familiari dal punto di vista emotivo, con un carico di aspettative correlate alla procedura. In questa fase i pazienti possono manifestare reazioni indesiderate immediate o tardive come shock settico, segni di sepsi, crisi emolitica, nausea, vomito, vampate di calore, brividi, eruzione cutanea, prurito, ipertensione, bradicardia, febbre (Gargiulo, 2023). All'infusione segue la fase dell'attecchimento, in cui le cellule staminali trapiantate iniziano a produrre nuove cellule del sangue nel midollo osseo (Khaddour, Hana & Mewawalla, 2023). I primi cento giorni del trapianto rappresentano una fase critica in cui si avvia la ricostruzione del sistema immunitario. In questo periodo i pazienti sono particolarmente vulnerabili a complicanze sia acute che, talvolta croniche, tra cui: anemia e piastrinopenia; rischio di infezioni; tossicità gastrointestinale ed epatica; tossicità polmonare; malattia da trapianto contro l'ospite (*Graft versus Host Disease*, GvHD), che si osserva esclusivamente nel trapianto allogenico e si verifica quando le cellule trapiantate riconoscono il ricevente come estraneo e innescano una risposta immunitaria; fallimento dell'attecchimento, ovvero il mancato recupero della funzione ematologica o la perdita della funzione midollare dopo la ricostituzione iniziale (Maffini & Bonifazi, 2023). Durante l'intero periodo post-trapianto, la recidiva della malattia rappresenta una delle principali cause di mortalità (Bazinet & Popradi, 2019).

Reazioni psicologiche: dalla diagnosi alla remissione

Indipendentemente dalla diagnosi, dalla prognosi o dalla risposta al trattamento, il cancro rappresenta per il paziente e per la sua famiglia una prova esistenziale sconvolgente.

La comunicazione della diagnosi di cancro agisce come uno "shock da trauma", dando avvio a un processo di riorganizzazione psicologica che accompagna la transizione dall'immagine di sé come persona sana a quella di malato; da una vita percepita come prevedibile a una profondamente incerta; da un corpo considerato "affidabile" a un corpo che può "tradire" (Costantini, Levenson & Bersani, 2014).

In particolare, le neoplasie ematologiche rappresentano un gruppo di patologie complesse, caratterizzate da trattamenti spesso lunghi e aggressivi e un decorso di malattia spesso imprevedibile rispetto ai tumori solidi, con conseguenti ripercussioni fisiche e psicologiche per i pazienti (Waddington et al., 2024). Nonostante i significativi progressi nella diagnosi e nel trattamento di questi tumori, il percorso dei pazienti rimane profondamente segnato da un notevole carico psicologico che si manifesta in ogni fase del processo, dalla diagnosi, al trattamento, fino alla remissione o alle cure di fine vita (Buciuc et al., 2025).

Il cancro ematologico è da sempre associato a disperazione, dolore, paura e, infine, morte. Per la maggior parte dei pazienti, i problemi universali che si trovano ad affrontare possono essere riassunti in quelli che sono state definite le sei “D”, ovvero: *death* (morte); *dependency* (dipendenza) da famiglia, coniuge e medico, in contrasto con il bisogno di indipendenza; *disfigurement* (sfiguramento) e cambiamenti nell’aspetto fisico e nell’immagine di sé, che talvolta comportano perdita o alterazioni della funzione sessuale; *disability* (disabilità) che interferisce con il raggiungimento di compiti adeguati all’età nelle attività lavorative, scolastiche o ricreative; *disruption* (disgregazione) delle relazioni interpersonali; e infine *discomfort* (disagio e dolore) nelle fasi avanzate della malattia (Lesko & Holland, 1988). A ciò si aggiunge un rischio elevato di sviluppare disturbi psicologici clinicamente significativi. Infatti, le caratteristiche specifiche dei tumori del sangue - tra cui l’imprevedibilità del decorso, la necessità di ricoveri prolungati e l’impiego di procedure invasive - rendono i pazienti particolarmente vulnerabili ad ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e disturbi dell’adattamento. Numerose ricerche hanno evidenziato che i pazienti con tumori ematologici presentano livelli di ansia e depressione significativamente più elevati rispetto sia ai pazienti con tumori solidi sia alla popolazione generale (Papathanasiou et al., 2020; Waddington et al., 2024; Ranasingha, 2024). In particolare, il PTSD presenta tassi di prevalenza che oscillano tra il 15% al 35% (Buciuc et al., 2025). Tali condizioni psicologiche non solo peggiorano la qualità di vita, ma possono compromettere l’aderenza terapeutica, aumentare la percezione del dolore, prolungare i ricoveri e incidere negativamente sulla sopravvivenza (McFarland & Holland, 2016). In questo contesto, la qualità della vita risulta gravemente compromessa. La revisione condotta da Allart-Vorelli et al. (2015), ha evidenziato che i pazienti con neoplasie ematologiche presentano una qualità della vita inferiore rispetto alla popolazione generale, soprattutto nelle dimensioni fisica, psicologica, emotiva e sociale. Oltre ad alti livelli di affaticamento e dolore - sintomi tipici di queste patologie - spesso emergono anche deficit cognitivi, come difficoltà di memoria e di attenzione, ansia e depressione accentuate, riduzione dell’attività sessuale, associata a un’immagine corporea negativa. Le relazioni familiari, sebbene in alcuni casi possano rafforzarsi, sono frequentemente caratterizzate da stress, incertezza e paura, mentre i rapporti amicali tendono talvolta a interrompersi. A tutto ciò si aggiungono difficoltà lavorative e problemi economici, spesso conseguenza diretta delle limitazioni imposte dalla malattia. Inoltre, il fatto che alcuni tumori ematologici, come il mieloma, siano incurabili, aggiunge un ulteriore livello di sofferenza psicologica. La consapevolezza della propria condizione non curabile può intensificare ansia e depressione, alimentando sentimenti di disperazione (Ranasingha, 2024).

Una condizione particolarmente delicata è quella dei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche (TCSE). Questi pazienti presentano un’elevata prevalenza di disagio psicologico e comorbidità psichiatriche, che possono influire negativamente sul recupero, sulla funzionalità e sugli esiti

di salute, inclusi la mortalità e un maggiore rischio di malattia del trapianto contro l'ospite (GvHD). Nel corso delle diverse fasi del trapianto, i pazienti possono manifestare ansia, apprensione e nervosismo tali da compromettere l'aderenza al trattamento e alle cure successive. In alcuni casi, l'esperienza del TCSE è percepita come traumatica, tanto da scatenare un disturbo post-traumatico da stress (PTSD), con una prevalenza stimata intorno al 20%. I pazienti possono rivivere l'esperienza della malattia attraverso incubi, flashback e pensieri intrusivi legati al trapianto. Sono inoltre frequenti i disturbi del sonno, riportati da oltre la metà dei pazienti prima della procedura e da una percentuale fino all'82% durante la degenza, spesso aggravati da regimi chemioterapici e dall'uso di glucocorticoidi. Infine, la depressione può manifestarsi non solo durante il ricovero, ma anche a distanza di anni dal trapianto, con un incremento della prevalenza fino a cinque anni dopo. In sintesi, nonostante il TCSE rappresenti un trattamento salvavita per molte neoplasie ematologiche, esso comporta un notevole impatto psicologico che interessa l'intero percorso di cura e il periodo post-trapianto (Amonoo et al., 2019). A rendere ancora più complesso questo percorso, contribuisce il periodo di isolamento a cui i pazienti devono sottoporsi (Annibali et al., 2017).

Una revisione condotta da Lee & Halliday (2025), ha esaminato cinque studi focalizzati sull'impatto psicologico dell'isolamento protettivo nei pazienti sottoposti a TCSE. Sebbene tale misura sia fondamentale per prevenire le infezioni, l'intensità delle condizioni di isolamento in combinazione ai trattamenti intensivi, possono avere effetti significativi sul benessere mentale. Dai risultati emerge che i pazienti sperimentano una sensazione di disconnessione dagli altri, accompagnata da solitudine e alienazione. Il lungo periodo in isolamento favorisce momenti di profonda riflessione sulla malattia, sul rischio di recidiva e sulla morte, generando paura e incertezza. Molti pazienti sperimentano, inoltre, una perdita di controllo e di identità legate alla perdita di indipendenza e alle difficoltà cognitive dovute al trattamento, come aprossia e perdita di memoria. Infine, tutti gli studi hanno evidenziato la presenza di stati emotivi negativi, come ansia, depressione e senso di colpa legato all'impatto che la loro malattia e il relativo trattamento hanno sulla loro famiglia.

Infine, anche dopo la fine dei trattamenti, la possibilità di recidiva e di sviluppo di metastasi rappresenta ancora una preoccupazione significativa per la sopravvivenza dei pazienti oncologici. Tra le reazioni più comuni nella fase post-trattamento emerge la cosiddetta paura della recidiva del cancro (*Fear of Cancer Recurrence*, FCR), definita come paura o preoccupazione per il ritorno o la progressione del cancro, caratterizzata da alti livelli di preoccupazione, ruminazione o pensieri intrusivi; strategie di coping disfunzionali; compromissioni funzionali nella vita quotidiana, come il lavoro e le relazioni sociali; disagio emotivo intenso; difficoltà di pianificare il futuro (Lebel et al., 2016). Infatti, se da un lato, bassi livelli di questa paura possono essere considerati una normale reazione emotiva, aumentando la vigilanza verso potenziali recidive o metastasi del cancro e promuovendo scelte di vita più salutari, dall'altro, livelli

elevati possono generare confusione riguardo la propria condizione di salute e il proprio futuro (Yuyan et al., 2025). Questa intensa paura può amplificare la percezione dei sintomi e contribuire all'insorgenza di significativi problemi di salute mentale, come il disturbo da sintomi somatici o il disturbo post traumatico da stress. Inoltre, numerosi studi hanno dimostrato che la paura della recidiva è associata ad ansia, depressione, disturbi del sonno, riduzione della qualità di vita e compromissione delle funzioni fisiche (Podina, Todea & Fodor, 2023; Yuyan et al., 2025).

Alla luce di queste evidenze, emerge con chiarezza la necessità di integrare interventi psicoterapici strutturati all'interno dei percorsi di cura oncoematologici, in grado di rispondere in modo flessibile e continuativo ai bisogni dei pazienti nelle diverse fasi della malattia. Un adeguato supporto psicologico rappresenta quindi una componente fondamentale della presa in carico globale della persona, orientata non solo alla sopravvivenza, ma anche alla promozione del benessere psicologico e di una qualità di vita soddisfacente, nonostante la malattia.

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Origini e sviluppo dell'ACT

L'evoluzione della terapia cognitivo-comportamentale si sviluppa attraverso tre principali generazioni. La prima generazione, radicata nel paradigma comportamentale, nasce tra gli anni '50 e '60, con l'obiettivo di modificare il comportamento osservabile attraverso tecniche di apprendimento come il condizionamento classico e operante, l'esposizione e il rinforzo. La seconda generazione invece si sviluppa a partire dagli anni '70 e integra la dimensione cognitiva, spostando l'attenzione sui pensieri, le credenze e le distorsioni cognitive che influenzano emozioni e comportamenti; l'intervento si concentra così sulla ristrutturazione cognitiva, volta a individuare e modificare i pensieri disfunzionali. Dagli anni '90 emerge infine la terza generazione o terza "onda". In questa fase si sviluppano approcci che condividono l'obiettivo di modificare il modo in cui le persone si relazionano ai propri pensieri ed emozioni, piuttosto che intervenire direttamente sul loro contenuto, frequenza e forma, ponendo l'enfasi sull'accettazione degli stati interni, sulla *mindfulness* e sui valori personali (Hayes et al., 2006). L'attenzione non è più rivolta principalmente all'eliminazione della sintomatologia, ma alla coltivazione di un repertorio di risposte ampio, flessibile, adattivo (Nogueira, Nascimento & Krupskyi, 2025). Alla terza onda appartengono interventi quali: la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT; Linehan, 1993); la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal, Williams, Teasdale, 2002); la *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991); la *Integrative Behavioral Couples Therapy* (IBCT; Christensen & Jacobson, 1995); gli Approcci metacognitivi (MT; Wells, 2009); l'*Acceptance and*

Commitment Therapy (ACT, si pronuncia come unica parola, “act” e, non con l’acronimo “A.C.T.”; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

L’ACT considera il linguaggio/pensiero come una delle principali cause della sofferenza umana e mira ad aiutare il paziente a riportare linguaggio e pensiero sotto un controllo contestuale funzionale (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). L’ACT, infatti, affonda le sue radici in una teoria del linguaggio e della cognizione nota come *Relational Frame Theory* (RFT), la quale spiega come i pensieri finiscano per acquisire un significato letterale che influenza le emozioni e i comportamenti, solo perché si è venuto a stabilire nel tempo una relazione arbitraria tra eventi (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). L’ACT e la RFT derivano dalla tradizione filosofica del contestualismo funzionale, secondo cui i comportamenti non possono essere analizzati separatamente dal contesto in cui si verificano. Un comportamento ha una funzione specifica all’interno del contesto in cui si verifica (Hayes, 2004). Pertanto, pensieri, emozioni e comportamenti non sono considerati disfunzionali o patologici di per sé, ma lo diventano in relazione al contesto (Hayes et al., 2006). Secondo l’ACT, il dolore psicologico è normale, ma si trasforma in sofferenza a causa del rapporto che si ha con quel dolore, postulando che i tentativi di controllare o sfuggire alle esperienze interiori come emozioni, pensieri e sensazioni corporee dolorose diventano ostacoli al raggiungimento degli obiettivi di vita a lungo termine che si ritengono importanti (Yavuz & Ulusoy, 2025).

Alla base dell’ACT vi è il modello di flessibilità psicologica, che rappresenta il fulcro del funzionamento psicologico sano e costituisce l’obiettivo principale dell’intervento terapeutico.

Il modello di flessibilità psicologica

Nella prospettiva ACT l’inflessibilità psicologica è alla base della sofferenza e del suo mantenimento ed è caratterizzata da sei processi patologici interconnessi: fusione cognitiva; evitamento esperienziale; attenzione inflessibile; attaccamento al sé contestualizzato; mancanza di contatto con i valori; inazione, impulsività o persistenza evitante (Barcaccia, 2019). Due di questi processi, la fusione cognitiva e l’evitamento esperienziale, risultano particolarmente pervasivi e influenzano in modo significativo gli altri quattro processi di inflessibilità psicologica, contribuendo sia all’insorgenza che al mantenimento della sofferenza umana (Rossi, 2022).

La fusione cognitiva è un processo attraverso cui pensieri, immagini, ricordi, sensazioni, assumono un’influenza predominante sulla regolazione del comportamento. In questa condizione, i pensieri vengono percepiti e trattati come fatti oggettivi, verità assolute, piuttosto che come semplici eventi mentali. Quando una persona agisce guidata esclusivamente dai contenuti dei propri pensieri, senza tenere conto del contesto, la sua flessibilità comportamentale si riduce. Questo può ostacolare la capacità di compiere azioni in linea con i propri valori (Luoma, Hayes & Walser, 2017), favorendo l’evitamento esperienziale.

Quest'ultimo è la tendenza a evitare esperienze interne difficili, cercando di modificarne la frequenza, l'intensità o la forma, anche quando questi tentativi risultano dannosi. L'evitamento può manifestarsi in vari modi, ad esempio attraverso la soppressione dei pensieri, la distrazione, il cibo, l'alcol o altre sostanze, il sonno e l'allontanamento da situazioni difficili. Pur riducendo temporaneamente il disagio, a lungo termine aumenta la presenza di esperienze indesiderate e riduce il tempo e l'energia dedicati ad aspetti della vita significativi e gratificanti (Luoma, Hayes & Walser, 2017). L'obiettivo dell'ACT è quindi quello di incrementare la flessibilità psicologica, cioè la capacità di entrare pienamente in contatto con il momento presente, come esseri umani consapevoli, e di persistere o modificare un comportamento in funzione dei valori scelti (Hayes et al., 2006). La flessibilità psicologica si sviluppa attraverso sei processi fondamentali dell'ACT, che costituiscono i pilastri del trattamento, rappresentati graficamente nel cosiddetto "esagono della flessibilità" (*Hexaflex*) (**Figura 1**): accettazione, defusione, contatto con il momento presente, sé-come-contesto, valori e azione impegnata (Barcaccia, 2019).

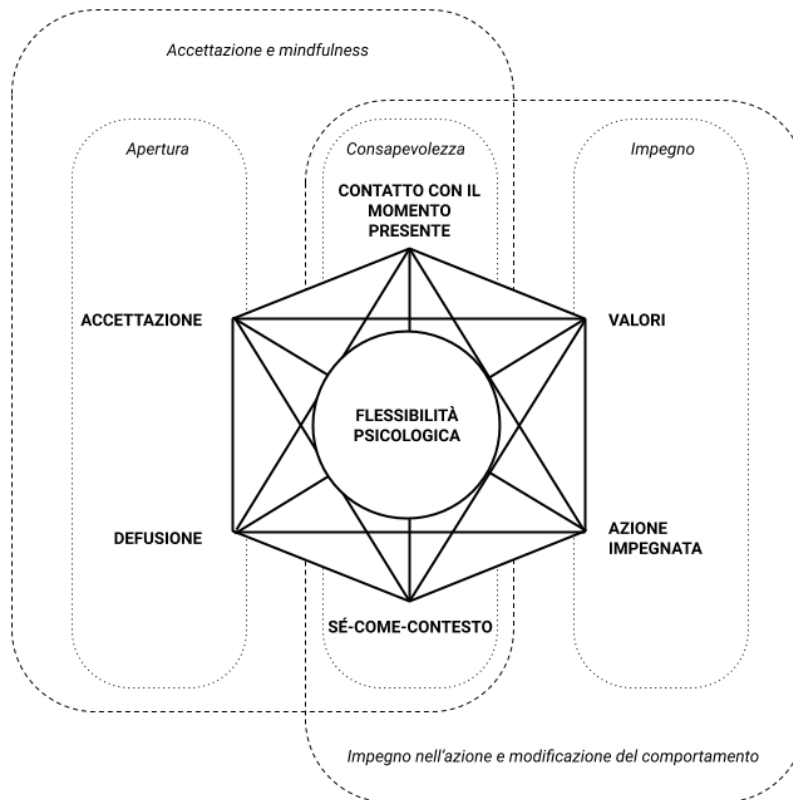


Figura 1: l'esagono della flessibilità psicologica (*Hexaflex*) (<https://www.act-italia.org/acceptance-commitment-therapy/>).

Accettazione: l'ACT introduce l'accettazione come alternativa all'evitamento esperienziale. Non è sinonimo di rassegnazione o di sopportazione, ma è un atteggiamento intenzionale, attivo e consapevole di apertura agli eventi psicologici indesiderati, spiacevoli e dolorosi (pensieri, immagini, emozioni) che sono

al di fuori della possibilità di controllo, senza inutili tentativi di modificarne la frequenza o la forma (Barcaccia, 2019; Rossi, 2022). L'accettazione è promossa come metodo per accrescere l'azione basata sui valori (Hayes et al., 2006).

Defusione: è un neologismo introdotto nell'ambito dell'ACT, che indica la capacità di riconoscere e osservare i pensieri per quello che sono realmente, ovvero contenuti verbali della mente, presenti qui e ora, al fine di diventare "osservatori" degli stessi (Barcaccia, 2012). L'obiettivo non è modificare o eliminare i contenuti dei pensieri disfunzionali, i quali continueranno ad essere presenti nella mente della persona, ma ridurre l'impatto che essi esercitano sul suo comportamento e sul suo benessere. In tal senso, si lavora per modificare il modo in cui la persona si relaziona ai propri pensieri, permettendole di osservarli con maggiore distacco e senza lasciarsi guidare automaticamente da essi (Rossi, 2022).

Contatto con il momento presente: si riferisce alla capacità di vivere in maniera flessibile nel qui e ora, coltivando la capacità di orientare volontariamente l'attenzione in modo fluido e adattivo, e di essere pienamente presenti rispetto a ciò che accade, momento per momento (Rossi, 2022). Promuovendo un contatto continuo e non giudicante con gli eventi psicologici e ambientali, nell'ACT, il contatto con il momento presente, contribuisce ad aumentare la flessibilità psicologica, al fine di facilitare l'adozione di comportamenti in linea con i propri valori (Hayes et al., 2006).

Sé-come-contesto: o sé che osserva, è la prospettiva stabile e costante da cui viviamo ogni esperienza. È il sé da cui le esperienze interne possono essere osservate dalla prospettiva io/qui/ora, senza rimanere intrappolati nel loro contenuto (Yavuz & Ulusoy, 2025). Da questa prospettiva di "pura consapevolezza" diventano possibili processi quali accettazione, defusione, contatto con il momento presente e azione impegnata orientata ai propri valori (Rossi, 2022).

Valori: sono "qualità globali dell'agire continuativo", azioni scelte momento per momento sulla base del contesto (Rossi, 2022). Aiutano gli individui a individuare la via per una vita ricca e significativa e orientano le loro azioni mentre si muovono in quella direzione. Indicano ciò per cui si vuole vivere e il tipo di persone che si vuole essere (Yavuz & Ulusay, 2025). Valori e obiettivi non coincidono: un valore rappresenta una direzione verso cui si desidera procedere in modo continuo, un processo senza un definitivo punto di arrivo. Un obiettivo, al contrario, è un risultato desiderato che può essere raggiunto o portato a termine (Harris, 2011).

Azione impegnata: è un processo momento dopo momento, in continua evoluzione, fondato sull'agire in modo coerente con i propri valori e orientato alla costruzione di schemi di comportamento efficaci. Si manifesta nel qui e ora; rappresenta una scelta intenzionale guidata da una direzione personale. È un agire flessibile, capace di adattarsi agli eventi, alle circostanze, alle situazioni che si presentano di volta in volta, persistendo nel proprio comportamento o cambiandolo (Rossi, 2022).

Questi sei principi fondamentali possono essere efficacemente riassunti nella seguente formula ACT (Harris, 2011):

- A= Accetta i tuoi pensieri e le tue emozioni e sii presente
- C= Connettiti con i tuoi valori
- T= Traduci i tuoi valori in azioni efficaci.

Come è possibile notare dalla figura 1, i sei processi che costituiscono la flessibilità psicologica sono profondamente connessi tra loro e possono essere raggruppati in due categorie principali: processi di accettazione e *mindfulness*, i quali comprendono accettazione, defusione, contatto con il momento presente, sé-come-contesto; processi di impegno nell'azione e modificazione del comportamento, comprendenti contatto con il momento presente, sé-come contesto, valori e azione impegnata. Le due categorie includono entrambe i processi di contatto con il momento presente e sé-come-contesto, poiché ogni esperienza psicologica consapevole dell'uomo avviene nel qui e ora (Rossi, 2022; Hayes, et al., 2006). Inoltre, i sei processi di flessibilità psicologica possono essere raggruppati in tre pilastri fondamentali della flessibilità psicologica: apertura (accettazione, defusione); consapevolezza (contatto con il momento presente, sé-come-contesto); impegno (valori, azione impegnata) (Flashler et al., 2017).

Tecniche e applicazioni cliniche dell'ACT

I sei processi fondamentali dell'*Acceptance and Commitment Therapy* non costituiscono un insieme rigido di tecniche da applicare secondo una sequenza prestabilita, ma rappresentano un sistema flessibile di interventi che può essere adattato e riorganizzato in funzione delle specifiche esigenze del paziente e del contesto clinico (Hayes & Pierson, 2006). Coerentemente con il suo orientamento *process-based*, l'ACT si caratterizza per l'impiego di ampio repertorio di strategie volte a ridurre l'impatto del linguaggio eccessivamente letterale e a favorire un contatto diretto, consapevole e non giudicante con l'esperienza presente (*ibidem*).

Tra le principali strategie cliniche utilizzate nell'ACT rientrano i paradossi funzionali, interventi che mirano a interrompere i tentativi disfunzionali di controllo delle esperienze interne, evidenziandone gli effetti paradossali. Attraverso tali strategie, il terapeuta guida il paziente a riconoscere come lo sforzo di evitare o sopprimere pensieri ed emozioni dolorose finisca spesso per intensificarli, favorendo lo sviluppo di un atteggiamento di maggiore apertura e disponibilità verso l'esperienza (Harris, 2011).

Un ruolo centrale è svolto dagli interventi esperienziali, costituiti da esercizi il cui obiettivo non è l'eliminazione delle emozioni o dei pensieri spiacevoli, ma lo sviluppo di una posizione di osservatore rispetto all'esperienza interna. Il paziente viene invitato a entrare in contatto con emozioni, sensazioni corporee e pensieri, notando ciò che accade momento per momento e osservando il fluire dell'esperienza

senza evitarla né esserne sopraffatto. Tali interventi favoriscono i processi di accettazione e di contatto con il momento presente, promuovendo una maggiore flessibilità psicologica.

L'ACT fa ampio uso del linguaggio figurato e metaforico, che consente di ampliare la prospettiva attraverso cui il paziente attribuisce significato alla propria esperienza. Le metafore permettono di creare nuove relazioni tra stati mentali ed eventi, favorendo risposte comportamentali più flessibili di fronte a situazioni emotivamente disturbanti. In questo modo, il linguaggio metaforico riduce la rigidità del pensiero letterale e facilita un cambiamento nel modo in cui la persona si relaziona ai propri contenuti mentali (Luoma, Hayes & Walser, 2017).

Le pratiche di *mindfulness* sono impiegate per favorire il contatto con il momento presente, il distanziamento dal contenuto letterale dei pensieri e lo sviluppo di una visione di sé più ampia e flessibile. Attraverso l'attenzione consapevole e non giudicante all'esperienza attuale, il paziente impara a osservare pensieri, emozioni e sensazioni corporee come eventi transitori, riducendo l'automatismo delle risposte disfunzionali e aumentando la capacità di scelta intenzionale (Luoma, Hayes & Walser, 2017).

Un'ulteriore strategia centrale è rappresentata dall'esposizione in vivo, che nell'ACT assume una funzione differente rispetto alla terapia cognitivo comportamentale tradizionale. Mentre in quest'ultima l'esposizione è finalizzata principalmente alla riduzione del disagio attraverso processi di estinzione o alla verifica delle credenze disfunzionali, nell'ACT l'esposizione ha lo scopo di allenare il paziente a rimanere in contatto con eventi privati temuti (pensieri, emozioni, sensazioni corporee) e a scegliere di agire in modo coerente con i propri valori, ampliando il repertorio comportamentale e riducendo l'evitamento esperienziale (Ruiz, 2012).

Il setting terapeutico rappresenta il contesto in cui il paziente viene guidato a entrare in relazione con le proprie esperienze interne in modo coerente con i propri valori. Nell'ACT, la relazione terapeutica riveste un ruolo centrale, in quanto costituisce lo spazio in cui possono essere modellati e sperimentati nuovi comportamenti più flessibili e funzionali. Attraverso la relazione, il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere le manifestazioni di fusione cognitiva ed evitamento esperienziale che emergono nel qui e ora della seduta e, a partire da esse, a esercitare e sviluppare processi di defusione, accettazione e contatto con il momento presente (Barcaccia, 2019).

Grazie a questa impostazione, l'ACT ha dimostrato efficacia in una vasta gamma di contesti clinici. Oltre al trattamento di disturbi d'ansia, dell'umore, dell'uso di sostanze e di condizioni psicopatologiche resistenti ai trattamenti tradizionali, l'approccio si è affermato anche nell'ambito della medicina comportamentale, trovando applicazione in numerose condizioni mediche croniche, quali il diabete, il dolore cronico e altre patologie a lungo decorso. In questi ambiti, l'ACT favorisce una riduzione del disagio psicologico, un miglioramento del funzionamento quotidiano e il sostegno a cambiamenti

comportamentali orientati alla salute, consentendo ai pazienti di vivere una vita significativa anche in presenza di sintomi persistenti (Fashler et al., 2017).

L'ACT in ambito oncoematologico

I processi di inflessibilità psicologica nei pazienti oncologici

Diversi studi hanno evidenziato una relazione significativa tra inflessibilità psicologica e peggiori esiti di benessere emotivo e qualità della vita. In particolare, García-Torres e colleghi (2025), in uno studio condotto su pazienti oncologici, hanno esaminato le relazioni tra ansia, depressione, flessibilità psicologica e qualità della vita, mostrando che livelli più elevati di inflessibilità psicologica risultano associati a maggiori sintomi di ansia e depressione e a una peggiore funzionalità globale. I risultati hanno inoltre evidenziato un ruolo di mediazione della flessibilità psicologica nella relazione tra benessere emotivo e diverse dimensioni della qualità della vita, suggerendo che l'impatto di ansia e depressione sul funzionamento dei pazienti sia in parte spiegato da modalità rigide e disfunzionali di gestione dell'esperienza interna.

All'interno del costrutto di inflessibilità psicologica, l'evitamento esperienziale emerge come uno dei processi maggiormente implicati nella sofferenza oncologica. Brown e colleghi (2020), in uno studio focalizzato su pazienti con dolore oncologico, hanno mostrato che livelli più elevati di evitamento esperienziale sono associati a una maggiore interferenza del dolore nella vita quotidiana, a un aumento del distress emotivo e a una riduzione dell'impegno in attività significative. Gli autori sottolineano come il tentativo di evitare o controllare esperienze interne spiacevoli, conduca paradossalmente a una maggiore compromissione del funzionamento e a un peggioramento della qualità della vita, nonostante l'intento di ridurre la sofferenza nel breve termine (Brown et al., 2020).

Lewson e colleghi (2020) hanno esaminato le associazioni tra i principali costrutti dell'ACT e la severità dei sintomi fisici e psicologici in un campione di sopravvissuti oncologici che avevano completato i trattamenti primari. Gli autori hanno identificato tre sottogruppi di pazienti caratterizzati da diversi livelli di sintomi comuni, quali affaticamento, disturbi del sonno, dolore, ansia e sintomi depressivi. I risultati hanno mostrato che i pazienti appartenenti ai gruppi con maggiore carico sintomatologico presentavano livelli significativamente più elevati di fusione cognitiva, inflessibilità psicologica e ostacoli all'azione valoriale, insieme a livelli più bassi di *mindfulness*, accettazione e impegno valoriale, rispetto ai pazienti con sintomatologia nella norma. Complessivamente, lo studio fornisce un supporto empirico al modello ACT, suggerendo che nei pazienti oncologici una maggiore inflessibilità psicologica è associata a un'esperienza sintomatologica più intensa e a un peggiore

adattamento psicologico, indipendentemente dalle caratteristiche cliniche della malattia (Lewson et al., 2021).

A supporto della rilevanza trasversale di questi processi, una recente revisione sistematica ha esaminato l'associazione tra i principali processi dell'ACT e il disagio psicologico nei pazienti oncologici. Fawson et al. (2024), analizzando complessivamente i dati disponibili, hanno rilevato che l'evitamento esperienziale e la fusione cognitiva sono associati a livelli più elevati di ansia, depressione e distress emotivo, mentre i processi di flessibilità psicologica come accettazione e contatto con il momento presente, risultano associati a migliori esiti di adattamento psicologico e qualità della vita. Gli autori evidenziano come tali processi rappresentino fattori transdiagnostici centrali nel cancro, indipendentemente dal tipo di tumore, dalla fase della malattia, dal genere e dall'età dei pazienti, suggerendo che il modo in cui i pazienti si relazionano ai propri pensieri, emozioni e sensazioni corporee sia determinante per il benessere psicologico (Fawson et al., 2024). Infine, lo studio di Kuba et al. (2019) ha esaminato la relazione tra accettazione, *fatigue* e deterioramento cognitivo soggettivo in un ampio campione di sopravvissuti a tumori ematologici, dimostrando che livelli più elevati di accettazione sono associati a livelli più bassi di *fatigue* e deterioramento cognitivo. Inoltre, l'accettazione risulta moderare la relazione tra gravità della *fatigue* e interferenza della stessa nella vita quotidiana, riducendone l'impatto funzionale (Kuba et al., 2019).

Questi risultati rafforzano il razionale teorico dell'ACT in oncologia, indicando che interventi mirati a ridurre l'evitamento esperienziale e la fusione cognitiva e a promuovere la flessibilità psicologica possono essere particolarmente indicati in questa popolazione di pazienti.

Studi di efficacia dell'ACT in pazienti oncoematologici

Negli ultimi anni, prove sempre più numerose supportano l'ACT come terapia efficace e facilmente applicabile per i soggetti a cui è stato diagnosticato un cancro, sia durante la diagnosi e il trattamento, sia durante l'adattamento post trattamento (Yavuz & Ulusoy, 2025).

Due metanalisi hanno valutato l'efficacia dell'ACT sugli esiti psicologici nei pazienti con cancro. La revisione di Li e colleghi (2021) ha incluso 17 *trial* randomizzati controllati per un totale di 877 pazienti, mentre quella di Salari et al. (2023) ha incluso 15 studi per un totale di 965 pazienti. In entrambe le metanalisi, l'ACT risulta associata a una riduzione significativa dei livelli di ansia e depressione rispetto alle condizioni di controllo al termine del trattamento, con effetti che in molti studi risultano mantenuti anche nel *follow-up*. In particolare, Li et al. riportano una riduzione significativa del distress psicologico, nonché un miglioramento della qualità di vita e della flessibilità psicologica nei pazienti trattati con ACT. Salari e colleghi evidenziano una diminuzione dei punteggi medi di ansia e depressione in tutti gli studi inclusi, con effetti statisticamente significativi nella maggior parte dei lavori analizzati.

Risultati in parte sovrapponibili emergono dalla metanalisi di Jiang e colleghi (2024), che ha incluso 16 *trial* randomizzati controllati per un totale di 711 partecipanti con diversi tipi di cancro, tra cui neoplasie ematologiche. Gli autori riportano che l'ACT è associata a miglioramenti significativi dei livelli di ansia e depressione rispetto alle condizioni di controllo, sia al post-intervento sia nei *follow-up*.

In una revisione sistematica con metanalisi del 2025, è stata valutata l'efficacia dell'ACT nella riduzione della paura della recidiva (*Fear of Cancer Recurrence*, FCR) nei sopravvissuti al cancro. Sono stati inclusi 11 studi, pubblicati tra il 2017 e il 2024, per un totale di 1093 partecipanti. Gli interventi ACT avevano una durata media di circa quattro settimane, con *follow-up* fino a sei mesi. I risultati della metanalisi, condotta con modelli a effetti casuali, indicano che l'ACT è associata a una riduzione significativa della FCR rispetto alle condizioni di controllo al termine dell'intervento e che tale effetto è mantenuto anche nei *follow-up* a tre e a sei mesi. Inoltre, le analisi secondarie mostrano una riduzione significativa dell'evitamento esperienziale e dei livelli di ansia nei pazienti che hanno ricevuto l'intervento ACT (Yuyan et al., 2025).

Lo studio di Zakizadeh, Tajali & Sharifi del 2025 ha indagato l'efficacia dell'ACT sull'autoefficacia nell'affrontare il cancro in pazienti affetti da leucemia. La ricerca ha utilizzato un disegno quasi sperimentale con misurazioni *pre-test*, *post-test* e *follow-up*, includendo un gruppo sperimentale e uno di controllo. Il campione era composto da un totale di 30 pazienti ambulatoriali. Il gruppo sperimentale ha partecipato a un intervento di ACT strutturato in otto sessioni di 90 minuti, mentre il gruppo di controllo non ha ricevuto alcun intervento psicologico. I risultati mostrano che, rispetto al gruppo di controllo, i pazienti del gruppo sperimentale hanno riportato un aumento significativo dell'autoefficacia valutata mediante il *Cancer Behavior Inventory* (CBI), nelle sue diverse dimensioni, tra cui il mantenimento dell'attività e dell'indipendenza, la gestione degli effetti collaterali del trattamento, l'accettazione della malattia, la ricerca e la comprensione di informazioni mediche, la regolazione emotiva, la ricerca di supporto e la gestione dello stress. Tali miglioramenti risultano mantenuti anche al *follow-up* a tre mesi (Zakizadeh, Tajali & Sharifi, 2025).

Uno studio recente di Merwin e colleghi (2025), aveva come obiettivo quello di valutare l'accettabilità e la fattibilità di un intervento ACT rivolto a pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche e ai loro *caregiver*. L'intervento è stato sviluppato con l'obiettivo di ottimizzare gli esiti del trapianto, sostenendo i pazienti nel mantenimento di comportamenti salutari raccomandati, in particolare alimentazione e attività fisica, nonostante il disagio fisico ed emotivo associato al trattamento. Il protocollo di intervento, denominato *ACTivate*, consisteva in sei sessioni congiunte di ACT da 45-60 minuti, erogate tra 30 giorni prima del trapianto e 90 giorni dopo il trapianto (**Tabella 1**). Le sessioni miravano ad incrementare la flessibilità psicologica attraverso i sei processi ACT, in modo che pazienti e *caregiver* fossero in grado di mantenere le raccomandazioni mediche. Delle sedici diadi reclutate

inizialmente, dodici hanno proseguito e completato il trattamento e il 75% ha completato tutte e sei le sessioni. La maggior parte dei pazienti ha mostrato una riduzione dell'interferenza di pensieri ed emozioni con l'agire in linea con i propri valori, indicativa di un aumento della flessibilità psicologica. Inoltre, la maggioranza dei pazienti ha mantenuto o migliorato la distanza percorsa al test del cammino dei 6 minuti a 30 e/o 90 giorni post trapianto. I cambiamenti di peso corporeo sono risultati variabili, con una perdita di peso nella maggioranza dei pazienti a 90 giorni. Nel complesso gli autori concludono che l'intervento *ACTivate* risulta fattibile e accettabile in questa popolazione di pazienti e *caregiver* e fornisce segnali preliminari di potenziale utilità, sottolineando tuttavia la necessità di studi successivi randomizzati e controllati per valutare l'efficacia dell'intervento (Merwin et al., 2025).

	Attività	Descrizione
Sessione 1 –30 giorni (30 giorni prima del trapianto)	Introduzione; obiettivi e struttura del programma	Presentazione dello psicologo e dell'obiettivo del programma: aumentare la flessibilità psicologica, intesa come la capacità di agire in modo flessibile in presenza di pensieri ed emozioni difficili, al servizio di esiti ottimali del trapianto.
	La “stella polare” (identificazione dei valori personali)	Chiarificazione dei valori personali del paziente e del <i>caregiver</i> , che possono guidare le azioni nei momenti di difficoltà.
	La sfida e il “dono” di un piano di trattamento in evoluzione	Discussione della natura dinamica e incerta del percorso terapeutico attraverso la metafora del viaggio, favorendo l'apertura all'incertezza del processo di trapianto e agli imprevisti.
	Il ruolo del paziente / Il ruolo del <i>caregiver</i>	Identificazione dei ruoli del paziente e del <i>caregiver</i> e dell'importanza di alimentazione e attività fisica anche in presenza di disagio, pensieri ed emozioni spiacevoli legati agli esiti del trapianto.
	Compito a casa: scrittura sui valori personali	Invito a proseguire l'esplorazione dei valori personali attraverso la scrittura.
Sessione 2 –30 a –15 giorni (30–15 giorni prima del trapianto)	Riconoscere pensieri ed emozioni	Identificazione dei pensieri e delle emozioni difficili del paziente e del <i>caregiver</i> legati alla malattia o al trattamento.
	Metafora dei “passeggeri sull'autobus”	Utilizzo della metafora per favorire l'apertura a pensieri ed emozioni come “passeggeri” che possono presentarsi, piuttosto che come “guidatori” del comportamento; rafforzamento della prospettiva di sé come osservatore.
	Definizione di un obiettivo SMART	Definizione di un obiettivo specifico, misurabile, orientato all'azione, realistico e temporalmente definito per migliorare o mantenere alimentazione e attività fisica durante condizionamento, trapianto e periodo post-trapianto.
	Compito a casa: esercizio	Consolidamento dei concetti e pratica dell'obiettivo

	“passeggeri sull’autobus” e obiettivo SMART	SMART, in linea con i valori personali.
Sessione 3 –15 a 0 giorni (15–0 giorni prima del trapianto)	Le cose che non puoi controllare	Discussione su quando il controllo intenzionale è utile (es. controllo del comportamento) e quando non lo è (pensieri ed emozioni), riconoscendo i limiti del controllo in questa fase.
	Sollievo a breve termine e costi a lungo termine	Esplorazione di comportamenti che riducono il disagio nel breve termine ma risultano disfunzionali nel lungo periodo o in conflitto con i valori personali.
	Metafora degli “ospiti in casa”	Utilizzo della metafora per favorire l’accoglienza delle emozioni spiacevoli e un comportamento flessibile orientato ai valori.
	Sganciarsi dai pensieri disfunzionali	Identificazione dei “ganci” cognitivi e pratica dello sganciamento, osservando i pensieri come eventi mentali.
	L’attenzione come riflettore	Sviluppo di un’attenzione ampia e flessibile, riducendo ipervigilanza, evitamento o attenzione ristretta.
	Compito a casa: pratica dello sganciamento	Applicazione delle strategie apprese e prosecuzione del lavoro sugli obiettivi SMART.
Sessione 4 0 a +15 giorni (0–15 giorni dopo il trapianto)	Essere dove si è e consapevolezza del momento presente	Utilizzo della metafora del viaggio nel tempo ed esercizi di <i>mindfulness</i> (es. respirazione consapevole) per favorire la presenza mentale al servizio degli obiettivi valoriali.
	Fare la prossima cosa giusta	Introduzione dei punti di scelta ed esplorazione di azioni coerenti con i valori nel momento presente, orientate al processo piuttosto che al risultato.
	Quando la mente è piena, diventare <i>mindful</i>	Esercizi per discriminare una mente “piena” da una consapevolezza <i>mindful</i> dell’esperienza attuale.
	Compito a casa: esercizi di consapevolezza	Pratica delle strategie di <i>mindfulness</i> e prosecuzione degli obiettivi SMART.
Sessione 5 +15 a +45 giorni (15–45 giorni dopo il trapianto)	Vivere i propri valori	Ripresa dei valori personali e discussione su come incarnarli nella quotidianità con auto-compassione.
	Anticipare i “ganci” e restare sulla rotta	Identificazione di pensieri ed emozioni difficili presenti o futuri e strategie per rimanere orientati ai valori.
	Compito a casa: intenzione valoriale	Applicazione continuativa delle strategie ACT e degli obiettivi SMART.
Sessione 6 +45 a +90 giorni (45–90 giorni dopo il trapianto)	Vivere con intenzione	Riflessione sul vivere quotidiano con intenzionalità, nonostante limitazioni fisiche, tempi di recupero o complicanze.
	Dare significato	Esplorazione del significato dell’esperienza del trapianto, dei cambiamenti e delle continuità, utilizzando i valori come guida.
	Compito a casa:	Consolidamento di pattern comportamentali coerenti con

	attivazione comportamentale guidata dai valori	i valori personali.
--	--	---------------------

Tabella 1: struttura del protocollo *ACTivate* per pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche (TCSE), adattata da Merwin et al. (2025).

Considerazioni cliniche e prospettive future

Nell'affrontare le problematiche legate al cancro, l'ACT, si configura come un approccio particolarmente adatto all'applicazione clinica in ambito oncologico (Yavuz & Ulusoy, 2025).

Infatti, affinché un intervento psicoterapeutico possa essere applicato in modo ampio ai pazienti oncologici, è essenziale che si basi su solide evidenze scientifiche e dimostri un adeguato rapporto costo-efficacia, oltre a un impiego efficiente delle risorse disponibili. Inoltre, l'approccio terapeutico dovrebbe possedere alcune caratteristiche fondamentali. In primo luogo, dovrebbe essere di tipo globale, prendendo in considerazione non solo i vissuti psicologici, ma anche i sintomi fisici che possono emergere durante il percorso oncologico, quali ad esempio il dolore, la stanchezza o la nausea. In secondo luogo, dovrebbe consentire una personalizzazione del trattamento, poiché le difficoltà affrontate dai pazienti possono modificarsi nelle diverse fasi della malattia e differire significativamente da persona a persona. È inoltre importante che l'intervento adotti un approccio transdiagnostico, evitando l'utilizzo di protocolli distinti per ogni singolo problema, alla luce dell'ampia varietà delle manifestazioni psicologiche e dell'elevata comorbidità che caratterizza questi pazienti. Un ulteriore requisito riguarda la flessibilità dell'approccio, che dovrebbe poter essere applicato in qualsiasi momento del percorso di cura, al fine di soddisfare le esigenze di questa popolazione. Infine, risulta fondamentale mantenere una visione integrata della persona, che non riduca il paziente alla malattia oncologica o ai sintomi, ma che miri a migliorare la qualità della vita in tutte le sue dimensioni. In questo contesto, l'ACT rappresenta un approccio di tipo olistico che risponde in larga misura a tali requisiti, offrendo un modello teorico-clinico valido per affrontare le problematiche psicologiche associate al cancro (Yavuz & Ulusoy, 2025; Dindo, Van Liew & Arch, 2017).

La letteratura disponibile suggerisce che l'ACT rappresenti un intervento psicoterapeutico promettente per i pazienti oncologici, inclusi quelli affetti da neoplasie ematologiche, in particolare per quanto riguarda la riduzione del disagio psicologico e il potenziamento di risorse adattive, quali la flessibilità psicologica. Le evidenze più solide in merito derivano dalle metanalisi e revisioni sistematiche condotte su campioni oncologici eterogenei, illustrate precedentemente, che documentano effetti significativi dell'ACT su ansia, depressione, distress psicologico, miglioramento dell'autoefficacia e paura della recidiva.

Dal punto di vista clinico, tali risultati suggeriscono che l'ACT possa costituire un approccio utile nei percorsi di cura rivolti ai pazienti oncoematologici, in quanto orientato a promuovere un atteggiamento di

apertura verso l'esperienza di malattia e a sostenere l'impegno in azioni coerenti con i propri valori, anche in presenza di sintomi fisici e psicologici.

Tuttavia, per quanto riguarda la popolazione oncoematologica nello specifico, le evidenze risultano ancora limitate. La maggior parte degli studi inclusi nelle metanalisi non analizza separatamente i pazienti con neoplasie ematologiche, rendendo difficile trarre conclusioni definite sull'efficacia dell'ACT in questo sottogruppo clinico. Questi lavori forniscono, comunque, importanti indicazioni preliminari sull'utilità dell'ACT e sulla sua buona accettabilità anche in contesti clinici complessi, come il trapianto di cellule staminali emopoietiche. In particolare, le evidenze mostrano un'associazione significativa tra accettazione e migliori esiti di adattamento psicologico, quali minori livelli di fatica e di compromissione cognitiva soggettiva, supportando il ruolo dell'accettazione come processo clinicamente rilevante in questa popolazione.

Alla luce di tali considerazioni, appare necessario promuovere ulteriori studi sperimentali, in particolare *trial* randomizzati controllati, focalizzati specificatamente su pazienti oncoematologici. Dal punto di vista clinico, risulta inoltre rilevante approfondire il ruolo dei processi centrali dell'ACT, al fine di chiarire i meccanismi di cambiamento dell'intervento e di sviluppare programmi terapeutici sempre più mirati a soddisfare le esigenze di questa popolazione di pazienti. Tali sviluppi potrebbero contribuire a una maggiore integrazione dell'ACT nei percorsi di cura in ambito oncoematologico.

Bibliografia

- Abduh, M. S. (2024). An overview of multiple myeloma: A monoclonal plasma cell malignancy's diagnosis, management, and treatment modalities. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 31(2), 103920.
- Allart-Vorelli, P., Porro, B., Baguet, F., Michel, A., & Cousson-Gélie, F. (2015). Haematological cancer and quality of life: a systematic literature review. *Blood cancer journal*, 5(4), e305-e305.
- Amjad, M. T., Chidharla, A., & Kasi, A. (2023). Cancer Chemotherapy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Amonoo, H. L., Massey, C. N., Freedman, M. E., El-Jawahri, A., Vitagliano, H. L., Pirl, W. F., & Huffman, J. C. (2019). Psychological considerations in hematopoietic stem cell transplantation. *Psychosomatics*, 60(4), 331-342.
- Annibali, O., Pensieri, C., Tomarchio, V., Biagioli, V., Pennacchini, M., Tendas, A., ... & Tirindelli, M. C. (2017). Protective isolation for patients with haematological malignancies: a pilot study investigating patients' distress and use of time. *International journal of hematology-oncology and stem cell research*, 11(4), 313.

- Barcaccia, B. (2012). IL PROCESSO DI DEFUSIONE NELLA TERAPIA DELL'ACCETTAZIONE E DELL'IMPEGNO (ACT). *Cognitivismo clinico*, 9(2).
- Barcaccia, B. (2019). The process of acceptance in Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Rassegna di psicologia*, 36(1), 85-96.
- Bazin, A., & Popradi, G. (2019). A general practitioner's guide to hematopoietic stem-cell transplantation. *Current Oncology*, 26(3), 187.
- Brown, S. L., Roush, J. F., Marshall, A. J., Jones, C., & Key, C. (2020). The intervening roles of psychological inflexibility and functional impairment in the relation between cancer-related pain and psychological distress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(1), 100-107.
- Buciu, A. G., Espinel, Z., Weber, M., Tran, S., & Rueda-Lara, M. (2025). Post-Traumatic Stress and Stressor-Related Disorders in Hematological Malignancies: a Review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(17), 6132.
- Chennamadhavuni, A., Iyengar, V., Mukkamalla, S. K. R., & Shimanovsky, A. (2023). Leukemia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*, 6, 31-64.
- Costantini, A., Levenson, J. A., & Bersani, F. S. (2014). La crisi della scoperta. In M. Biondi, A. Costantini, & T. Wise (Eds.), *Psiconcologia*. Raffaello Cortina Editore.
- Cowan, A. J., Green, D. J., Kwok, M., Lee, S., Coffey, D. G., Holmberg, L. A., ... & Libby, E. N. (2022). Diagnosis and management of multiple myeloma: a review. *Jama*, 327(5), 464-477.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553.
- Fashler, S. R., Weinrib, A. Z., Azam, M. A., & Katz, J. (2017). The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: a narrative review. *Psychological reports*, 121(2), 229-252.
- Fawson, S., Moon, Z., Novogrudsky, K., Moxham, F., Forster, K., Tribe, I., ... & Hughes, L. D. (2024). Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 18(3), 456-477.
- García-Torres, F., García-Carmona, M., Gómez-Solís, Á., Jurado-González, F., Jablonski, M., Jaén-Moreno, M. J., & Aranda, E. (2025). Anxiety, depression, quality of life and the mediating role of psychological flexibility: a study on Spanish cancer patients. *Scientific Reports*, 15(1), 22530.
- Gargiulo, G. (2023). Il giorno 0. In F. Ciceri, S. Botti, & M. Cioce (Eds.), *Handbook GITMO. Trapianto di cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare* (Vol. 3, pp. 96–98). GITMO.

- Harris, R. (2011). *La trappola della felicità: come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Hatzimichael, E., & Tuthill, M. (2010). Hematopoietic stem cell transplantation. *Stem cells and cloning: advances and applications*, 105-117.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2006). Acceptance and Commitment Therapy. In S. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu, & M. A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 1-5). Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Henig, I., & Zuckerman, T. (2014). Hematopoietic stem cell transplantation—50 years of evolution and future perspectives. *Rambam Maimonides medical journal*, 5(4), e0028.
- Jagdale, A. S., Dhalwade, A. P., Shaikh, A. A., & Giramkar, A. A. (2022). HEMATOLOGICAL CANCER. *World*, 1(1).
- Jamil, A., & Mukkamalla, S. K. R. (2023). Lymphoma. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., & Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 14, 1253266.
- Khaddour, K., Hana, C. K., & Mewawalla, P. (2023). Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2007). Functional analytic psychotherapy. In *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships* (pp. 169-188). Boston, MA: Springer US.
- Kuba, K., Weißflog, G., Götze, H., García-Torres, F., Mehnert, A., & Esser, P. (2019). The relationship between acceptance, fatigue, and subjective cognitive impairment in hematologic cancer survivors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 97-106.

- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., ... & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer*, 24(8), 3265-3268.
- Lee, R. S., & Halliday, L. E. (2025). The psychological effects of protective isolation on haematological stem cell transplant patients: an integrative, descriptive review. *Supportive Care in Cancer*, 33(2), 133.
- Lesko, L. M., & Holland, J. C. (1988). Psychological issues in patients with hematological malignancies. *Supportive care in cancer patients*, 243-270.
- Lewis, W. D., Lilly, S., & Jones, K. L. (2020). Lymphoma: diagnosis and treatment. *American family physician*, 101(1), 34-41.
- Lewson, A. B., Johns, S. A., Krueger, E., Chinh, K., Kidwell, K. M., & Mosher, C. E. (2021). Symptom experiences in post-treatment cancer survivors: associations with acceptance and commitment therapy constructs. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3487-3495.
- Li, Z., Chen, G., & Du, G. (2025). Global, regional, and national economic burden of hematologic malignancies (1990–2021) with projections to 2050. *Frontiers in Public Health*, 13, 1570792.
- Li, Z., Li, Y., Guo, L., Li, M., & Yang, K. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for mental illness in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of clinical practice*, 75(6), e13982.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Jensen.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Maani, E. V., & Maani, C. V. (2022). Radiation therapy. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Maffini, E., & Bonifazi, F. (2023). Aspetti clinici nei primi 100 giorni. In F. Ciceri, S. Botti, & M. Cioce (Eds.), *Handbook GITMO. Trapianto di cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare* (Vol. 3, pp. 99-102). GITMO.
- Majeed H, Gupta V. (2023). Adverse Effects of Radiation Therapy. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- McFarland, D. C., & Holland, J. C. (2016). The management of psychological issues in oncology. *Clin Adv Hematol Oncol*, 8, 13-16.
- Merwin, R. M., Smith, P. J., Riley, J. A., Infield, J., O'Connell, C., Mayo, D., ... & Sung, A. D. (2025). Acceptability and feasibility of acceptance and commitment therapy for improving outcomes in hematopoietic stem cell transplant. *PloS one*, 20(3), e0319339.
- Nogueira, S., Nascimento, C. M., & Krupskyi, O. P. (2025). The evolution of cognitive and behavioural therapies across three generations—a state of the art. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Psychology*, 3, 70-75.

- Pan, T., Zhang, J., Wang, X., & Song, Y. (2025). Global burden and trends of hematologic malignancies based on Global Cancer Observatory 2022 and Global Burden of Disease 2021. *Experimental Hematology & Oncology*, 14(1), 98.
- Papathanasiou, I. V., Kelepouris, K., Valari, C., Papagiannis, D., Tzavella, F., Kourkouta, L., ... & Fradelos, E. C. (2020). Depression, anxiety and stress among patients with hematological malignancies and the association with quality of life: a cross-sectional study. *Medicine and pharmacy reports*, 93(1), 62.
- Podina, I. R., Todea, D., & Fodor, L. A. (2023). Fear of cancer recurrence and mental health: a comprehensive meta-analysis. *Psycho-oncology*, 32(10), 1503–1513.
- Ranasingha, N. (2024). The Role of Psychological Interventions for Patients with Hematologic Malignancies: a Review. *Journal of Clinical Research and Case Studies*, 2(3), 1-12.
- Rossi, E. (2022). *La guida essenziale all'ACT. Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Giovanni Fioriti Editore.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-358.
- Salari, N., Rezaie, L., Khazaie, H., Bokaei, S., Ghasemi, H., Mohammadi, M., & Khaledi-Paveh, B. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in patients with cancer: a systematic review. *Current Psychology*, 42(7), 5694-5716.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Sun, K., Wu, H., Zhu, Q., Gu, K., Wei, H., Wang, S., ... & Wei, W. (2025). Global landscape and trends in lifetime risks of haematologic malignancies in 185 countries: population-based estimates from GLOBOCAN 2022. *EClinicalMedicine*, 83.
- Waddington, F., Amerikanou, M., Brett, J., Watson, E., Abbots, V., Dawson, P., & Henshall, C. (2024). A systematic review to explore the effectiveness of physical health and psychosocial interventions on anxiety, depression and quality of life in people living with blood cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 42(1), 113-147.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Yavuz, K. F., & Ulusoy, S. (2025). Acceptance and commitment therapy. In E. Savaş (Ed.), *Psychotherapy for cancer patients* (pp. 97–115). Springer.
- Yuyan, Y., Jiaqi, L., Ting, W., Juan, X., Jinfeng, W., & Jing, L. (2025). Acceptance and commitment therapy effectiveness for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 76.

Zakizadeh, M., Bashardost Tajali, F., & Sharifi, N. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy in Coping with Cancer in Leukemia Patients. *Avicenna Journal of Neuro Psychology*, 11(4), 132-138.

Sitografia

ACT Italia. (n.d.). *Acceptance Commitment Therapy*. <https://www.act-italia.org/acceptance-commitment-therapy/>

Associazione Italiana contro Leucemie, linfomi e mieloma. (n.d.). *Radioterapia*. <https://www.ail.it/informati-sulla-malattia/terapie-esami/terapie/radioterapia>

Associazione Italiana contro Leucemie, linfomi e mieloma. (n.d.). *Chemioterapia*. <https://www.ail.it/informati-sulla-malattia/terapie-esami/terapie/chemioterapia>

Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC). (2024). *La chemioterapia: Quando, perché, quali effetti* (La Collana del Girasole, n. 2). <https://www.aimac.it>

Giuliana Di Paola, Psicologa Psicoterapeuta, Palermo (PA)

Specializzata in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale (IGB)

Training Basile, Fadda e Gragnani

e-mail: giulianadipaola.psicologa@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it