

L'accettazione nelle malattie croniche: teorie ed interventi

Arianna Negri¹, Maria Cusinato¹, Elena Righetto¹, Carlo Moretti¹, Francesca Baggio², Federica Mansutti²

¹. UOSD Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche dell'Età Evolutiva, Azienda Ospedale Università di Padova

². Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta APC sede di Verona

Riassunto

Le malattie croniche sono definite come condizioni di lunga durata e lenta progressione che richiedono una gestione continua e si differenziano dalle malattie acute per la durata estesa e il loro impatto, durando spesso per tutta la vita. L'impatto psicologico delle malattie croniche è maggiormente associato ad ansia, depressione e altri problemi di salute mentale a causa della gestione costante, dei regimi di trattamento complessi e delle limitazioni imposte, che alimentano sentimenti di impotenza e perdita di controllo. Una gestione efficace richiede spesso una combinazione di trattamento medico, cambiamenti nello stile di vita e supporto psicologico per alleviare lo stress emotivo e migliorare la qualità della vita.

L'identità di malattia, ovvero come la malattia cronica si integra nel senso di sé di una persona, varia. Alcuni individui lottano con il soprafare o rifiutare la loro malattia, mentre altri raggiungono l'accettazione o addirittura l'arricchimento, trovando cambiamenti positivi e crescita attraverso l'avversità. L'accettazione, cruciale nella terapia, implica l'adattamento alle limitazioni e l'investimento in obiettivi raggiungibili, promuovendo il benessere psicologico e la resilienza. L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), la Compassion Focused Therapy (CFT) e la Mindfulness si sono dimostrate efficaci nell'aiutare le persone a gestire le sfide emotive delle malattie croniche.

Parole chiave: malattie croniche, identità di malattia, accettazione, terapie cognitivo comportamentale

Acceptance in chronic diseases: theories and interventions

Summary

Chronic illnesses are defined as long-term, slowly progressing conditions that require continuous management and differ from acute diseases in their extended duration and impact, often lasting a lifetime. The psychological impact of chronic illnesses is more closely associated with anxiety, depression, and other mental health issues due to constant management, complex treatment regimens, and imposed limitations, which foster feelings of helplessness and loss of control. Effective management often requires a combination of medical treatment, lifestyle changes, and psychological support to alleviate emotional stress and improve quality of life.

Illness identity, or how chronic illness integrates into a person's sense of self, varies. Some individuals struggle with overwhelming or rejecting their illness, while others achieve acceptance or even enrichment,

Arianna Negri et al., L'accettazione nelle malattie croniche: teorie ed interventi, N. 33, 2024, pp. 42-67.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

www.psicoterapeutiinformazione.it

finding positive changes and growth through adversity. Acceptance, crucial in therapy, involves adapting to limitations and investing in attainable goals, promoting psychological well-being and resilience. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Compassion Focused Therapy (CFT) and Mindfulness have proven effective in helping individuals manage the emotional challenges of chronic illnesses.

Key-words: chronic illness, illness identity, acceptance, cognitive behavioural therapies

Le malattie croniche

Caratteristiche e impatto psicologico

I cambiamenti demografici avvenuti nel XX secolo nel mondo occidentale, come l'invecchiamento e l'aumento dell'aspettativa di vita, hanno provocato un aumento significativo delle malattie croniche nella società odierna. In particolare, le malattie croniche sono diventate il principale problema sanitario. Il termine "malattia cronica" è definito come un processo di "lunga durata e generalmente a lenta progressione che richiede una gestione continua per un periodo di anni o decenni" (WHO, 2018).

Le patologie croniche, a differenza delle malattie acute, si sviluppano lentamente e tendono a durare per un lungo periodo di tempo, spesso per tutta la vita del paziente. Esse rappresentano una parte significativa del carico globale delle malattie e sono responsabili di un numero considerevole di morti premature e disabilità. Secondo studi epidemiologici, le malattie croniche sono in costante aumento, non solo nei paesi occidentali, ma anche nei paesi in via di sviluppo/emergenti, con alcune differenze prevalenti per quanto riguarda la tipologia (Vos et al., 2016), sollevando interrogativi sulla genesi multifattoriale di questo fenomeno. Per quanto riguarda le malattie croniche si è osservato che i fattori di rischio per lo sviluppo includono spesso comportamenti legati allo stile di vita, come una dieta poco salutare, la mancanza di attività fisica, il consumo eccessivo di alcol e fumo, ma anche l'età avanzata, la predisposizione genetica e l'esposizione a determinate sostanze chimiche o ambientali.

Le malattie croniche si distinguono dalle malattie acute per diverse ragioni, alcune delle loro principali caratteristiche includono (Piano Nazionale Cronicità, 2016): durata prolungata, progressione lenta, gestione e trattamento e coinvolgimento multifattoriale. Le malattie croniche possono rientrare in diverse categorie, alcune delle categorie più comuni includono (Piano Nazionale Cronicità, 2016): malattie cardiache, malattie respiratorie, diabete, malattie oncologiche, malattie renali croniche, malattie autoimmuni e malattie neurologiche. Queste condizioni richiedono una gestione continua e possono avere un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti. Possono causare sintomi debilitanti, disabilità a lungo termine e riduzione dell'aspettativa di vita. La

gestione delle malattie croniche richiede spesso una combinazione di trattamenti medici, cambiamenti nello stile di vita e supporto psicologico, poiché possono provocare uno stress significativo per la persona.

Gli studi hanno osservato come, il carico emotivo che deriva dalla gestione quotidiana di queste patologie può causare sintomi d'ansia, depressione e altri disturbi psicologici. Gli elementi che maggiormente sembrano avere un impatto a livello psicologico sono la costante preoccupazione per il controllo dei sintomi, il bisogno di seguire regimi terapeutici complessi e le limitazioni imposte dalla malattia, le quali contribuiscono a generare un senso di impotenza e perdita di controllo, aumentando il rischio di problemi di salute mentale. La gestione della terapia e delle diverse patologie croniche più comuni è spesso complicata da sintomi psichiatrici o sofferenza soggettiva emotivo/psicologica (Martino et al., 2019; Rosa et al., 2019), dato che sottolinea la stretta correlazione che esiste tra tali condizioni.

In conclusione, le malattie croniche hanno un notevole impatto psicologico sulla vita delle persone, influenzando la salute mentale, l'equilibrio emotivo e lo stile di vita delle persone colpite. È fondamentale riconoscere e affrontare l'aspetto psicologico delle malattie croniche, offrendo supporto psicologico e sociale ai pazienti, al fine di migliorare la loro qualità di vita e promuovere un benessere globale. Gli interventi psicologici, come la terapia cognitivo-comportamentale o il supporto di gruppo, possono aiutare le persone a sviluppare strategie per affrontare l'impatto emotivo delle loro condizioni e migliorare la loro qualità di vita complessiva. Si è visto che la consapevolezza, l'empatia e il sostegno sociale sono risultati fondamentali per aiutare coloro che vivono con malattie croniche a gestire le sfide psicologiche che si trovano ad affrontare (Conversano, 2019).

Identità di malattia

Avere una malattia cronica può portare a grandi sfide nella vita di una persona a causa di molti cambiamenti nello stile di vita, come per esempio l'adesione a un regime terapeutico quotidiano. Sebbene la maggior parte dei pazienti riesca ad adattarsi alla propria malattia, alcuni pazienti sperimentano difficoltà sostanziali, che possono influenzare negativamente il loro funzionamento fisico e psicosociale (Morea et al., 2008). In linea con Charmaz (1995), definiamo l'identità di malattia come il grado in cui una malattia cronica si integra nell'identità di una persona (Oris et al., 2016). Erikson (1968) descrive l'identità come il grado in cui un individuo (riesce a) integra diverse risorse del senso di sé, in un sé coerente, e tale senso di sé si traduce in una vita orientata da scelte e valori. Ciò dà origine a una sensazione di continuità e identità ed è stato dimostrato che questo

senso coerente di sé contribuisce al benessere psicologico (Campbell et al., 2003; Erikson, 1968; Schwartz, 2001). Quando si confrontano con una malattia cronica, gli individui devono capire cosa ciò significa per la loro identità e cercare di creare o riconquistare un senso di sé coerente (Leventhal et al., 1999). In altre parole, hanno bisogno di integrare la malattia cronica nella loro identità, un processo originariamente concettualizzato come identità di malattia nella letteratura sociologica (Charmaz, 1995).

Oris et al. (2016) hanno distinto quattro diversi stati d'identità della malattia (rifiuto, travolgimento, accettazione e arricchimento) ed è stata esaminata la loro relazione con il funzionamento psicologico e fisico della persona. I primi due stati identitari riscontrati, travolgimento e rifiuto, colgono una mancanza di integrazione della malattia (Oris et al., 2016). Il travolgimento si riferisce al grado in cui la malattia cronica domina l'identità e la vita quotidiana di una persona. Gli individui hanno una concezione di sé completamente in termini di malattia, che invade tutti gli ambiti della vita, a discapito di altri importanti beni personali (Morea et al., 2008). Mentre, lo stato di rifiuto si basa principalmente su studi qualitativi che hanno cercato di comprendere la scarsa aderenza al trattamento nei pazienti con diabete ed asma (Adams et al., 1997; Tilden et al., 2005). Questi studi hanno concluso che alcuni pazienti tendono a trascurare la loro malattia, con una conseguente aderenza al trattamento non ottimale (Oris et al., 2016). Quindi il rifiuto si riferisce al grado in cui la malattia cronica viene rifiutata, come parte della propria identità e vista come una minaccia o inaccettabile per il sé.

In contrasto con questi due stati d'identità della malattia, altri due stati catturano una modalità di integrazione adattiva della malattia: accettazione e arricchimento (Oris et al., 2016). L'accettazione si riferisce al grado con cui gli individui accettano la malattia come parte della loro identità senza esserne sopraffatti da essa. La malattia cronica gioca un ruolo periferico nell'identità dell'individuo, oltre ad altri aspetti personali, relazionali e sociali, e non pervade tutti gli ambiti della vita (Morea et al., 2008). I pazienti cercano di condurre una vita quanto più normale possibile, ma allo stesso tempo non negano di avere una malattia cronica (Adams et al., 1997). Infine, rispetto all'arricchimento, si osservano dei cambiamenti positivi, come risultato degli eventi di vita negativi (per esempio le malattie croniche) e sono stati definiti come ricerca di benefici o crescita correlata allo stress (Helgeson et al., 2006; Senol-Durak, 2014). Tali cambiamenti positivi si manifestano in modi diversi, tra cui un maggiore apprezzamento per la vita, un cambiamento delle priorità della vita, una maggiore forza personale e relazioni interpersonali più positive (Tedeschi e Calhoun, 2004).

Diversi studi hanno evidenziato che il raggiungimento di una struttura identitaria in cui diverse risorse personali sono integrate in un insieme coerente contribuisce al benessere psicologico (Campbell et al., 2003). Pertanto, il grado in cui gli individui riescono a raggiungere un'identità coerente nel contesto della malattia cronica può influenzare anche il funzionamento psicologico (Morea et al., 2008). Infatti, l'accettazione e l'arricchimento sono stati correlati ad un funzionamento psicologico adattivo (Helgelson et al., 2006; Oris et al., 2016). Oris et al. (2018), mostrano che l'accettazione è correlata a minori sintomi depressivi e di ansia, nonché a minori sintomi di malattia e dolore. L'accettazione potrebbe consentire ai pazienti di affrontare meglio le sfide della malattia e potrebbe anche portare a migliori comportamenti di cura di sé (Luyckx et al., 2010; Richardson et al., 2001), che inoltre potrebbero portare ad un migliore funzionamento psicologico e fisico (Karademas et al., 2009).

Accettazione

Concetto generale

Il concetto di accettazione assume un ruolo significativo nella psicoterapia cognitiva, e negli ultimi anni si è assistito ad un notevole aumento di approcci terapeutici basati su questo principio; due delle metodologie più rilevanti sono la pratica della *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 2005) in tutte le sue varianti e la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (*Acceptance and Commitment Therapy* - Hayes et al., 1999).

L'accettazione può essere un concetto vago o confuso, in parte perché con lo stesso termine si fa riferimento sia al processo che al risultato di tale processo. L'oggetto dell'accettazione può riguardare sia una perdita effettiva, come per esempio la compromissione di uno scopo, sia la minaccia di una perdita. Nell'accettare una perdita, l'individuo deve affrontare un evento già verificatosi, come ad esempio l'arrivo di una malattia, la consapevolezza di avere avuto genitori invalidanti o il fallimento di una relazione sentimentale. Nel caso dell'accettazione di una minaccia, invece, l'individuo deve confrontarsi non con un evento già accaduto, ma con il rischio che si concretizzi uno stato temuto, ovvero che un proprio obiettivo sia compromesso. Ad esempio, ciò potrebbe includere il rischio di essere bocciati ad un esame, affrontare un fallimento relazionale o la paura di potersi ammalare (Mancini et al., 2002). L'accettazione come risultato del processo può fondamentalmente implicare due aspetti: ridurre o eliminare l'impegno in un obiettivo compromesso o minacciato e investire in qualcosa di diverso, ossia concentrarsi su obiettivi e comportamenti su cui si ha una certa capacità di controllo. Per "processo di accettazione" si intende il percorso che porta da uno stato di investimento nella direzione di uno scopo (nel tentativo di contenere o

prevenire una compromissione) a uno stato di disinvestimento, di rinuncia. Questo è particolarmente rilevante dal momento che viene definita la sofferenza psicopatologica come una difficoltà nell'accettare una compromissione o una minaccia, indicando quindi una difficoltà nel compiere il processo contrario all'investimento: accettare, in questo contesto, significa disinvestire (Perdighe e Mancini, 2011).

Secondo quanto emerso da alcune ricerche, sembra che ci siano elementi essenziali che costituiscono la base dell'investimento verso uno scopo (Mancini et al., 2002; Barcaccia, 2008; Perdighe e Mancini, 2011). Quindi la presenza di uno scopo significativo per l'individuo è fondamentale, affinché vi sia un impegno verso di esso, ed è essenziale che quest'ultimo abbia un valore soggettivo. Un alto valore è correlato a un forte investimento, con una percezione di invalidazione elevata se lo scopo viene compromesso. Quindi affinché un individuo si impegni verso uno scopo, non solo deve desiderarlo soggettivamente, ma deve anche credere che sia raggiungibile.

Il processo opposto all'investimento è rappresentato dall'accettazione, che si traduce nella consapevolezza di una compromissione e nel disinvestimento dallo scopo. Mentre l'investimento è supportato da specifici fattori, il processo di accettazione implica la modifica di tali elementi per favorire un processo inverso di disinvestimento. Quindi accettare significa:

- riconsiderare o ridurre il valore di uno scopo;
- modificare la credenza o la percezione riguardo alla possibilità di successo e al potere di raggiungere lo scopo;
- ridefinire i propri standard di normalità e i concetti di diritti o doveri personali;
- identificare scopi alternativi desiderabili e/o modificare la convinzione di poterli conseguire.

La ricerca evidenzia anche due condizioni che impediscono l'arrivo all'accettazione:

1. Investire in un obiettivo, soprattutto nel tentativo di proteggerlo o evitarne la compromissione, potrebbe innescare effetti che incoraggiano ulteriori investimenti, anziché accettare la compromissione o la minaccia. Questo ciclo si genera perché l'impegno intenso in un obiettivo crea una spirale di investimenti continui, aumentando di conseguenza la sofferenza (Johnson-Laird et al., 2006; Mancini e Gangemi, 2002; Mancini e Gangemi, 2004). Questi effetti si attivano in proporzione all'intensità dell'investimento: maggiore è l'impegno nell'obiettivo, maggiore è la probabilità di generare questa spirale di investimenti continui. Per esempio una donna che non può avere figli in modo naturale, continuerà ad

investire nell'averne una gravidanza cambiando diversi dottori e svolgendo diversi esami e visite specialistiche. Inoltre, tenderà a frequentare sempre meno le amiche che hanno figli e lasciare il lavoro come educatrice in un doposcuola, perché sono delle situazioni che le ricordano costantemente che non potrà avere figli; aumentando di conseguenza un possibile sentimento di solitudine nell'affrontare l'infertilità. Infine, il continuare ad investire sulla ricerca di una gravidanza, non accettando la situazione, la porterà a non vedere che ci sono altre modalità per poter diventare mamma, come per esempio l'adozione.

2. Elementi legati alla definizione degli obiettivi e agli standard etici personali possono rendere un individuo più vulnerabile nel fronteggiare la difficoltà nell'accettare la compromissione o la minaccia di un obiettivo personale. Questi fattori rappresentano delle vulnerabilità individuali che predispongono ad un investimento "eccessivo" nel tentativo di preservare o evitare la compromissione del proprio obiettivo. Per esempio, un medico che ha deciso di intraprendere questa carriera per poter aiutare tutte le persone in egual modo, avendo come tema etico che la cura deve essere uguale per tutti, si troverà di fronte ad una minaccia del suo scopo nel momento in cui parteciperà ad una missione umanitaria in un paese non sviluppato. Infatti, questo medico sicuramente si troverà davanti a delle situazioni in cui non avendo gli strumenti adatti, non riuscirà ad aiutare e salvare delle persone che invece nei paesi sviluppati avrebbe sicuramente potuto salvare; quindi rimanendo attaccato al suo tema etico, la sofferenza sarà molto elevata e magari investirà le sue energie nel cercare di trovare una soluzione a livello politico o nel cambiare qualcosa, purtroppo scontrandosi contro una realtà che non cambia; trovando come unica soluzione lasciare la missione perché troppo dolorosa per lui. Se invece, riuscisse a disinvestire dal suo tema etico, oltre a percepire meno la sofferenza e la minaccia, potrebbe investire le sue energie nell'aiutare le persone con i mezzi che ha in quel momento, fornendo comunque la cura migliore possibile.

Quindi, in linea con la Teoria dell'Iper-emozione (*Hyper-emotion Theory*) di Johnson-Laird et al. (2006), nella sofferenza patologica si osserva una reazione emotiva appropriata, cioè coerente con la compromissione o la minaccia e funzionale alla risposta (ad esempio, sperimento tristezza di fronte al fallimento di un esame), ma inappropriata nella sua intensità (ad esempio, iperinvesto per passare quell'esame, lasciando indietro gli altri e limitando la vita sociale). L'eccessiva intensità favorisce poi effetti e automatismi che rinforzano le credenze anziché indebolirle.

Quindi facilitare l'accettazione implica istruire il paziente a immergersi nella propria sofferenza, anziché cercare di contrastarla attivamente; questo comporta il riconoscimento di ciò che non può essere modificato e la focalizzazione delle energie su ciò che è invece sotto il proprio controllo.

Nell'ambito dell'accettazione, non si cerca uno stato di benessere o l'assenza di disagio, e ancor meno l'indifferenza verso ciò che è stato perduto o la minaccia di perdita. L'obiettivo mentale che si intende promuovere è piuttosto quello di investire meno o non investire affatto in uno scopo irraggiungibile, spostando la propria attenzione nel rappresentare e perseguire obiettivi personali significativi e realizzabili (Perdighe e Mancini, 2011).

Uno degli esiti previsti degli interventi basati sull'accettazione è che il paziente non solo sviluppi una maggiore capacità di accettare una specifica compromissione o minaccia, ma diventi in generale meno vulnerabile ai cicli ricorsivi e, di conseguenza, alla sofferenza patologica derivante da altre compromissioni o minacce. Promuovere l'accettazione significa transitare da uno stato mentale di insistenza a uno di rinuncia, intervenendo sui fattori che regolano l'investimento. Questo comporta innanzitutto l'indebolimento dei processi che mantengono l'investimento, in particolare mediante interventi di ricostruzione, normalizzazione e riduzione dell'attenzione ad elementi secondari (Perdighe e Mancini, 2011).

Accettazione nella malattia cronica

L'aderenza terapeutica si riferisce al grado con cui un individuo segue il trattamento prescritto, che sia l'assunzione di farmaci, il rispetto di una dieta o la modifica dello stile di vita, in linea con le indicazioni stabilite dall'operatore sanitario. Questo concetto implica l'attiva collaborazione del paziente nella pianificazione e nell'attuazione del trattamento, basato su un consenso condiviso, distinguendosi dal concetto di *compliance*, che si riferisce al grado di adesione alle raccomandazioni mediche. La bassa adesione ai trattamenti per le malattie croniche rappresenta un problema globale di considerevole portata. Si stima che nei paesi sviluppati, l'adesione alle terapie a lungo termine per queste malattie sia in media del 50%. Questo scarso seguire del trattamento compromette significativamente la sua efficacia, diventando critico sia per la qualità di vita dei pazienti che per l'economia sanitaria. Migliorare i livelli di adesione richiede investimenti significativi, con un impatto positivo sia sulla prevenzione primaria dei fattori di rischio che sulla prevenzione secondaria degli esiti sanitari avversi (WHO, 2005).

Il processo di adattamento e apprendimento a convivere con la malattia cronica è molto complesso, comporta fluttuazioni e movimenti avanti e indietro, poiché l'individuo si trova ad affrontare la perdita di una condizione di salute, che quindi porta dei cambiamenti nella sua vita (Kralik, 2002). Centrale per la costruzione di una realtà alternativa è ristabilire l'identità personale e l'esperienza che la persona ha degli atteggiamenti e delle reazioni degli altri che contribuiscono in modo significativo a questo delicato processo (Bury, 1982; Charmaz, 1983; Kralik, 2002). Una

delle teorie più conosciute nella spiegazione dei termini accettazione e negazione di una malattia è quella di Kubler-Ross, il quale identificò la negazione come una risposta precoce al dolore, la quale protegge la persona dalla dolorosa inevitabilità della perdita. Sulla base di questo lavoro, Kubler-Ross (1969) ha sviluppato un modello del dolore, osservando 5 fasi lineari che le persone attraversano per arrivare ad un adattamento emotivo alla nuova condizione: negazione, rabbia, contrattazione, depressione e accettazione. Inizialmente, Kubler-Ross considerava l'accettazione come la fase finale prima della morte, per coloro che affrontavano una malattia terminale; successivamente, occupandosi di malattie croniche, ma non terminali, considerò l'accettazione come uno stato di adattamento in cui la persona raggiunge uno stato di pace e rassegnazione all'inevitabile stato di malattia (Kubler-Ross, 1987).

Da una revisione di diversi studi, Ambrosio et al. (2015) propongono un processo di convivenza con una malattia cronica diviso in cinque attributi dinamici, con progressi ed insuccessi, di natura dipendente e progressiva, evidenziando che il vivere con una malattia cronica deve essere inteso come un processo il cui obiettivo finale è raggiungere un "positivo" convivere con la malattia. La "vita positiva" in questa analisi concettuale è intesa come l'obiettivo finale desiderato, ed avviene quando le persone raggiungono gli adattamenti necessari per vivere una vita "normale" in base alla loro nuova situazione e/o contesto (Ambrosio et al., 2015). Secondo gli autori, il processo di convivenza con una malattia cronica si divide in:

- accettazione: definita come la consapevolezza della propria condizione di salute e la disponibilità ad affrontare i cambiamenti che questa comporta (Kralik et al., 2004; Portillo et al., 2012). Pertanto, l'accettazione si manifesta nell'assenza di sentimenti di negazione o rabbia (Stanton et al., 2007; Portillo et al., 2012). In aggiunta, secondo Simmons et al. (2007), l'accettazione rappresenta il punto di partenza cruciale per convivere in modo efficace con una malattia cronica. L'accettazione è sempre il primo attributo necessario per raggiungere il "vivere positivo", perché solo quando la persona ha accettato la propria malattia, e quindi la nuova condizione, può progredire nel processo del vivere con una patologia cronica;
- coping: implica imparare ad affrontare la condizione cronica e attuare diverse strategie per affrontarla. Quest'aspetto nel convivere con una malattia cronica è definito come un processo cognitivo ed emotivo in cui la persona impara a tollerare e sopportare la patologia (Stanton et al., 2007). Le strategie sono classificate in due gruppi: strategie focalizzate sulle emozioni e strategie focalizzate sul problema. Entrambe le tipologie di strategie sono necessarie per affrontare la malattia, le prime si riferiscono ai meccanismi di controllo delle risposte emotive, mentre le seconde

fanno riferimento ai meccanismi che favoriscono, o rendono possibile, il cambiamento della situazione (Lazarus e Folkman, 1984);

- autogestione: implica avere una certa conoscenza della malattia, aderire ad un piano terapeutico e partecipare attivamente alle decisioni nella gestione di quest'ultima (Whittemore e Dixon, 2008; Yu et al., 2008). L'autogestione implica un processo dinamico e attivo di apprendimento, pratica ed esplorazione delle competenze necessarie per creare una vita sana ed emotivamente soddisfacente (Whittemore e Dixon, 2008). È considerato un attributo attraverso il quale le persone affette da patologie croniche si assumono la responsabilità della propria salute in modo proattivo (Whittemore et al., 2002; Whittemore e Dixon, 2008);
- integrazione: vivere con una malattia cronica richiede un adeguamento nella vita quotidiana per trovare una nuova "normalità". Gli studi evidenziano che questo processo di adeguamento coinvolge il "riconciliare" delle emozioni, stabilire una struttura, lottare per raggiungere la soddisfazione, esplorare sé stessi e i conflitti, trovare un nuovo equilibrio e sviluppare una prospettiva rinnovata sulla vita (Whittemore e Dixon, 2008, Schulman-Green et al., 2012).
- regolazione: progressivo processo di trasformazione dell'identità della persona in quanto ne fa parte anche la malattia. Pertanto, Schulman-Green et al. (2012) sostengono che la regolazione si riferisce alle funzioni e competenze che contribuiscono ad affrontare un cambiamento di vita e un'evoluzione dell'identità della persona, come conseguenza della patologia. La regolazione implica adattarsi sia alla malattia che all'evoluzione dell'identità della persona, con l'obiettivo finale di raggiungere una "convivenza positiva" con la malattia cronica (Schulman-Green et al., 2012; Ambrosio et al., 2015).

Dal modo in cui questi cinque attributi si sviluppano possiamo identificare quattro modi di vivere la malattia cronica (Ambrosio et al., 2015).

1. Disconoscimento: modo di vivere in cui una persona sperimenta una mancanza di controllo ed equilibrio nella propria vita.
2. Falsa normalità: la persona sperimenta un controllo ed un equilibrio parziali nella propria vita. Essa potrebbe essere il risultato dello sviluppo di alcuni attributi del processo, con la conseguenza che il paziente potrebbe aver acquisito le conoscenze esperienziali nel corso degli anni e sembra mantenere un certo controllo sulle attività della vita quotidiana, come la gestione dei farmaci; ma si osserva una mancanza di riconoscimento ed accettazione della malattia.

3. Nuova normalità: la persona vive una vita normale, perché ha raggiunto l'attributo dell'accettazione ed ha raggiunto l'obiettivo di vivere una "vita positiva" con la malattia cronica, poiché trova un equilibrio nella vita quotidiana dandole un significato (Kralik et al., 2006; Telford et al., 2006). Inoltre, raggiungendo i livelli desiderati di una nuova normalità, si sviluppano delle nuove capacità e strategie che rendono meno vulnerabili a qualsiasi fattore di disagio che potrebbe mettere in discussione l'equilibrio acquistato.
4. Interruzione: situazione in cui la persona perde la stabilità e l'equilibrio raggiunti e ritorna agli attributi iniziali, dovendo affrontare nuovamente il processo dall'inizio, superare le avversità e raggiungere la nuova normalità. Queste situazioni si possono verificare quando c'è una situazione stressante o di crisi, come un nuovo sintomo o un problema familiare, ecc.

La convivenza con una malattia cronica è concepita come un processo dinamico, complesso, ciclico e multidimensionale con l'obiettivo finale desiderato di raggiungere una "vita positiva". È considerato complesso, perché genera cambiamenti in tutti gli aspetti della vita della persona; dinamico, perché si muove nel tempo; ciclico, perché attraversa progressi e battute d'arresto nel corso dell'esperienza; multidimensionale, perché include attributi diversi (Kralik et al., 2005; Kralik e Van Loon, 2009).

In conclusione, accettare e riconciliarsi con la presenza di una malattia permette un adattamento a una nuova condizione, consentendo la convivenza con la malattia. Questa forma di accettazione conduce a una prospettiva in cui la vita con la malattia rimane preziosa e meritevole di sostegno (Dijkstra et al., 2008). Accettare la malattia implica sviluppare un atteggiamento positivo nei confronti di una situazione specifica, incoraggiando i pazienti a mobilitare la propria forza vitale per prevenire il deterioramento della qualità della vita a causa della patologia cronica. È riconosciuto che il livello di accettazione dipende dalla natura della malattia, dalla sua gravità e dal disagio che essa comporta, oltre a fattori associati al paziente e determinanti socio-demografici (Czerw et al., 2016; Galuszko 2013).

L'analisi della letteratura suggerisce che un maggiore livello di accettazione della malattia è correlato positivamente con una maggiore soddisfazione per la propria vita. Inoltre, molte ricerche mostrano come la qualità generale della vita è significativamente influenzata dall'accettazione della malattia (Czerw et al., 2017; Denys et al., 2015; Jankowska-Polanska et al., 2014). L'accettazione della malattia ha un impatto positivo sulla qualità della vita percepita dai pazienti e aumenta la motivazione dei pazienti ad intraprendere azioni finalizzate a migliorare il loro benessere (Pompey et al., 2019; Van Bost et al., 2019).

In conclusione, l'accettazione emerge come il fattore più significativo per l'adattamento alla vita con una malattia cronica, influenzando positivamente l'atteggiamento del paziente nei confronti della malattia e del processo terapeutico, e contribuendo alla soddisfazione complessiva della vita (Galuszko, 2013; Pasek et al., 2017).

Approcci di Terza Onda che si occupano di malattie croniche e accettazione

Mindfulness-Based Cognitive Therapy

La comunità scientifica si interessò seriamente per la prima volta alle applicazioni cliniche delle pratiche meditative e contemplative negli anni '70, in particolare dopo alcuni dei lavori pionieristici di Herbert Benson sulla "risposta al rilassamento" (Benson et al., 1975). Nel contesto degli anni '70, Ainslie Meares, è stata tra le prime a portare la meditazione all'attenzione di medici e psicoterapeuti, in particolare per le sue applicazioni nel controllo del dolore e dell'ansia nelle persone con il cancro. In tempi più recenti, il lavoro di Jon Kabat-Zinn ha portato l'attenzione sulle applicazioni cliniche e psicoterapeutiche della *mindfulness*. La *mindfulness*, nota anche come "consapevolezza", ha radici antiche nella pratica buddista, ma è stata introdotta nel mondo occidentale grazie al lavoro di diversi individui nel corso del tempo. Jon Kabat-Zinn ha contribuito a renderla accessibile e adattabile al contesto occidentale attraverso la creazione del programma di riduzione dello stress basato sulla *mindfulness* (MBSR), con l'obiettivo di aiutare le persone a gestire lo stress, il dolore e migliorare il benessere generale. L'MBSR è un corso intensivo che si estende per diverse settimane e coinvolge sessioni settimanali di pratica formale della *mindfulness*, finalizzato a sviluppare consapevolezza, gestire lo stress derivato da sfide quotidiane o situazioni di malattia cronica, migliorare la resilienza e infine, favorire uno stato di benessere generale.

Il concetto generale di *mindfulness* implica "prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante" (Kabat-Zinn, 1990, 1994). Si riferisce alla coltivazione della consapevolezza e dell'attenzione cosciente momento per momento. La qualità della consapevolezza ricercata dalla pratica della *mindfulness* include apertura e ricettività, curiosità e un atteggiamento non giudicante. L'accento è posto sul vedere ed accettare le cose così come sono senza cercare di cambiarle. La consapevolezza può essere coltivata con una varietà di tecniche, tutte con una componente meditativa.

L'affermazione secondo cui la *mindfulness* implica "prestare attenzione intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante" (Kabat-Zinn, 1994) riassume in modo conciso alcuni dei processi psicologici chiave proposti come base delle azioni terapeutiche della consapevolezza.

1. Prestare attenzione in modo particolare: richiede essere consapevoli del modo in cui l'attenzione viene prestata, cioè monitorare il centro dell'attenzione. Questo monitoraggio è una condizione necessaria per la direzione attiva dell'attenzione, ma può anche avere benefici di per sé. I processi metacognitivi consentono lo sviluppo di un "decentramento" del pensiero, tale per cui i pensieri sono intesi come eventi mentali transitori piuttosto che come rappresentazioni direttamente della realtà, portando a una forma di *insight* metacognitivo (Vescovo et al., 2004; Mason et al., 2001; Teasdale, 1999; Teasdale et al., 1995).
2. Prestare attenzione di proposito e nel momento presente: include la direzione intenzionale dell'attenzione verso l'esperienza del momento presente. Praticare l'abitudine di mantenere una posizione attentiva nel momento presente può aumentare la consapevolezza delle deviazioni da questa posizione. Ruminazioni o immagini relative al passato o futuro possono essere identificate in modo rapido e affidabile, potenzialmente con un conseguente maggiore senso di padronanza sui processi attenzionali. L'addestramento alla consapevolezza enfatizza una riduzione della ruminazione come tecnica di risoluzione dei problemi, avviando un allontanamento dell'elaborazione basata sugli obiettivi (Vescovo et al., 2004; Teasdale et al., 2003) ed inibendo l'elaborazione ruminativa disfunzionale (Teasdale et al., 2003). La riduzione dell'evitamento e della reattività alle emozioni e alla cognizione "negativa" consente l'esplorazione e l'accettazione di queste esperienze (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1992; Teasdale et al., 1995; Teasdale, 1999; Teasdale et al., 2003; Hayes, 1994; Roemer e Orsillo, 2002).
3. Prestare attenzione in modo non giudicante: giudicare le proprie esperienze è visto come una tendenza ad amplificare gli effetti. Un meccanismo proposto che è coinvolto nei benefici della pratica della *mindfulness* è l'erosione dell'uso del linguaggio critico e valutativo (Hayes e Shenk, 2004; Hayes e Wilson, 2003). Piuttosto che valutare le nostre esperienze cognitive ed emotive, la *mindfulness* ci insegna a notarle. Riducendo le tendenze abituali a categorizzare l'esperienza in modo dicotomico, la *mindfulness* è vista come un miglioramento della gamma disponibile e dell'adattabilità delle azioni cognitive e comportamentali (Hayes e Wilson, 2003). Questa maggiore "flessibilità cognitiva" (Roemer e Orsillo, 2002) aumenta l'apertura all'esperienza e riduce la tendenza a etichettare alcune esperienze come "nemiche".

Tra i primi studi empirici che hanno valutato l'efficacia della consapevolezza ci sono studi di interventi che affrontano il dolore cronico. Diversi studi di intervento hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi nella valutazione del dolore e dei sintomi psicologici generali,

miglioramenti che si sono mantenuti anche nelle valutazioni di follow-up (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985, 1987; Randolph et al., 1999). È stato anche segnalato l'uso della *mindfulness* nel lavorare con i correlati psicologici e fisici di alcune condizioni mediche. La ricerca sull'MBSR e sulle malattie croniche è scarsa, ma alcuni studi mostrano risultati promettenti. Gli studi hanno dimostrato una significativa diminuzione dell'ansia, dello stress e della depressione ed un miglioramento della qualità della vita nei pazienti con malattie croniche come cancro, ipertensione, diabete, HIV/AIDS, dolore cronico e disturbi della pelle, dopo la terapia con MBSR.

Ad oggi, alcuni trattamenti clinici più promettenti per la riduzione dello stress, il miglioramento del benessere psicologico e l'aiuto per le persone che cercano di affrontare un disturbo cronico si basano sui principi della consapevolezza basata sulla meditazione. Attraverso la pratica della consapevolezza meditativa è possibile raggiungere uno stato emotivo ed affettivo più sereno ed equilibrato, che a sua volta è una buona preconditione per la resistenza allo stress e la resilienza (Teasdale et al., 1995). Gli effetti di una maggiore attenzione consapevole alla variabilità e alle circostanze distinte che danno origine ai diversi sintomi delle malattie croniche, hanno il potenziale di portare risposte fisiologiche, emozioni e comportamenti sotto il controllo delle persone (Langer, 2009).

Acceptance and Commitment Therapy

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes et al., 1999) è un approccio terapeutico transdiagnostico basato sui processi comportamentali che si concentra sulla promozione della flessibilità psicologica. Quest'ultima è definita come la capacità di persistere o modificare un comportamento in base ai valori personali, mantenendo consapevolezza ed apertura verso le esperienze interne (Hayes et al., 2006). L'ACT ha identificato i principali processi comportamentali che sottendono all'accettazione ed ai trattamenti basati sulla "defusione cognitiva", cercando di fornire, all'interno della tradizione comportamentale, un fondamento scientifico per concetti e pratiche provenienti dalla tradizione buddista. Hayes (2004) caratterizza l'ACT come un approccio comportamentale che si basa sull'analisi clinica del comportamento umano, aderendo al contestualismo funzionale. Egli sottolinea l'importanza del "funzionalismo contestuale" che enfatizza l'inizio dell'azione nel contesto, ponendo l'accento sulla totalità di un evento e sul ruolo del contesto nell'attribuirgli valenza funzionale.

L'ACT mira a trattare le difficoltà psicologiche con l'obiettivo generale di accrescere la flessibilità psicologica: la capacità di essere pienamente presenti nel momento attuale come individui consapevoli e di modificare o persistere nel comportamento in base agli scopi desiderati.

Questi processi sono integrati nell'acronimo *Hexaflex*, il modello cardine dell'ACT, composto da sei processi psicologici interconnessi che contribuiscono alla flessibilità psicologica e al benessere emotivo.

1. Accettazione: processo che coinvolge la volontà di abbracciare pienamente le proprie esperienze, inclusi pensieri ed emozioni dolorose, senza tentare di cambiarle o evitarle.
2. Defusione: capacità di distanziarsi dai propri pensieri, osservandoli come eventi mentali, piuttosto che accettarli come verità assolute. Ciò permette di ridurre l'identificazione con i pensieri e di non essere schiavi delle proprie convinzioni.
3. Presenza nel momento presente: vivere consapevolmente nel qui ed ora, lasciando andare il rimpianto per il passato o l'ansia per il futuro.
4. Il Sé Osservatore: implica una consapevolezza distaccata delle proprie esperienze, consentendo di osservare i propri pensieri, sentimenti e sensazioni senza identificarsi completamente con essi.
5. Valori: identificare i valori personali, ciò che è davvero importante nella vita, e orientare le azioni di conseguenza. Vivere in armonia con i valori porta a una vita significativa e soddisfacente.
6. Azioni impegnate: prendere azioni consapevoli e significative, in linea con i valori personali, anche quando si sperimentano difficoltà o emozioni scomode.

L'interconnessione di questi sei processi aiuta a promuovere la flessibilità mentale e comportamentale, consentendo alle persone di affrontare meglio lo stress, vivere una vita più soddisfacente ed agire in modo coerente con i propri valori.

L'efficacia dell'ACT è ampiamente dimostrata per un'ampia gamma di condizioni di salute mentale e fisica (Gloster et al., 2020). Dato che il 50% delle persone con malattia cronica presenta almeno due patologie concomitanti (Barnett et al., 2012), la natura transdiagnostica dell'ACT basata sul processo, la rende un approccio adatto alla gestione delle condizioni a lungo termine. Inoltre, l'attenzione dell'ACT sulla promozione di azioni basate sui valori e sull'accettazione delle esperienze interne, invece di puntare alla ristrutturazione cognitiva, la rende un approccio particolarmente adatto alle malattie croniche, dove le convinzioni negative sulla malattia e i pensieri angoscianti anticipatori possono essere effettivamente realistici (Graham et al., 2016).

Infatti, l'ACT è una forma più recente di terapia cognitivo comportamentale (Hayes et al., 2006) che si è evoluta dal lavoro sperimentale riguardante l'influenza del linguaggio sul comportamento (Zettle, 2005) ed è, in parte, influenzata dalla teoria dei frame relazionali (De Houwer et al., 2016). La principale implicazione per il trattamento è che l'elaborazione del linguaggio è vista all'interno

del paradigma del comportamento. Pertanto, si può comprendere come il “pensiero” influenzi il comportamento manifesto, in questo caso i modelli di comportamento inefficaci, mantengono la sofferenza senza la necessità di concentrarsi sul contenuto dei pensieri. L'ACT si rivolge a processi di cambiamento diversi rispetto alla CBT tradizionale. In primo luogo, invece di tentare di cambiare le convinzioni (ad esempio, cercando di sostituire i pensieri “negativi” o “disadattivi” con pensieri più “adattivi”), l'ACT mira al processo di pensiero, o per essere più precisi, mira a ridurre le conseguenze comportamentali e influenza la parte funzionale del pensiero. Si cerca quindi di favorire un processo generale chiamato flessibilità psicologica, quindi l'essere aperti, consapevoli ed in contatto con il momento presente e l'impegno flessibile in comportamenti che facilitano gli obiettivi generali della vita (Bond et al., 2006). In secondo luogo, a differenza della CBT tradizionale, l'ACT vede molte forme di disagio come una conseguenza naturale dell'essere umano: insicurezza, paura, incertezza, autocritica, pensiero negativo, disforia, ecc., come normali esperienze umane. L'ACT non mira esplicitamente a ridurre il disagio (sebbene ciò possa verificarsi come effetto collaterale di una maggiore flessibilità psicologica o di una maggiore attività significativa), ma adotta piuttosto un approccio sfumato al disagio, mirando principalmente ad aumentare la capacità di intraprendere attività significative in sua presenza.

Molte ricerche hanno evidenziato come, l'ACT ha un'utilità rispetto ad altri modelli psicoterapeutici esistenti nel contesto di condizioni a lungo termine (Angiola e Bowen, 2013; Graham et al., 2015; Hadlandsmyth et al., 2013; Low et al., 2012; Whittingham, 2014). Una *review* di articoli che hanno preso in considerazione i cambiamenti avvenuti in seguito all'applicazione di una pratica ACT, ha evidenziato diversi contributi della sua efficacia; sottolineando come l'ACT riduce il disagio emotivo nelle persone con patologia cronica (Burke et al., 2014; Feros et al., 2013; Hawkes et al., 2013, 2014; Nordin e Rorsman, 2012; Sheppard et al., 2010). Quindi, gli interventi ACT sono stati costantemente associati a miglioramenti post-intervento riducendo la sofferenza; tuttavia non è chiaro se l'ACT sia superiore ad altri trattamenti psicologici, o se i miglioramenti post-intervento non siano il risultato di una regressione dalla media, il placebo o di fattori terapeutici non specifici. Inoltre, è stato dimostrato anche che l'ACT può migliorare l'autogestione della malattia e lo stile di vita (Hawkes et al., 2013, 2014; Gregg et al., 2007); oltre ad evidenziare dei miglioramenti nella flessibilità psicologica dopo un intervento ACT, dove la dimensione dell'effetto sembra superiore ad un altro intervento psicologico (Hawkes et al., 2013, 2014).

In sintesi, l'ACT è stata applicata ed è risultata efficace in molte condizioni croniche, per ridurre il disagio (Nordin e Rorsmann, 2012; Rost et al., 2012; Sheppard et al., 2010) e migliorare la qualità della vita (Feros et al., 2013; Lundgren et al., 2006, 2008).

Compassion Focused Therapy

La *Compassion Focused Therapy* (CFT) ha le sue basi in un'analisi evolutiva e funzionale dei sistemi motivazionali sociali fondamentali (come la vita in gruppo, la formazione di gerarchie e ranghi, la ricerca di relazioni intime, l'aiuto reciproco e la cura dei propri cari) e dei diversi sistemi emotivi funzionali (come la risposta alle minacce, la ricerca di risorse e di stati di sicurezza/affetto). Gli esseri umani hanno sviluppato una serie di competenze cognitive per ragionare, riflettere, anticipare, immaginare, mentalizzare e creare un senso di sé socialmente contestualizzato, generando talvolta difficoltà nell'organizzazione dei sistemi motivazionali ed emotivi più antichi. Secondo la CFT, il nostro cervello evoluto può essere problematico a causa della sua "progettazione" di base, essendo facilmente incline a comportamenti distruttivi e problemi di salute mentale. Tuttavia, mammiferi in generale e gli esseri umani in particolare hanno sviluppato motivazioni ed emozioni per comportamenti affettuosi, premurosi e altruistici che possono organizzare il nostro cervello in modo da compensare notevolmente i potenziali comportamenti distruttivi. La CFT enfatizza dunque, l'importanza di sviluppare la capacità delle persone di accedere consapevolmente, tollerare e indirizzare motivazioni ed emozioni affettuose, sia per sé stessi che per gli altri, promuovendo la coltivazione della compassione interiore. Questo approccio aiuta a organizzare il nostro "complesso cervello" in modalità prosociali e mentalmente sane.

La CFT forma le persone alla compassione e può avere una vasta gamma di benefici fisiologici e psicologici (Desbordes et al., 2013; Jazaieri et al., 2013; Weng et al., 2013) e molti benefici terapeutici (Hoffman et al., 2011), anche per le persone con gravi psicopatologie (Braehler et al., 2013).

Mentre molte terapie si concentrano sulla riduzione diretta dei sistemi negativi e basati sulla minaccia, la CFT ne sostiene la necessità anche per sviluppare la capacità di sperimentare e tollerare motivazioni ed emozioni affiliative. Questo perché questi sistemi si sono evoluti per essere, e sono programmati per essere, potenti regolatori del sistema delle minacce e creeranno un senso diverso del sé e del modo di relazionarsi con sé stessi e gli altri. Nella CFT generare sentimenti affiliativi verso noi stessi e gli altri e sapere che gli altri si sentono così nei nostri confronti, ci aiuta a funzionare meglio. La terapia focalizzata sulla compassione (Gilbert, 2014) è stata sviluppata per affrontare la vergogna e l'autocritica nei pazienti con patologie croniche e complesse di salute mentale (Gilbert, 2010) coltivando motivazioni di cura affiliativa attraverso l'allenamento mentale compassionevole (Gilbert, 2006).

Si ipotizza teoricamente che la CFT sia un approccio pertinente alle malattie croniche, a causa del suo sostegno fisiologico, e le prove suggeriscono che l'auto-compassione sia collegata al coping adattivo (Sirois et al., 2015) e sia un fattore protettivo per la salute mentale (Trindade e Sirois, 2021) nelle patologie a lungo termine. Nello specifico, la compassione, ovvero, la sensibilità alla sofferenza e la motivazione per alleviarla e prevenirla (Gilbert, 2019), ha un impatto positivo sulla funzione immunitaria, sulla risposta fisiologica allo stress (Matos et al., 2017) e sui sistemi psicofisiologici rilevanti nelle malattie croniche, come la modulazione del dolore (esempio ossitocina, vasopressina) (Rockliff et al., 2011).

Un contributo per aiutare le persone ad accettare ed affrontare le sfide di una condizione fisica a lungo termine può essere la compassione, definita come “una sensibilità alla sofferenza propria e degli altri con l'impegno a cercare di alleviarla e prevenirla” (Gilbert, 2014). In questo caso, il lavoro sulla compassione comprende il riconoscimento che tutti gli esseri umani attraversano esperienze difficili e implica l'affrontare quelle esperienze difficili con gentilezza, azione saggia e premurosa (Gilbert, 2014; Neff, 2011; Strauss et al., 2016). La compassione per noi stessi, o auto-compassione, è associata ad una minore sofferenza (Costa e Pinto-Gouveia, 2013; Friis et al., 2015; Pinto-Gouveia et al., 2014), coping adattivo (Sirois et al., 2015), regolazione delle emozioni (Sedighimornani et al., 2017), comportamenti che promuovono la salute (Dunne et al., 2018; Homan e Sirois, 2017), ricerca di sostegno sociale (Brion et al., 2014) e aderenza al trattamento (Sirois e Hirsch, 2019) in varie condizioni fisiche a lungo termine e in popolazioni sane. L'auto-compassione, inoltre, è associata a un minor disagio e a una riduzione dei sentimenti di vergogna (anche corporea) e può favorire risposte adattive relative alla malattia, come la ricerca di supporto sociale e promozione di vita sana. Pertanto, la compassione è una risorsa rilevante nell'affrontare le sfide specifiche della convivenza, come una malattia cronica.

Per quanto riguarda gli interventi di CFT applicati a diverse popolazioni con malattie croniche (Austin et al., 2021), si nota che i cambiamenti e benefici che i partecipanti hanno sperimentato dopo l'intervento sono stati identificati in tre temi.

1. Accettazione della condizione, nel corpo cambiato e delle limitazioni risultanti. Gli interventi basati sulla compassione hanno aiutato i partecipanti ad accettare la propria condizione ed i limiti ad essa legati, invece di sentirsi in colpa o incolpare sé stessi. Inoltre, l'accettazione della condizione ha consentito un senso di sé meno legato alla malattia, ed è diventata possibile la riscoperta di altre parti di sé.
2. Capacità di regolazione delle emozioni (ad esempio in situazioni mediche minacciose). I partecipanti hanno raccontato di essere riusciti a calmarsi in situazioni difficili, come ad

esempio durante un controllo medico. Inoltre, i partecipanti hanno scoperto di poter essere una fonte di sostegno e conforto per sé stessi, invece di limitarsi a confrontarsi con gli altri o fare affidamento esclusivamente sugli altri per il supporto emotivo.

3. Riduzione della sensazione di isolamento ed aumento della connessione. I partecipanti hanno riferito come la CFT e il “far parte di un gruppo”, li abbia aiutati a sentirsi compresi e meno isolati, sia attraverso esercizi di compassione che attraverso il senso di umanità basato su lotte condivise.

Ricerche mostrano indicazioni promettenti sull’efficacia di interventi basati sulla compassione per quanto riguarda il miglioramento della depressione, dell’ansia, dell’auto-compassione e della qualità della vita correlato alla salute. La CFT mira sia alle difficoltà di salute fisica che alle risorse per la salute mentale, come il benessere mentale, emotivo, psicologico e sociale (Lamers et al., 2011).

Conclusioni

Le condizioni mediche croniche richiedono cure a lungo termine, una gestione continua della terapia che spesso richiede una combinazione di trattamenti medici, un cambiamento nello stile di vita e un supporto psicologico alla persona che ne è affetta. Le ricerche hanno mostrato che le patologie croniche hanno un grande impatto sulla qualità della vita dei pazienti. Inoltre, la letteratura mostra che i disturbi psicologici si osservano in maggiore presenza in persone con malattie croniche rispetto alla popolazione generale, rilevando una comorbilità soprattutto con sintomi legati all’ansia e alla depressione. La ricerca sottolinea, inoltre, che la gestione della patologia medica spesso viene complicata da sintomi psichiatrici o la presenza di sofferenza di tipo emotivo o psicologico. Le ricerche testimoniano l’importanza di integrare una malattia nella propria identità e di mantenere un’identità coerente, oltre a ciò, osservano come l’accettazione è fortemente correlata al funzionamento adattivo. L’accettazione consente ai pazienti di affrontare meglio le sfide della malattia e potrebbe anche portare a migliori comportamenti di auto-cura (Luyckx et al., 2010; Richardson et al., 2001), che di conseguenza possono portare un miglioramento del funzionamento psicologico e fisico (Karademas et al., 2009). Il grado in cui gli individui riescono a raggiungere un’identità coerente nel contesto della malattia cronica può influenzare anche il funzionamento psicologico (Morea et al., 2008).

L’accettazione, in un contesto psicologico, rappresenta il processo mentale di riconoscere ed accogliere consapevolmente le esperienze, i pensieri, le emozioni o le situazioni che si presentano nella propria vita. Accettare non significa necessariamente piacere o approvazione verso la

situazione, ma piuttosto comprendere che è presente ed accoglierla senza alimentare la lotta contro di essa. Quindi, accettare significa riconsiderare o ridurre il valore di uno scopo, ridefinire i propri standard di normalità e i concetti di diritti o doveri personali, modificare la credenza o la percezione riguardo alla possibilità di successo e al poter raggiungere lo scopo ed infine identificare scopi alternativi desiderabili.

Autori come, Ambrosio et al. (2015) propongono il concetto che vivere con una malattia cronica deve essere inteso come un processo il cui obiettivo finale è raggiungere un “positivo” convivere con la malattia, e l'accettazione è il punto di partenza per convivere con successo con la patologia cronica. Il livello di accettazione dipende dalla natura, dalla gravità e dal disagio della malattia, oltre a fattori associati al paziente e determinanti socio-demografici (Czerw et al., 2016; Galuszko, 2013). Nel convivere con una malattia cronica, l'accettazione emerge come il fattore più significativo per l'adattamento, influenzando positivamente l'atteggiamento del paziente nei confronti della patologia e del processo terapeutico, e portando ad un miglioramento della qualità della vita (Galuszko, 2013; Pasek et al., 2017).

La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, l'*Acceptance and Commitment Therapy* e la *Compassion Focused Therapy* sono delle terapie che all'interno della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) vengono chiamate di Terza Onda. Queste terapie vengono considerate un'evoluzione della pratica terapeutica che integra elementi della *mindfulness*, della consapevolezza e delle strategie comportamentali e cognitive della TCC tradizionale. Queste nuove terapie si concentrano sulla comprensione e sulla gestione delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti in modo più profondo ed integrato. Integrano al loro interno la consapevolezza, l'accettazione e la flessibilità psicologica come strumenti per il cambiamento e il miglioramento del benessere psicologico dei pazienti.

Esistono diverse pubblicazioni scientifiche e corsi dedicati a questi approcci che negli ultimi dieci anni hanno mostrato il ruolo sempre più rilevante che le pratiche di accettazione stanno assumendo nella pratica clinica all'interno della Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), e anche nella popolazione clinica di persone con patologia cronica. Uno degli esiti previsti da questi interventi basati sull'accettazione è che il paziente non solo sviluppi una maggiore capacità di accettare una specifica compromissione o minaccia, ma diventi in generale meno vulnerabile ai cicli ricorsivi e, di conseguenza, alla sofferenza patologica derivante da altre compromissioni o minacce. Molti studi hanno dimostrato come la *Mindfulness*, l'ACT e la CFT, portano a risultati statisticamente significativi nel diminuire la disorganizzazione cognitiva e ridurre i sintomi

depressivi e ansiosi, migliorare l'autogestione della malattia e lo stile di vita, aumentare la qualità della vita e il benessere generale in pazienti affetti da diverse patologie croniche.

Bibliografia

- Adams, S., Pill, R. & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity: The perspective of people with asthma. *Social Science & Medicine*, *45*, 189-201.
- Ambrosio, L., Garcia, J.M.S., Fernandez, M.R., Bravo, S.A., Diaz De Cerio Ayesa, S., Sesma, M.E.U., Caparros, N.U. & Portillo, M.C. (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *24*, 2357-2367.
- Angiola, J.E. & Bowen, A.M. (2013). Quality of life in advanced cancer: An acceptance and commitment therapy view. *The Counseling Psychologist*, *41*, 313-335.
- Austin, J., Drossaert, C.H.C., Schroevers, M.J., Sanderman, R., Kirby, J.N. & Bohlmeijer, E.T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: a mixed methods systematic review. *Psychology & Health*, *36*, 16-42.
- Barcaccia, B. (2008). *Accepting limitations of life: leading our patients through a painful but healing path*. Lecture conducted from Ludwig-Maximilians Universität, June, Munich, (DE).
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, *380*, 37-43.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow.
- Bond, F.W., Hayes, S.C. & Barnes-Holmes D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, *26*, 25-54.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*, 199-214.
- Brion, J.M., Leary, M.R. & Drabkin, A.S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, *19*, 218-229.
- Burke, K., Muscara, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V. & Walsler, R. (2014). Adapting acceptance and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: Pilot study. *Families, Systems & Health*, *32*, 122.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, *4*, 167-182.
- Campbell, J.D., Assanand, S. & Paula, A.D. (2003). The structure of self-concept and its relation to psychological adjustment. *Journal of Personality*, *71*, 115-140.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, *5*, 168-195.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity and self. *The Sociological Quarterly*, *36*, 657-680.
- Conversano, C. (2019). Common Psychological Factors in Chronic Diseases. *Front. Psychol.* *10*, 2727.
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, *43*, 1578-1591.
- Czerw, A., Religioni, U. & Deptata, A. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, *23*, 654-661.
- Czerw, A.I., Bilinska, M. & Deptata, A. (2016). The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the Acceptance of Illness Scale (AIS). *Contemporary Oncology*, *20*, 261-265.
- Czerw, A.I., Religioni, U., Deptata, A. & Walewska_Zielecka, B. (2016). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in colorectal cancer patients. *Gastroenterology Review*, *11*, 96-103.
- Czerw, A.I., Religioni, U., Deptata, A. & Fronczak, A. (2017). Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. *Archives of Medical Science*, *13*, 1459-1466.
- De Houwer, J., Barnes-Holmes, Y. & Barnes-Holmes, D. (2016). Riding the waves: A functional-cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology*, *51*, 40-44.

- Denys, K., Denys, P., Macander, M. & Zboralski K. (2015). Quality of life, acceptance of illness and a sense of health control in patients with chronic musculoskeletal disorders during the rehabilitation process. *Pol Merkur Lekarski*, 38, 155-158.
- Desbordes, G., Negi, L.T., Pace, T.W., Wallace, A.B., Raison, C.L. & Schwartz, E.L. (2013). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Frontiers in Human Neuroscience*. Advance online publication.
- Dijkstra, A., Buunk, A.P., Toth, G. & Jager, N. (2008). Psychological adjustment to chronic illness: the role of prototype evaluation in acceptance of illness. *Journal of Applied Biobehavioural Research*, 12, 119-140.
- Dunne, S., Sheffield, D. & Chilcot, J. (2018). Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *Journal of Health Psychology*, 23, 993-999.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York (NY): WW Norton & Company.
- Feros, D.L., Lane, L., Ciarrochi, J. & Blackledge, J.T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22, 459-464.
- Friis, A.M., Johnson, M.H., Cutfield, R.G. & Consedine, N.S. (2015). Does kindness matter? Self-compassion buffers the negative impact of diabetes-distress on HbA1c. *Diabetic Medicine*, 32, 1634-1640.
- Galuszko, A. (2013). Acceptance of chronic disease and level of distress in ambulatory patients. *Chowanna*, 1, 159-177.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications (invited review). *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London, UK: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gilbert, P., Basran, J., MacArthur, M. & Kirby, J.N. (2019). Differences in the semantics of pro-social words: An exploration of compassion and kindness. *Mindfulness*, 10, 2259-2271.
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M.P. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
- Graham, C.D., Simmons, Z., Stuart, S.R. & Rose, M.R. (2015). The potential of psychological interventions to improve quality of life and mood in muscle disorders. *Muscle & Nerve*, 52, 131-136.
- Graham, C.D., Gouick, J., Krahé, C. & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*, 46, 46-58.
- Gregg, J.A., Callaghan, G.M., Hayes, S.C. & Glenn-Lawson, J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.
- Hadlandsmyth, K., White, K.S., Nesin, A.E. & Greco, L.A. (2013). Proposing an Acceptance and Commitment Therapy intervention to promote improved diabetes management in adolescents: A treatment conceptualization. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 12-15.
- Hawkes, A.L., Chambers, S.K., Pakenham, K.I., Patrao, T.A., Baade, P.D., Lynch, B.M., ..., Courneya, K.S. (2013). Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*.
- Hawkes, A., Pakenham, K., Chambers, S., Patrao, T. & Courneya, K. (2014). Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 48, 359-370.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.G. (2003). Mindfulness: method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165.
- Hayes, S.C. & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science Practice*, 11, 249-254.
- 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, 1-25.
- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. & Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.

- Homan, K.J. & Sirois, F.M. (2017). Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*, 4.
- Jankowska-Polanska, B., Ilko, A. & Wleklik, M. (2014). Influence the acceptance of the disease on quality of life of patients with hypertension. *Arterial Hypertension*, 18, 143-150.
- Jazaieri, H., Jinpa, G.T., McGonigal, K., Rosenberg, E.I., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ..., Goldin, P.R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1113-1129.
- Johnson-Laird, P.N., Mancini, F. & Gangemi, A. (2006). A theory of psychological illnesses. *Psychological Reviews*, 113, 822-842.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J., University of Massachusetts Medical Center/ Worcester; Stress Reduction Clinic (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York (NY): Delta.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., ..., Kristeller, J. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York (NY): Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Vivere momento per momento*. Roma: Corbaccio.
- Karademas, E.C., Tsagaraki, A. & Lambrou, N. (2009). Illness acceptance, hospitalization stress and subjective health in sample of chronic patients admitted to hospital. *Journal of Health Psychology*, 14, 1243-1250.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 146-154.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K. & Howrd, N. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 259-267.
- Kralik, D., Telford, K., Price, K. & Koch, T. (2005). Women's experiences of fatigue in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 372-380.
- Kralik D., Visentin, K. & Van Loon, A. (2006). Transition: a litterature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 320-329.
- Kralik, D. & Van Loon, A. (2009). Editorial: transition and chronic illness experience. *Journal of Nursing and Health-care of Chronic Illness*, 1, 113-115.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York (NY): Springer.
- Kubler-Ross, E. (1987). *AIDS: The Ultimate Challenge*. New York (NY): Macmillan.
- Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC- SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Langer, E.J. (2009). *Counterclockwise: Mindful health and the power of possibility*. Ballantine Books.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York (NY): Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Idler, E.L. & Leventhal, E.A. (1999). The impact of chronic illness on the self system. In R.J. Contrada e R.D. Ashmore (Eds.), *Self, social identity, and physical health* (Vol. 2, pp. 185-208). New York (NY): Oxford University Press.
- Low, J., Davis, S., Drake, R., King, M., Tookman, A., Turner, K., ..., Jones, L. (2012). The role of acceptance in rehabilitation in life-threatening illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43, 20-28.
- Lundgren, T., Dahl J., Melin, L. & Kies, B. (2006). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa-A pilot study. *Epilepsia*, 47, 2173-2179.
- Lundgren T., Dahl J., Yardi N. e Melin L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 13, 102-108.

- Luyckx, K., Vanhalst, J., Seiffge-Krenke, I. & Weets, I. (2010). A typology of coping with type 1 diabetes in emerging adulthood: Associations with demographic, psychological and clinical parameters. *Journal of Behavioural Medicine*, 33, 228-238.
- Mancini, F., Barcaccia, B. & Perdighe, C. (2002). I processi cognitivi dell'accettazione: un esempio di cambiamento opportuno e possibile. *Manoscritto non pubblicato*.
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2002). Ragionamento e irrazionalità. In Mancini F., Castelfranchi C. e Miceli M. (a cura di) *I fondamenti psicologici della psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri: Torino (TO).
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2004). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti*, 2, 237-254.
- Martino, M.L., Gargiulo, A., Lemmo, D., Dolce, P., Barberio, D., ..., Abate, V. (2019). Longitudinal effect of emotional processing on psychological symptoms in women under 50 with breast cancer. *Health Psychology*.
- Mason, O. & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy*, 74, 197-212.
- McGuire, M.T. & Troisi, A. (1998). *Darwinian psychiatry*. New York (NY): Oxford University Press.
- Morea, J., Friend, R. & Bennett, R.M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: a comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Research in Nursing & Health*, 31, 563-575.
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J. & Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomised controlled study. *Mindfulness*, 8, 1699-1712.
- Neff, K. (2011). *Self compassion*. Morrow: New York (NY).
- Nesse, R. (2005). Evolutionary psychology and mental health. In D. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 903-929). John Wiley and Sons: Hoboken (NJ).
- Nordin, L. & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: A randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 87-90.
- Oris, L., Rassart, J., Prikken, S., Verschuere, M., Goubert, L., Moons, P., ..., Luyckx, K. (2016). Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: Introducing the illness identity questionnaire. *Diabetes Care*.
- Oris, L., Luyckx, K., Rassart, J., Goubert, L., Goossens, E., Apers, S., Arat, S., Vanderberghe, J., Westhovens, R. & Moons, P. (2018). Illness identity in adults with chronic illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25, 429-440.
- Pasek, M., Debska, G. & Woityna, E. (2017). Perceived social support and sense of coherence in patient-caregiver dyad versus acceptance illness in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4985-4993.
- Parkes C.M. (1972). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*; publ. Pelican and Routledge, London e New York (NY). Tr. it. (1980) *Il lutto*. Studi sul cordoglio negli adulti. Feltrinelli, Milano (MI).
- Perdighe, C. & Mancini, F. (2011). *Introduzione alla terapia cognitiva*. In Perdighe C. e Mancini F. (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Giovanni Fioriti Editore: Roma (RM).
- Piano Nazionale della Cronicità (PNC), Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; Bolzano, 15 settembre 2016.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M. & Fraguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 311-323.
- Pompey, C.S., Ridwan, M.N., Zahra, A.N. & Yona, S. (2019). Illness acceptance and quality of life among end state renal disease patients undergoing hemodialysis. *Enfermeria Clinica*, 8621, 30112-30113.
- Portillo, M.C., Senoisai, J.M., Arantzamendi, M., Zaragoza, A., Navarta, M.V., Martinez, E., Luquin, M.R., Urstia, M.E., Corchon, S. & Moreno, V. (2012). Proyecto ReNACE. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preliminares de la Fase I. *Revista científica de la Sociedad Espanola de Enfermeria Neurologica*, 36, 31-38.
- Randolph, P.D., Caldera, Y.M., Tacone, A.M. & Greak, B.L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in West Texas. *Pain Digest*, 9, 103-112.
- Richardson, A., Adner, N. & Nordstrom, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal Of Advanced Nursing*, 33, 758-763.

- Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M. & Gilbert, P. (2011). Effects of intranasal oxytocin on 'compassion focused imagery'. *Emotion*, 11, 1388-1396.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Rosa, V., Tomai, M., Lauriola, M., Martino, G. & Di Trani, M. (2019). Body mass index, personality traits, and body image in Italian pre-adolescents: an opportunity for overweight prevention. *Psihologija*.
- Rost, A.D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M.J. & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 508-517.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonz, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N.S., Reynolds, N. & Whittenmore, R. (2012). Process of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 136-144.
- Schwartz, S.J. (2001). The evolution of Eriksonian and neo-Eriksonian identity theory and research: a review and integration. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 1, 7-58.
- Sedighimornani, N., Rimes, K.A. & Verplanken, B. (2017). Exploring the relationships between mindfulness, self-compassion, and shame. *SAGE Open*, 9.
- Senol-Durak, E. (2014). Stress related growth among diabetic out-patients: role of social support, self-esteem, and cognitive processing. *Social Indicators Research*, 118, 729-739.
- Sheppard, S.C., Forsyth, J.P., Hickling, E.J. & Bianchi, J. (2010). A novel application of Acceptance and Commitment Therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 12, 200-206.
- Simmons, K.L., Smith, J.A., Bobb, K-A, & Liles, L.L.m: (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 627-635.
- Sirois, F.M., Molnar, D.S. & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14, 334-347.
- Sirois, F.M. & Hirsch, J.K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10, 46-54.
- Stanton, A.L., Revenson, T.A. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J. Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27.
- Teasdale, J.D., Segal, Z. & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S53-S77.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V. & Williams, J.M.G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157-160.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15, 1-18.
- Telford, K., Kralik, D. & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 457-464.
- Tilden, B., Charman, D., Sharples, J. & Fosbury, J. (2005). Identity and adherence in diabetes patient: trasformatios in psycho-therapy. *Qualitative Health Research*, 15, 312-324.
- Trindade, I. A. & Sirois, F. (2021). The prospective effects of self-compassion on depressive symptoms, anxiety, and stress: A study in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 146.
- Van Bost, G., Van Damme, S. & Crombez, G. (2019). Goal reengagement is related to mental well-being, life satisfaction and acceptance in people with an acquired brain injury. *Neuropsychol Rehabilitation*, 29, 1-15.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R.M., Bhutta, Z.A., ..., Brown, A. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1545–1602.

- Weng, H.Y., Fox, A.S., Shackman, A.J., Stodola, D.E., Caldwell, J.Z.K., Olson, M.C., ..., Davidson, R.J. (2013). Compassion training alters altruism and neural responses to suffering. *Psychological Science*, 24, 1171–1180.
- Whittemore, R., Chase, S.K., Mandle, C.I. & Roy, S.C. (2002). Lifestyle change in type 2 diabetes. A process Model. *Nursing Research*, 51, 18-25.
- Whittemore, R. & Dixon, J (2008). Chronic illness: the process of integration. *Journal of Nursing and Health-care of Chronic Illness*, 17, 177-187.
- Whittingham, K. (2014). Parents of children with disabilities, mindfulness and acceptance: A review and a call for research. *Mindfulness*, 5, 704–709.
- World Health Organization (WHO) (2005). Noncommunicable Disease. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- World Health Organization (WHO). (2018). Noncommunicable diseases. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- Yu, D., Lee, D., Kwong, A., Thompson, D. & Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 474-483.
- Zettle, R.D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1, 77–89.

Arianna Negri Psicologa, Psicoterapeuta, Vicenza

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Baggio e Mansutti

e-mail: arianna.negri@ordinepsicologiveneto.it

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