

Il sogno nel paziente oncologico

ANDREA BOVERO, ILARIA BORDONE, ANTONELLA VARETTO, RICCARDO TORTA

Summary – DREAM IN ONCOLOGICAL PATIENT. The purpose of this research is analyzing the influence of cancer on dream, on personality and on quality of life. At the sample was asked to tell a dream with positive and negative emotional impact and was evaluated with Rorschach test, Visual Analogue Scale, Hospital Anxiety Depression Scale, Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale, and European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of Life Questionnaire. The results were interesting and show important correlations among Rorschach test, dreams and rating scales. These results give important indications about the activation of psychodynamic psychotherapy for oncological patients.

Keywords: CANCER, DREAM WORK, RORSCHACH

I. Premessa

Questo studio nasce dall'interesse nello scoprire i vissuti profondi del paziente affetto dalla patologia oncologica e dalla constatazione di come la personalità possa essere influenzata dal decorso di questa malattia, modificandone, conseguentemente anche la qualità di vita [11, 21].

Secondo Adler il sogno «deve essere considerato un prodotto del suo stile di vita e deve contribuire a costruire e rafforzare lo stile di vita» (4, p. 79), «rappresenta un ponte gettato verso il futuro mediante il quale l'uomo tenta di collaudare la sua posizione verso obiettivi attuali o ipotizzati, in passato, presente e futuro, incoraggiando o scoraggiando determinate linee finalistiche» (39, p. 41).

Mentre per Freud il contenuto manifesto del sogno rappresenta il prodotto di una deformazione camuffata operata dalla censura attraverso il lavoro onirico [25], per Adler il sogno «È una particolare presa di posizione nei confronti della vita»

(4, p.81) e lo scopo dei sogni deve essere applicabile alla sua visione unitaria dell'uomo: «Lo scopo dei sogni sono i sentimenti che esso lascia dietro di sé» (4, p. 79).

Nella letteratura più recente pochi lavori hanno messo in correlazione il significato dei sogni ed i vissuti di morte nelle popolazioni oncologiche. In uno studio di Relph-Wilkman che valuta i processi coinvolti nell'approccio alla morte sono stati valutati i sogni di 36 pazienti con cancro e 36 soggetti di controllo. Il gruppo di pazienti con cancro ha dimostrato una maggiore presenza nei sogni di immagini legate a temi di transizione/cambiamento e ancora simboli legati alla sessualità ed ai temi di morte rispetto alla popolazione normale [41]. In particolare Danks sottolinea in un case report come i sogni giochino un ruolo significativo nella preparazione alla morte in una paziente anziana, comparando l'analisi dei sogni del soggetto studiato con quelli di pazienti affetti da tumore e sottolineando la corrispondenza fra immagini e temi, in particolar modo riguardanti i contenuti di morte e di rinascita e concludendo come i sogni possano diventare parte di un processo di individuazione, in particolar modo incoraggiando il sognatore a considerare anche la propria morte per sviluppare un migliore adattamento [17]. I sogni, pertanto, sarebbero il frutto di una sintesi creativa, costruttiva, prospettica, tesa a dare un senso, piuttosto che nascondere significati inaccessibili [22, 23, 38].

Il test delle macchie di Rorschach è uno degli strumenti ancor oggi più utilizzati nella ricerca psicodiagnostica e nella valutazione della personalità [14]. Durante la somministrazione del Rorschach come nel sogno, secondo Adler, avviene la creazione di significato, ossia lo sforzo di sintesi creativa è paragonabile ai processi proiettivi che si sviluppano durante la somministrazione del Rorschach, attraverso i quali il soggetto rivela, sempre inconsciamente, qualcosa di sé, delle proprie esperienze, del proprio stile di vita [35].

Il Rorschach nei pazienti oncologici è utilizzato prevalentemente, esaminando l'esigua letteratura in proposito, nella valutazione di tratti di personalità di pazienti con vari tipi di tumore (gastrico, mammella, ematologici) [28, 43, 9] per determinare l'impatto della malattia sull'assetto psicopatologico o, in studi più recenti, per valutare la correlazione tra condizione immunologica e neuroendocrina e variazioni dell'assetto psicologico del paziente con tumore [34].

Sostenendo con Adler il notevole apporto dell'esperienza individuale al simbolismo onirico e senza negare la possibilità di confluenze universali, Parenti afferma che ogni persona nei sogni o anche nel Rorschach struttura soggettivamente i suoi simboli in base al proprio vissuto, alle sue finalità e risentendo in parte di un condizionamento ambientale [39].

In questa ricerca si vuole analizzare il contenuto manifesto dei sogni nei pazienti oncologici al fine di valutare l'influenza della malattia sul contenuto onirico e sulla qualità di vita. Inoltre si vuole analizzare le correlazioni tra la struttura di personalità, gli aspetti emozionali e il sogno.

II. *Popolazione e Metodi*

Il campione esaminato è composto da 32 soggetti affetti da patologia oncologica, a sua volta suddiviso in due gruppi per tipo di malattia: 16 soggetti con carcinoma alla mammella e 16 soggetti con tumore al polmone. I criteri di inclusione prevedevano che tutti i soggetti fossero stati sottoposti ad un intervento chirurgico in un periodo compreso da 6 mesi ad un anno e che attualmente fossero in fase attiva di malattia e quindi sottoposti a cicli di chemioterapia.

L'intero campione, preso in carico dalla S.C.D.U. di Psiconcologia dell'ospedale San Giovanni Battista di Torino, è stato sottoposto ad un colloquio psicologico di accoglienza presso il Centro Oncologico ed Ematologico (COES) dell'ospedale San Giovanni Battista e presso il day-hospital oncologico dell'Ospedale San Giovanni Antica Sede.

Durante il colloquio di accoglienza viene chiesto al paziente di raccontare un sogno con impatto emozionale negativo e positivo, viene somministrato il test proiettivo di Rorschach [45] per la valutazione clinica della personalità e vengono somministrate la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [51] che valuta i livelli di ansia e depressione, la Scala Analogica Visiva (VAS) [47] e il Questionario Italiano del Dolore (QUID) [18] che valutano la sintomatologia dolorosa, il Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (MINI MAC) [50] che analizza lo stile di adattamento alla malattia, e l'European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire- Core (EORTC QLQ-C30) [1] che valuta la qualità di vita.

La modalità di somministrazione e di siglatura del test di Rorschach corrisponde a quella descritta da Passi Tognazzi [40]. Il sogno viene analizzato sia da come il soggetto costruisce le storie e sia dallo studio del materiale fornito dal soggetto attraverso il racconto. Inoltre l'elaborazione del sogno viene considerata secondo il modello della Psicologia Individuale e l'elaborazione statistica è stata effettuata attraverso il programma informatico SPSS (15.0) [48]. Con le variabili nominali e ordinali sono state calcolate i valori di frequenza, mentre le differenze tra le distribuzioni delle frequenze tra i due gruppi sono state calcolate utilizzando il Chi-square's test e l'analisi delle correlazioni è stata effettuata attraverso il coefficiente "r" di Pearson. Trattandosi di un lavoro esplorativo è stato accettato un livello di significatività per le correlazioni ottenute pari di $p < 0.05$.

III. Risultati

III. 1. *Contenuto manifesto dei sogni.* Il campione composto da 32 soggetti di sesso femminile (età media $55 \pm 8,5$, range: 44:69), evidenzia differenze significative tra le frequenze dei due gruppi del campione per quanto riguarda i vissuti emozionali emergenti dal sogno (Chi-Square=6,97, $p < .05$).

Dall'analisi del contenuto manifesto degli incubi nelle pazienti affette da carcinoma alla mammella in accordo con i risultati del Rorschach, emerge una prevalenza di vissuti emozionali negativi legati al Sé corporeo, all'immagine corporea e alla identità sessuale (75%), vissuti legati alla paura della morte (15%), e vissuti riferiti a cambiamenti relazionali nella sfera della coppia e delle relazioni sociali (10%).

L'analisi del contenuto manifesto dei sogni ad impatto emozionale negativo nel gruppo affetto dal tumore al polmone ha messo in evidenza, in accordo con i risultati del Rorschach, una prevalenza di vissuti più profondi focalizzati su angosce di morte (63%), angosce di soffocamento (25%), e vissuti di solitudine, impotenza (12%).

I sogni ad impatto emozionale positivo del campione evidenziano una maggiore frequenza di bisogni di tenerezza, di accudimento (50%), di bellezza (35%) e di desiderio sessuale (15%) nelle donne affette da carcinoma alla mammella, mentre nei sogni delle pazienti colpite da k al polmone si rileva una maggiore ricerca di protezione (72%) e un bisogno di sostegno (18%).

III. 2. *Rorschach.* Dall'analisi della siglatura dei Rorschach analizzati, emerge che il 37,5% delle pazienti affetti da ca alla mammella evidenzia difficoltà nelle capacità di osservazione, di assimilazione, di giudizio critico e di esame della realtà ($F < 70\%$) e una difficoltà a livello cognitivo nel controllare l'emotività ($F\% < 50$); mentre il 50% del gruppo affetto da k al polmone mostra valori patologici ($F < 70\%$) e l'87% delle pazienti mostra difficoltà nel controllare l'emotività. Inoltre in questo gruppo la presenza di F- indicherebbe l'incapacità di controllo emotivo e di contatto adattivo con la realtà contro cui stanno lottando le pazienti. Differentemente dal primo gruppo, l'approccio cognitivo, si caratterizza anche per l'elevata presenza di localizzazioni dettaglio (D) che denoterebbero l'esigenza di questi soggetti di agire in modo pratico al fine di affrontare il conflitto o il dubbio che non riescono ad accettare [19, 40].

Nel primo gruppo la bassa presenza di movimento umano (K) e la maggiore presenza di risposte movimento animale (FK) evidenzierebbe come la capacità creativa riferita a pensieri e azioni, sia spostata su animali in quanto emotivamente troppo coinvolgenti per essere proiettata sulla figura umana. Nella popo-

lazione colpita da k al polmone, la maggior presenza di K segnalerebbe un equilibrio instabile e tensioni non risolte derivate da situazione stressanti in atto [20, 42].

A livello emozionale la prevalenza di risposte Colore-Forma (CF) evidenzia una difficoltà delle donne colpite dal tumore al seno (75%) ad esprimere, a realizzare una vita affettiva ricca e controllata che, al contrario, risulta caratterizzata da emozioni intense, negative che non vengono sempre mentalizzate, ma espresse in modo incontrollato [42]. Inoltre il 56% del gruppo evidenzia un Erlebnis (risonanza intima) quasi ambiguo (TRI1= 1/4, TRI2=1/1) con una tendenza all'estroversione, espressione di un evitamento della conflittualità. Le pazienti colpite al polmone (37,5%), invece, sarebbero emotivamente caratterizzate dalla presenza di determinanti Chiaroscuro-Forma (ClobF) [10], evidenziando la difficoltà di queste pazienti nel controllare vissuti disforici più profondi e dalla presenza di risposte Estompaggio-Forma (EF) che metterebbero in evidenza la dipendenza dagli altri e il bisogno di contatto affettivo [32]. La risonanza intima del campione maggiormente rivolto verso il polo introversivo, esprimerebbe un'opposizione, un conflitto maggiormente rivolto verso il proprio Io [32].

Analizzando i contenuti si evidenzia che il 37,5% del gruppo delle pazienti operate alla mammella presenta contenuti Figure Animali (A) con una certa frequenza (>50%) evidenziando una tendenza ad allontanarsi dalla realtà a causa di problematiche di contatto umano e di problematiche di identificazione, come è confermato dai contenuti manifesti dei sogni delle pazienti oncologiche operate al seno. Inoltre l'elevata presenza di risposte Dettaglio Umano (Hd) (>20%) potrebbero indicare un conflitto riferito alla percezione dell'immagine del Sé corporeo non integra che si rifà ad angosce di castrazione o di frantumazione [40]. Questo dato si correla con la presenza di contenuti Anatomici e contenuti Sessualizzati che suggeriscono una percezione malata del proprio corpo e della propria identità sessuale.

Le pazienti affette da k al polmone presentano un minore numero di contenuti animali e una maggiore presenza di siglature di contenuti Umani (H), indice di una maggiore ricerca di contatto umano e di una capacità di identificazione. La presenza di risposte Umane Fantastiche (H) esprimerebbero la tendenza di queste pazienti (62,5%) a rifugiarsi nella fantasia, in un mondo irreali [40].

La presenza di choc al rosso, di choc sessuali e di rifiuti esprimerebbero l'inibizione comportamentale delle pazienti oncologiche operate al seno in seguito al turbamento emotivo provocato da stimoli che le pazienti tenderebbero ad identificarli come modalità soggettive di interazione con la realtà circostante (la malattia) che stanno affrontando [33, 37]; mentre la presenza di choc chiaroscuro e di rifiuti nel secondo gruppo potrebbe essere interpretato come un disagio del sog-

getto a livello profondo che risveglia emozioni primitive, con valore di angoscia [40]. Altri dati che caratterizzano il primo gruppo al test di Rorschach, sono i contenuti botanici che, associati al fenomeno della devitalizzazione, evidenzerebbero il timore di questi soggetti del peggioramento della situazione clinica e la preoccupazione per la morte [40, 12]; mentre l'elevata presenza di contenuti Architettonici e di contenuti Oggetto associati alla devitalizzazione nel secondo gruppo esprimerebbero la presenza di un senso di insicurezza, una sensazione di minaccia da parte del mondo da cui si proteggerebbero cercando un supporto, un appoggio [40].

III. 3. *Sintomi depressivi e ansiosi*. L'analisi della HADS ha evidenziato un punteggio medio statisticamente significativo per l'ansia e la depressione ($p < .01$) in entrambe le popolazioni: nel gruppo di pazienti affette da carcinoma alla mammella l'ansia equivale a 11.91 ± 0.68 , la depressione 12.40 ± 1.43 ; mentre nel gruppo con k al polmone il sintomo ansioso equivale a 13.45 ± 2.28 e il sintomo depressivo a 13.43 ± 2.28 .

III. 4. *Dolore*. I risultati della VAS hanno evidenziato nella prima popolazione un punteggio medio nella percezione dell'intensità del dolore pari a 5.20 ± 1.62 e nel gruppo del polmone pari a 5.40 ± 1.65 . Nel QUID i sintomi dolorosi sono distinti in quattro raggruppamenti: sensoriale, valutativo, affettivo e misto. Nel gruppo della mammella prevalgono i clusters riferiti alla dimensione sensoriale (0.25 ± 0.08) e alla dimensione cognitiva del dolore (0.67 ± 1.30); mentre nell'altro gruppo analizzato si rileva una maggior scelta da parte delle pazienti per la dimensione affettiva (0.38 ± 0.10) e cognitiva del dolore (0.26 ± 0.19).

III. 5. *Stili di coping*. Il Mini-Mac ha evidenziato che il gruppo delle donne con carcinoma alla mammella tendono maggiormente a utilizzare stili di coping quali Fatalismo (2.03 ± 0.12) ed Evitamento (1.97 ± 0.37); mentre le donne affette da k al polmone mostrano una maggiore presenza di stile di coping Ansia (1.94 ± 0.17) e Disperazione (1.81 ± 0.42). Per quanto riguarda lo Spirito Combattivo, lo stile di adattamento più positivo, i due gruppi tendono ad equivalersi: (gruppo Mammella 1.34 ± 0.38 , gruppo Polmone 1.31 ± 0.24). Infine si è evidenziato una differenza significativa dal punto di vista statistico ($p < 0.05$), tra le due popolazioni, per quanto riguarda gli stili di coping Fatalismo ed Evitamento.

III. 6. *Qualità di Vita*. La qualità di Vita misurata attraverso l'EORTC-QLQ-C30 individua un miglior punteggio totale nella popolazione affetta da carcinoma alla mammella (61.00 ± 10.40) rispetto al gruppo colpito da tumore al polmone (56.38 ± 9.87).

IV. *Discussione*

Tenendo conto del limite statistico del campione numericamente esiguo e della difficoltà di ottenere risultati privi di distorsioni quando si analizzano variabili soggettive, lo studio ha evidenziato correlazioni significative tra alcune dimensioni del Rorschach e le RS, in accordo con gli aspetti emozionali emergenti dall'analisi del contenuto del sogno. La ricerca ha evidenziato una correlazione significativa nel gruppo di pazienti affette da carcinoma alla mammella fra la HADS depressione e fra la percezione del Colore-Forma (CF) ($r=0.55$, $p<.01$) al Rorschach mettendo in evidenza un'incapacità di regolare gli affetti e un'affettività labile ed egocentrica [40]. Le fantasie e le dinamiche emergenti dai sogni confermano vissuti di castrazione, (l'angoscia al rosso rappresentata al Rorschach con lo choc al rosso) di cui parla Green [30]; ma la mutilazione del seno in seguito alla malattia implicherebbe una ferita che comporta la perdita per sempre del Sé onnipotente ed il riconoscimento dell'estrema fragilità e vulnerabilità di un sé che appare come mutilato [24]. L'idea del cancro trasforma il seno buono, dispensatore di vita e di piacere, in seno cattivo, dispensatore di sofferenza, scatenando una vera e propria rivoluzione psicologica che obbliga alla messa in discussione rispetto al futuro e alla propria vita [31]. Emerge in modo chiaro nei contenuti onirici come la donna si senta "attaccata" dall'interno del proprio corpo e come il vissuto sia fortemente connotato da angosce persecutorie che invadono la mente: le immagini più ricorrenti sono quelle di "Un mostro", "Qualcosa che le mangia dentro", "Un nemico da combattere". È come se queste donne durante l'iter di malattia, dopo l'intervento chirurgico e le terapie cercassero, rispecchiandosi nello sguardo dei curanti e dei familiari, o in uno specchio vero e proprio, la consueta immagine di sé, un'immagine che temono mutata. Quello che scoprono è un nuovo organo. Lo vivono come un corpo estraneo ed un vissuto di perturbante estraneità si estenderebbe a tutto il corpo. La paziente ne resta "spaesata", come se il cancro avesse rotto, con la trasformazione chirurgica e le terapie, la continuità del vissuto di un sé integrato e separato: la mente non si sente più "di casa" nel corpo [13]. Considerazioni che trovano una conferma attraverso la correlazione statistica negativa fra le risposte Anatomiche e EORTC che valuta la qualità di Vita percepita dal paziente ($r=-0.57$, $p<.01$) e fra il fenomeno della Devitalizzazione e HADS ansia ($r=0.66$, $p<.05$). Questa malattia ferisce l'immagine che il soggetto ha di sé e del proprio corpo, che viene percepito come ammalato, mutilato e alieno dall'Io anziché integrato nell'immagine globale del Sé [40, 6]. Inoltre la correlazione negativa fra HADS ansia e H% ($r=-0.73$, $p<.01$) metterebbe in evidenza come queste persone provino una forte paura dell'incertezza e come si sentano vittime di una percezione negativa della propria corporeità che indurrebbe un senso di insicurezza nei confronti della propria prestantza fisica, verso l'ambiente, verso gli altri esseri umani.

Dal punto di vista psicodinamico tale alterata percezione del Sé corporeo, indicata come “*complesso d’inferiorità d’organo*” [2, 7] è per la Psicologia Individuale uno dei fattori più importanti della paura di affrontare nuove esperienze, per cui questi soggetti si sentono inadeguati e minacciati pesantemente a livello dell’autostima e dell’identità [27, 13]. Infatti alcune pazienti si descrivono nei sogni come “*anormali*” e come “*donne a metà*” e come “*avere un buco*”. Ciò porta a togliere gli specchi, a svestirsi al buio, ad evitare di fare il bagno. I contenuti dei sogni di queste donne mettono in evidenza la presenza del meccanismo di difesa del disconoscimento, di scissione dell’Io che viene attivato ogni volta che l’animo umano si trova a dover far fronte ad una realtà (interna o esterna) troppo problematica, una realtà di fronte alla quale si prova l’angoscia di essere smembrati, una realtà che si presenta come un dilemma irrisolvibile e che quindi si preferisce ignorare, censurare o mascherare [8].

Dall’analisi del contenuto manifesto dei sogni della popolazione affetta da tumore al polmone emergono elevati vissuti di morte (“*Vedo una bara aperta circondata da molta gente, tra cui la mia famiglia*”..., “*Sono bloccato nell’ascensore e non riesco ad uscire...*”, “*Sto annegando...*”) che evidenziano come il sogno sia qualcosa da comprendere, ma anche un importante strumento di espressione del significato della vita e della morte [3, 5]. Infatti secondo la Psicologia Individuale la meta del sogno sono le emozioni che esso porta con sé [2, 4].

L’analisi dei test evidenzia una correlazione negativa statisticamente significativa tra il valore dell’F% e l’EORTC che valuta la qualità di vita ($r=-0.72$, $p<.01$) confermando i dati della letteratura che affermano come i pazienti affetti da tumore al polmone siano più soggetti rispetto ad ammalati di altre neoplasie ad una peggiore prognosi (49), ad un maggiore insuccesso nelle cure [16] e siano più soggetti a vissuti depressivi [15]. Infatti le correlazioni tra HADS depressione e ClobF ($r=0.57$, $p<.01$) e tra HADS depressione e Devitalizzazione ($r=0.68$, $p<.01$) potrebbero mostrare come il sintomo depressivo, possa rappresentare un segnale sentinella aspecifico del profondo disagio esistenziale esistente in seguito alla perdita di quello spirito vitale e quella voglia di vivere che mantengono un corpo e una mente sana [13, 36].

Infine la bassa presenza di K, la prevalenza di risonanza intima di tipo extratensivo nel primo gruppo e di tipo introversivo nel secondo gruppo, evidenziano un equilibrio psichico instabile e tensioni non risolte derivanti dalla situazione stressante vissuta dal malato e potrebbero suggerire la progettazione di una psicoterapia psicodinamica flessibile lungo il continuum espressivo-supportivo [26], caratterizzata dalla presenza di una propensione al “*processo di incoraggiamento*” come modello di intervento [46]. Infatti i sogni possono offrire un valido supporto al lavoro psicoterapico in pazienti che devono gestire i cambiamenti in una malattia grave o cronica, fortemente stigmatizzante come il cancro. Rompendo

l'isolamento generato dallo stigma, il sogno può fornire un primo legame non minaccioso con il terapeuta, in pazienti prevalentemente orientati alla gestione degli aspetti fisici della malattia, offrendo un utile via d'accesso agli aspetti emozionali dell'esperienza cancro [29].

V. Conclusioni

I risultati dello studio indicano che la malattia oncologica influisce sul contenuto manifesto del sogno evidenziando delle correlazioni significative tra alcune dimensioni del Rorschach, le rating scales e gli aspetti emozionali emergenti dall'analisi del contenuto del sogno. Inoltre l'applicazione del test di Rorschach insieme al sogno, oltre ad evidenziare il suo potere diagnostico, potrebbe rinforzare l'alleanza terapeutica e attivare percorsi psicoterapeutici ottimali.

Attraverso l'analisi dei sogni è stato possibile avvicinarsi in modo creativo al dramma esistenziale del paziente oncologico, recuperando quelle fantasie relative al cancro, alle trasformazioni subite che creano profondi vissuti di intrappolamento sia nei pazienti sia in chi si prende cura di lui, per poi ricercare insieme al paziente soluzioni creative alla sua sofferenza. Infatti secondo Adler i sogni possono essere considerati come un puro atto creativo [7], «Essi possono divenire oggetto di interpretazione alla stessa stregua di qualsiasi creazione artistica» (4, p. 82).

Infine i risultati stimolanti di questa ricerca ancora in corso, avvalorano la visione adleriana secondo cui «il sogno diventa una particolare presa di posizione nei confronti della vita, un ponte gettato fra un giorno e l'altro, fra lo stile di vita di un individuo e i suoi problemi attuali» (4, p. 78).

Bibliografia

1. AARONSON, B. K., AHMEDAZAI, S., BULLINGER, M. ET ALII (1991), The EORTC Core Quality of Life Questionnaire: interim Results of an International Field Study, in OSOBA D., *Effect of Cancer on Quality of Life*, CRC Press, Boca Raton.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cos'è la Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1976.
5. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
6. AMIANTO, F., GASTALDI, F., BERGESE, BOLGIANI, M., FASSINO, S., LEVI, M., COMBA, E., ERCOLE, R. (2005), Dimensioni psicobiologiche e radici psicodinamiche del temperamento, *Riv. Psicol. Individ.*, 58: 99-124.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York.
8. ANZIEU, D. (1974), Le moi-peau, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9: 195-208.
9. ARAGONA, M., MUSCATELLO, M. R., MESITI, M. (1997), Depressive Mood Disorders in Patients with Operable Breast Cancer, *J. Exp. Clin. Cancer. Res.*, 16: 111-118.
10. BINDER, H. (1933), Die Helldunkeldeutungen in psychodiagnostischen Experiment von Rorschach, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 30: 233-286.
11. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R., (2006), "Personalità e dolore oncologico. Considerazioni cliniche e psicologiche sui trattamenti", *Congresso Nazionale di Psicologia Clinica*, Bologna.
12. BOVERO, A., GRAZIANO I., FASSINA, S., TORTA R. (2008), "Tenderness and Aggressiveness in the Relationship with the Oncological Dying Patient", *International Congress of Individual Psychology*, Vilnius.
13. BOVERO, A., TORTA, R., (2008) Il dolore oncologico come esperienza globale: considerazioni cliniche e psicoterapiche, *Psicologi a confronto* 1, Torino.
14. BUTCHER, J. N., ROUSE, S. V. (1996), Personality: Individual Differences and Clinical Assessment, *Annu. Rev. Psychol.*, 47: 87-111.
15. BUCCHERI, G. (1998), Depressive Reactions to Lung Cancer are Common and Often Followed by a Poor Outcome, *Eur. Respir. J.* 11: 173-178.
16. CARTA, E., BELLINI, M. (1996), Psicosomatica e immunità: il rapporto tra cancro e depressione, *Med. Psicosom.*, 40: 147: 158.
17. DANKS, P. (2001), "The Role of the Dream in Preparation for the Transition of Physical Death". Dissertation Abstract International: Section B, *The Sciences and Engineering*, 62: 542.
18. DEBENEDETTIS, G., CORLI, O., MASSEI, R. ET ALII (1994) Questionario Italiano del Dolore, *Manuale*, OS Edizioni, Firenze.
19. EXNER, J. E. (1974, 1978, 1991, 1993), *The Rorschach: A Comprehensive System*, Wiley, New York.

20. EXNER, J. (1986), *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*, Basic Books, New York 1993.
21. FALLER, H., BULZEBRUCK, H., SCHILLING, S. (1997), Do Psychological Factors Modify Survival of Cancer Patient? Results of an Empirical Study with Bronchial Carcinoma Patients, *Psychoter. Psychosom Med. Psychol.*, 47: 206-218.
22. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 15-41.
23. FERRIGNO, G. (2003), Sogno, neuroscienze, linguaggio multimediale e interdisciplinarietà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 54: 5-34
24. FORNARI, F. (1985), *Affetti e cancro*, Raffaello Cortina, Milano.
25. FREUD, S. (1900), *Die Traumdeutung*, tr. it. *L'interpretazione dei sogni*, Newton Compton, Roma 1980.
26. GABBARD, G. G. (1994), *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano.
27. GANZ, P., DESMOND, K. ET ALII (1999), Predictors of Sexual Health in Women after a Breast Cancer Diagnosis, *Journal of Clinical Oncology* 17: 2371-2381.
28. GEORGOFF, P. (1991), The Rorschach with Hospice Cancer Patients and Surviving Cancer Patients. *J. Pers. Assess.*, 56: 218-226.
29. GOELITZ, A. (2001), Nurturing Life with Dreams: Therapeutic Dream Work with Cancer Patients, *Clinical Social Work Journal*, 29: 375-385.
30. GREEN, A. (1985), *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*, Borla, Roma.
31. KLEIN, M. (1948), *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945*, Hogarth, London.
32. KLOPFER, B., AINSWORTH, M., KLOPFER, W., HOLT, R. (1954), *Developments in the Rorschach Technique, Vol. I: Technique and Theory, Vol. II: Fields of Application*, World Book, New York.
33. LERNER, P. M. (1998), *Psychoanalytic Perspectives on the Rorschach*, The Analytic Hillsdale, N J.
34. LISSONI, P., MESSINA, G., BALESTRA, A., COLCIAGO, M., BRIVIO, F., FUMAGALLI, L., FUMAGALLI, G., PAROLINI, D. (2008), Efficacy of cancer chemotherapy in relation to synchronization of cortisol rhythm, immune status and psychospiritual profile in metastatic non-small cell lung cancer, *In Vivo*, 22: 257-262
35. MEZZENA, G. (1983), Psicoterapia e simboli del Rorschach nella Psicologia Individuale e nella Psicoanalisi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 19: 50-53.
36. NATOLI, S. (1996), *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli.
37. PARENTI, F., PAGANI P. L. (1976), *Il reattivo del Rorschach nell'età evolutiva*, Hoepli, Milano.
38. PARENTI, F., MEZZENA, G., PAGANI, P. L. (1977), Simbolismo e Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 8.
39. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
40. PASSI TOGNAZZO, D. (1994), *Il metodo Rorschach*, Giunti, Prato.
41. RELPH-WIKMAN, M. (1995), "An empirical investigation of death, dreams and the psyche among cancer patients". Dissertation Abstract International: Section B, *The Sciences and Engineering*, 55: 4624.
42. RAPAPORT, D., MERTON, M. G., SCHAFER, R. (1975), *Diagnostic Psychological Testing*, International Universities, New York.
43. RISKO', A., FLEISCHMANN, T., MOLNÁR, Z., SCHNEIDER, T., VÁRADY, E. (1996), Influence of the Pathological Psychological State of Cancer Patients on Their Decisions, *Support Care Cancer.*, 4: 51-5.

44. RISTVEDT, S., TRINKAUS, K. (2005), Psychological Factors Related to Delay in Consultation for Cancer Symptoms, *Psycho-Oncology*, 14: 339-350.
45. RORSCHACH, H. (1921), *Psychodiagnostik*, Bircher, Bern.
46. ROVERA, G. G. (1982), Trasmotivazione: proposte per una strategia di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
47. SCOTT P., HUSKISSON, E. (1976), Graphic Representation of Pain, *Pain*, 2: 175-187.
48. SPSS., (1998), *Statistic Package for Social Sciences*, SPSS Inc., Chicago.
49. VISSOR, M. R. M., SMETS, E. M. A. (1998), Fatigue, Depression and Quality of Life in Cancer Patients, *Support Care Cancer*, 6: 101:108.
50. WATSON, M., LAW, M., DOS SANTOS, M. (1992) *Coping with Cancer: the Mini-MAC*, Beaune ICPO.
51. ZIGMOND, A., SNAITH, R., (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-370.

Andrea Bovero
Corso Bramante, 88
I-10126, Torino
E-mail: a.bovero@tiscali.it