

## Setting in psiconcologia

ANDREA BOVERO, RICCARDO TORTA

*Summary* - SETTING IN PSYCHO-ONCOLOGY. This paper will explore the most important psychological issues of the patient with cancer and, recognize the most common problems that arise in the psychotherapeutic setting. Beyond a great variety of approaches, the focus of psycho-oncology in oncology care include the chance to reconnect with values that maintain meaning, sense of self and relatedness to others in the face of progressive disability and dependency. There are key aspects of Adlerian therapy, as oneness of the concerned person, its teleological aspects, the emphasis on social responsibility, the need to come true in the human community, the strategy of encouragement and the sense of belonging that make it useful in the treatment of cancer patients.

*Keywords:* CANCER, SETTING, PSYCHO-ONCOLOGY

### I. Introduzione

La presa di contatto con una malattia oncologica produce un vissuto drammatico che non è facile descrivere per una sorta di "effetto massa" provocato dal tumore maligno. E non potrebbe essere diversamente se riflettiamo sul fatto che l'Oncologia, etimologicamente, è un discorso (logos) sulla massa (onkos). Sul soggetto paziente, sulla persona su cui viene a cadere la diagnosi di cancro, con tutto il suo pathos (letteralmente: emozione troppo forte, incontenibile...) si affollano immagini portatrici di un carico insostenibile.

Il cancro infatti rappresenta sempre, per il paziente e per la sua famiglia ma anche per i terapeuti, una prova esistenziale sconvolgente. Questa prova riguarda tutti gli aspetti della vita: il rapporto con il proprio corpo, il significato dato alla sofferenza, alla malattia, alla morte, così come le relazioni familiari, sociali, professionali.

Il trattamento del paziente oncologico deve avere come obiettivo principale quello di migliorare la Qualità della Vita e di limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche tali da condizionare la vita futura del malato.

I cambiamenti culturali che hanno caratterizzato negli ultimi anni le modalità di presa in carico del paziente oncologico, hanno messo in evidenza l'esigenza di considerare l'intervento psiconcologico come parte integrante del percorso di cura. La specificità dei bisogni connessi alla malattia e al trattamento ha contribuito a definire una figura professionale di psicoterapeuta caratterizzata da una formazione teorica e da un training clinico specialistico [18].

La malattia oncologica modifica le necessità e la prospettiva esistenziale dell'individuo in modo sostanziale, ponendo il tema della definizione dei bisogni dei pazienti oncologici come punto centrale dell'intervento terapeutico. Affrontare le preoccupazioni, le problematiche e le modificazioni dei ruoli e delle relazioni familiari, favorire lo sviluppo di modalità di coping più adattive e il lavoro sui sintomi (dolore, nausea anticipatoria, ansia e depressione, etc.) rappresentano i temi principali individuati come obiettivi dell'intervento psiconcologico.

In questo articolo prenderemo in considerazione i vari setting in psiconcologia, a partire dalla fase diagnostica fino alla fase terminale della malattia neoplastica.

## *II. Assistenza psiconcologica*

In oncologia è fondamentale attivare una rete di assistenza ai pazienti che si articola in assistenza ospedaliera, ambulatoriale, assistenza domiciliare integrata e assistenza domiciliare specialistica continuativa. Sono previste una valutazione e una presa in carico del paziente con formulazione del piano terapeutico individualizzato, il cui fulcro è il medico specialista, il medico di medicina di famiglia. Gli obiettivi sono assicurare al paziente un'assistenza finalizzata alla guarigione oppure al controllo dei sintomi, al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascuno, con sostegno psicologico e sociale al paziente e ai suoi familiari, e agevolare la cura dei pazienti nella propria casa, garantendo loro la più alta qualità di vita possibile.

La consulenza psiconcologica si cala nelle differenti fasi che intercorrono fra la diagnosi di tumore e la gestione del paziente nel medio e lungo termine fino alla fase terminale di malattia.

Fra i compiti dello psiconcologo vi è infatti, già nella fase iniziale di ricovero, la valutazione della situazione emozionale del paziente e la modulazione della comunicazione della diagnosi di tumore, eventualmente affiancandosi al chirurgo oncologo od all'oncologo medico.

Altro compito assistenziale, tanto nell'ambito delle consulenze ai reparti oncologici quanto nella gestione degli ambulatori esterni, è quella del sostegno offerto al paziente nel corso del cammino terapeutico, sia esso chirurgico, chemioterapico, radioterapico: talora si rende infatti necessario un supporto psicologico al fine di facilitare una graduale rielaborazione dell'evento, un miglioramento dell'atteggiamento psichico verso la malattia e, quindi, una maggiore compliance verso il progetto terapeutico. In altri pazienti può essere utile l'impiego di psicofarmaci, finalizzati alla gestione ed al superamento della crisi, nonché ad una migliore accettazione della sintomatologia e delle eventuali collateralità delle terapie. In tale ambito si

inserisce la collaborazione della psiconcologia, in associazione alle strutture di terapia antalgica, nella terapia del dolore, al fine di discriminare le possibili componenti di risonanza ed amplificazione emozionale, trattandole, sul versante psicologico e/o psiconeurofarmacologico, in una sinergia con le tradizionali terapie antidolorifiche nell'intento di restituire dignità e qualità di vita all'individuo sofferente [19].

Il ruolo dello psiconcologo nelle cure palliative è fornire un supporto psicologico, se possibile continuativo rispetto a quello ospedaliero, al paziente o alla famiglia durante la malattia ma anche dopo il decesso, in caso di lutto patologico [7, 9]. I compiti psicologici coinvolti nel morire includono la gestione dell'angoscia, la capacità di dire addio e di "lasciar andare" le persone care e le situazioni che hanno fatto parte del quotidiano e la costruzione della consapevolezza dei significati della propria vita. Il terapeuta sostiene e accompagna il morente in questi compiti, indirizzando il colloquio verso ciò che risulta, in quel momento, importante per la persona: lasciare un testamento, concludere relazioni o risolvere problemi in sospeso e ancora occuparsi della famiglia [5].

Un campo di intervento psiconcologico interessante riguarda l'assistenza ai pazienti off therapy, i cosiddetti sopravvissuti dal cancro; in cui la sopravvivenza dalla neoplasia non è vissuta univocamente come uno scampato pericolo, o una fortuna nella sfortuna, ma viene ad assumere connotati ambivalenti che oscillano dal senso di onnipotenza all'angoscia persecutoria.

Nell'ottica di un'integrazione delle diverse discipline, la competenza psiconcologica (psicologica e psichiatrica) è dunque parte integrante dell'approccio al malato e ai suoi familiari in funzione dei diversi bisogni psicologici e psico-sociali, del grado di sofferenza psichica e dei frequenti disturbi psicopatologici presenti nelle diverse fasi di malattia e dopo il decesso del paziente (lutto). Altrettanto importanti sono gli interventi messi in atto per consentire all'équipe curante di gestire al meglio i problemi legati agli aspetti comunicativi, relazionali e psicologici, sia in termini di formazione permanente e di base, sia per proteggere il personale stesso dalla sofferenza psicologica secondaria al lavoro e ridurre il rischio di burn-out [4].

Ne deriva che l'intervento psiconcologico è rivolto alla persona: quella affetta dalla malattia, quella che con questa condivide i legami familiari, quella che – in vario modo e a seconda del proprio ruolo e delle proprie competenze, si occupa delle sue cure e della sua assistenza.

Una delle caratteristiche fondamentali dell'assistenza ai pazienti oncologici è l'intervento di équipe. Poiché i bisogni del malato oncologico sono di natura non solo fisica, ma anche

psicosociale e spirituale, l'assistenza va effettuata da un complesso di esperti capaci di operare sulle diverse componenti della sua sofferenza [19].

Questo setting allargato, multiprofessionale fa sì che lo staff sia nella condizione per poter valutare importanti variabili quali aspettative di vita, caratteristiche della neoplasia, capacità di controllo dei sintomi, qualità di vita attuale e attesa, livello di consapevolezza e partecipazione attiva, considerazioni in termini di costo/efficacia e costo/benefici. In questo contesto il medico specialista o il medico di famiglia, avrà il compito di attivare e coordinare gli interventi degli altri operatori coinvolti nell'assistenza, così da garantire un trattamento multimodale continuativo attraverso un intervento multidisciplinare (medico-infermiere-psiconcologo) attuato da personale debitamente preparato, in grado di soddisfare i reali bisogni del malato e di contenere i desideri di chi lo assiste. Importante è il confronto continuo con i colleghi, soprattutto quando si affrontano quadri clinici complessi o situazioni che sollevano interrogativi di carattere psicologico, etico o spirituale, per esempio la necessità di sedare un paziente di fronte a un sintomo incontrollabile.

L'approccio adleriano al sintomo fisico e nel nostro caso alla malattia oncologica, si inserisce perfettamente nella cornice di riferimento psiconcologica, considera fondamentale, un trattamento integrato che prenda in considerazione l'unità somatopsichica della persona, la sua individualità e il suo contesto sociale [2, 15]. Inoltre fondamentale risulta essere una metodologia d'intervento che tenga conto della globalità e della complessità del malato cronico rispetto agli interventi terapeutici settoriali.

La malattia oncologica non implica solo un deficit d'organo o funzione, ma mette in crisi l'omeostasi psichica dell'individuo che si ammala [8]. Considerata la complessità del fenomeno cancro, l'approccio al suo studio e alla sua terapia non può che essere multimodale [8] e interdisciplinare. Il "modello di rete", inteso come strumento concettuale ed operativo tra paradigmi diversi, permette di rendere compatibili i differenti interventi e i diversi linguaggi utilizzati [16]. I diversi interventi terapeutici, farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi devono essere applicati nella stessa persona, quando è necessario, in un insieme globale o di rete, in un'ottica di "psichiatria di consultazione-liaison [14] attivando un approccio di tipo progettuale e un'applicazione strategica. La terapia biopsicosociale nell'impostazione della Psicologia Individuale articolizza e pianifica il trattamento sulla base di principi biopsicosociali e teleologici [15, 16]. L'approccio finalistico elaborato da Adler oltre che ad analizzare la funzione della malattia, quale segnale di deficit e di conflitto, esprime il tentativo del Sé di riparare deficit e conflitti [8]. Tale approccio considera

fondamentale ai fini della terapia non solo individuare le cause della malattia (da dove viene) ma anche il suo piano inconscio di vita (verso dove va la sofferenza).

Infine va notato che l'attenzione in senso adleriano all'individuo, alla sua soggettività, ai suoi peculiari riferimenti esistenziali, precorre e si integra con il concetto di Qualità di Vita [17]. Questo è un parametro che si presta efficacemente sia a valutare i vissuti del soggetto ammalato, sia a dare delle interessanti indicazioni che tenga conto della qualità dell'assistenza prestata.

### III. *Psicoterapia*

Il setting è l'insieme degli elementi che concorrono alla messa in scena della relazione interpersonale con finalità analitica. Dal punto di vista Individualpsicologico <<Il setting rappresenta il luogo d'incontro e di confronto, al cui interno si sviluppa il gioco interattivo della coppia analitica con i suoi circuiti elaborativi e creativo/ricreativi>> (11, p.33).

La terapia di linea adleriana, non può essere intesa come una semplice esperienza intellettuale, asetticamente assimilabile a un intervento di tipo chirurgico. Essa costituisce nella sua essenza un evento "ontologico" di natura duale che incide in profondità nel vissuto esistenziale sia del terapeuta che del paziente; perché è proprio la nuova "esperienza emotiva, partecipativa e incoraggiante", in cui si viene a creare un'atmosfera relazionale di sostegno e di contenimento empatico che rende possibile l'accesso "progressivo e successivo" alla fase dell'interpretazione, della comprensione e, quindi, del cambiamento [12].

Il setting con il paziente oncologico non potrà che essere flessibile: esso si basa, più che sul modello teorico utilizzato dallo psicoterapeuta, sulla gravità della malattia e sulla necessità di corrispondere al ritmo e ai bisogni del paziente [6].

Il lavoro psiconcologico deve confrontarsi con almeno due ordini di fattori: il primo è che le teorie che guidano i diversi approcci terapeutici non sono l'espressione di ciò che accade nella realtà; il secondo è che paziente e terapeuta sono chiamati a misurarsi con il tempo che resta.

È evidente che la fase di malattia in cui si trova la persona affetta da cancro influenza notevolmente l'applicabilità del modello di intervento e delle tecniche terapeutiche utilizzabili, nonché la portata degli obiettivi che l'intervento stesso si propone.

Tra gli altri, come accennato, il fattore tempo assume un'importanza decisiva. In modo ottimale, gli interventi psicoterapeutici con pazienti oncologici andrebbero iniziati quando ancora non si è instaurato il declino, più o meno rapido, sul piano fisico, cognitivo, funzionale ed emozionale. D'altra parte, è anche vero che non sempre il tempo a disposizione è quello

preventivato dal paziente e dal terapeuta: l'esperienza clinica insegna che anche malati che si trovano in uno stato di stabilità delle loro condizioni di salute possono andare incontro a un declino repentino e non previsto. Il sopraggiungere di queste nuove perdite, nonché lo smarrimento e la sofferenza che ne conseguono, inducono il terapeuta a rimodulare l'intervento psicologico con lo scopo di aiutare il malato a trattare le nuove emozioni e ad affrontare paure e angosce che sembravano assopite.

Pertanto l'intervento psiconcologico, con l'avanzamento della malattia, non ha pertanto come finalità quella di riconoscere e di modificare le manifestazioni patologiche del malato – che non può essere guarito dalla morte e sottratto all'ineluttabilità del suo destino – ma quello di aiutare la persona (ove possibile) ad accettare la realtà, ovvero a prendere coscienza di una dimensione che trascende la volontà e gli aspetti spazio-temporali dell'esistenza umana.

Dal punto di vista individual-psicologico l'intervento psiconcologico, «intraprende un cammino verso un nuovo “senso della vita”, verso una nuova modalità di concepire se stesso e di rapportarsi al mondo» (13, p. 100), prevede, inoltre, secondariamente alla capacità di creare un'atmosfera comunicativa incoraggiante all'interno del setting, lo smantellamento di quelle finzioni rafforzate “maligne” che, edificate sul versante inutile a compenso di una situazione minacciosa, hanno finito per cristallizzare il piano di vita autocostruito automatizzando lo stile di vita del soggetto [10].

Gli psicoterapeuti, inoltre, che hanno in cura pazienti affetti da cancro si misurano con un compito difficile perché devono tenere in seria considerazione, oltre allo stadio della malattia, alle condizioni di salute ed alla qualità della vita del paziente, anche le proprie modalità difensive e le proprie reazioni controtransferali. L'esperienza clinica insegna quanto questi due ultimi aspetti siano fondamentali anche nella psicoterapia dei pazienti oncologici, perché spesso, oltre che la loro mente, anche il loro corpo è rimasto segnato dalla malattia e dalle terapie, soprattutto quando si sono rese necessarie delle metamorfosi corporee che possono essere talmente inquietanti da paralizzare il pensiero dei curanti. Le dinamiche controtransferali rispecchiano lo stile di vita del terapeuta, sono onnipresenti e, per la maggior parte, inconsce, per cui è necessaria la capacità di una continua autosservazione da parte del terapeuta, le cui reazioni controtransferali possono essere dannose. Tra i problemi più importanti nello stare vicini a questi pazienti c'è la difficoltà a riconoscere il suo stato d'animo a causa dell'eccessiva identificazione con il paziente che provoca una difficile modulazione della distanza emotiva. Il medico e lo psicoterapeuta che non si sia messo in discussione sulla propria morte, difficilmente riuscirà ad aiutare un paziente oncologico. Ne deriva un atteggiamento di ritiro, di fuga, di abbandono del paziente e una tendenza a

ritualizzare, depersonalizzare la relazione con perdita di autenticità. A questo riguardo utile è la presenza di una supervisione da parte di psicoterapeuti esterni che prevengono crisi di svuotamento emotivo, burn-out [9, 13].

Inoltre è importante un costante lavoro di riflessione e di analisi del proprio controtransfert perché costituisce per il paziente la testimonianza e la garanzia della possibilità di intraprendere insieme all'analista un viaggio proficuo all'interno di se stessi [12]. Quest'ultimo deve essere consapevole del forte coinvolgimento emotivo richiesto, il quale però non deve essere eccessivo essendo stato filtrato dall'elaborazione della propria morte. L'angoscia di morte, la stretta previsione di vita, l'impotenza progettuale possono essere vissute dagli operatori in modo molto intenso; le difese inconsapevoli e controproducenti nei confronti di queste angosce possono procurare ai pazienti ulteriori gravi disagi. Il terapeuta deve essere in grado di modulare i propri vissuti di separazione e di morte nel clima controtrasferale e tenere in considerazione l'accordo di non abbandono. Si tratta di un accordo, più o meno verbalmente esplicitato, per il quale lo psicologo s'impegna ad accompagnare fino alla fine il paziente, provando a non allontanarsi né a livello professionale né emotivo. Questo atteggiamento produce l'effetto di un forte sentimento di appartenenza e lenisce i vissuti di solitudine [5].

Inoltre il terapeuta deve prendere in considerazione quello che può realisticamente ottenere e fare per lui; perché si tratta sempre di un processo che conduce sempre alla morte, anche se ben iniziato e condotto regolarmente il terapeuta deve essere in grado di tollerare l'incompletezza e la mancanza di conclusione. Il terapeuta, dovrà essersi confrontato con le proprie ferite di essere umano "inferiore", con la propria morte, impotenza, perché solo allora, riuscirà, con naturalezza, a superare le proprie "finzioni rafforzate" connesse al bisogno d'un "controllo onnipotente" all'interno del setting, a rinunciare al bisogno di ricevere continue gratificazioni narcisistiche alla propria autorappresentazione professionale, e ad immergersi in un rapporto diadico autentico e creativo che comporta inevitabili dinamiche transferali/controtransferali [10]. Quando dopo aver messo un solido catenaccio davanti alla mia porta –dice Adler – ed aver raccolto in camera mia armi, cani e poliziotti, affermo tranquillamente che mi sento pienamente sicuro, ho ragione e torto a un tempo. La mia angoscia risiede tutta intera nel mio catenaccio. [...] Soltanto coloro che hanno lo spirito falsato possono voler racchiudere l'animo umano nei limiti stretti di una dottrina scientifica [onnipotente]. In ultima analisi la psicologia individuale è un'arte e lo psicologo vero è soprattutto un artista» (1, p. 288).

Lo psicoterapeuta, analizzando il suo atteggiamento, valuta l'utilità nel facilitare e favorire l'emergere o meno di determinati vissuti emozionali. Infatti il paziente può desiderare di mantenere le proprie finzioni, percepite come rassicuranti. Per tale ragione è importante attivare un processo di incoraggiamento [9, 10, 13], impostando la relazione in termini rassicuranti favorendo lo sviluppo di un rapporto di fiducia verso lo psicoterapeuta. Occorre, infatti, evitare messaggi, anche impliciti e inconsapevoli, esigenti ed esosi, per non innescare iatrogenicamente processi di scoraggiamento. Lo scoraggiamento, come demotivazione e depressione, può incombere nel paziente oncologico depresso, dopo l'incontro incoraggiante col deficit, attraverso un progressivo smascheramento delle mete fittizie [10].

Un fattore da tenere in considerazione nella relazione con il paziente oncologico è l'attaccamento con le persone più significative, l'attaccamento alla vita, ovvero l'istinto più radicato della natura umana, che porta a perpetuare l'integrità della forma e a vivere con innato terrore la solitudine e la perdita di ciò che è familiare, alimentando la lacerante tensione tra la consapevolezza dell'ineluttabilità della morte e il desiderio di continuare a vivere. La concezione di Adler dell'individuo in termini sociali e interpersonali, lo porta a mantenere l'attenzione non tanto sulla dimensione intrapsichica, quanto piuttosto sulle modalità relazionali utilizzate dal paziente, rivelatrici, dello stile di vita e delle finzioni errate messe in atto. Pertanto il terapeuta dovrà lasciare il massimo spazio, la più ampia libertà in modo che nella relazione terapeutica, il suo comportamento riproduca quello da lui assunto abitualmente nella vita quotidiana.

Il setting individualpsicologico non necessita di alcuna regola predefinita sebbene sia importante, riuscire a creare e a mantenere un clima amichevole. «La funzione del medico o dello psicologo è quella di mettere il paziente nella condizione di vivere un'esperienza di amicizia, di fare in modo che possa trasferire sugli altri il suo risvegliato sentimento sociale. Questo è un compito simile a quello della madre che si colloca, appunto, tra la società e il bambino» (3, p. 379). L'essenziale della relazione, coerentemente con lo spirito di Adler, è quello di "camminare con lo stile del paziente", al suo fianco. La funzione dello psicoterapeuta è di "accompagnare" il paziente attraverso le fasi della malattia, piuttosto che nell'esplorazione dei suoi vissuti emozionali più profondi [5]. Infatti la sperimentazione da parte del paziente della presenza significativa del terapeuta e quindi del suo sentimento sociale, può agire come fattore terapeutico permettendo lo svelamento delle finzioni nella misura in cui il paziente segnali di volerle e poterle affrontare [10]. L'analista adleriano si pone come un *individuo*, presente al proprio ruolo, nuovo, solidale, partecipante, e si colloca



finzionalmente “a latere” del percorso analitico, come un buon servitore, un compagno di viaggio, una guida.

Se lo psicoterapeuta, attraverso un atteggiamento incoraggiante, imposterà la terapia secondo un ritmo adeguato alle reali possibilità di crescita del paziente, quest’ultimo potrà esprimere il proprio stile di vita, acquisirà un parziale senso di sicurezza, sulla base della quale potrà essere avviata una presa di coscienza del proprio valore e dei propri limiti umani.

#### IV. Conclusioni

Qualunque sia il metodo, il modello, lo psiconcologo si trova di fronte ogni volta ad un’esperienza nuova, diversa, magari per semplici sfumature, dalle precedenti esperienze. Anch’egli si trova a sperimentare nuove perdite, una nuova morte con le quali deve confrontarsi e dalle quali può trarre elementi di riflessione e di autoanalisi che lo conducono verso un confronto diretto con le proprie perdite, con la propria morte, con il morire a se stesso, anche rispetto ai propri canoni operativi, per accettare in modo inclusivo l’unicità della persona con cui condivide l’esperienza ultima. Il ritorno che lo psiconcologo può trarre è la maturazione progressiva di una coerenza tra sé e il proprio agire, tra il fine di accompagnare l’altro al morire e la propria personale accettazione dei limiti della natura umana.

#### Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. BELLANI, M. L. (2011), Psiconcologia e cure palliative, *Noss*, 2:137:154.
5. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un’esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70:111-125.
6. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2006), A new approach on oncological pain in depressed patients: dat from a clinical study using Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psycho-Oncology*, S15:446.

7. BOVERO, A., SALVATICO, F., SIMILI, V., TORTA, R. (2007), Assistenza domiciliare, hospice, volontariato, in TORTA, R., MUSSA, A. (2007), *Psiconcologia. Il modello biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
8. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.* 65: 73-93.
9. BOVERO, A., CHERASCO, P., TORTA, R. (2010), Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 41-51.
10. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. n. 69: 53-63.
11. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nel Dipartimento di Salute Mentale*, Centro studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
12. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel “setting” adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 46: 27-41.
13. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
14. ROVERA, G. G. (1984), “*Involving doctors*” e interventi clinici di fronte al problema del cancro. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, U.I.C.C., Ginevra.
15. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
16. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., MUNNO, D., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75,1.
17. ROVERA, G. G., FASSINO, S., LEOMBRUNI, P. (2000), *La qualità della vita: percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, Centro Scientifico, Torino.
18. SOCIETÀ ITALIANA DI PSICO-ONCOLOGIA (1998), Linee guida SIPO, [www.siponazionale.it](http://www.siponazionale.it).
19. TORTA, R., MUSSA, A. (2007), *Psiconcologia. Il modello biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.

Andrea Bovero  
 S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica-Università di Torino  
 A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino  
 Corso Bramante, 88/90  
 I-10126 Torino  
 E- mail: a.bovero@tiscali.it

Riccardo Torta  
 S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica-Università di Torino  
 A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino  
 Corso Bramante, 88/90  
 I-10126 Torino