

Il ruolo dello psicologo nella Breast Unit

ALESSIA MONTEFUSCO, ANDREA BOVERO, MARIA ROSA STANIZZO, PAOLO LEOMBRUNI, RICCARDO TORTA

Summary – THE PSYCHOLOGIST ROLE IN THE BREAST UNIT. The individual psychologist in Breast Unit, deals with the reception of the patient and his family, of the demand analysis and crisis management through the implementation of adaptive solutions. The structure of the adlerian setting is aimed at creating a safe and encouraging environment, in which the meeting may be born, and can develop interactive-play with the couple's therapist-patient relationship: acceptance in Breast Unit, means “being-with”, in a setting in which the therapist and the patient are found to co-exist in the therapeutic relationship. The individual psychologist in Breast Unit is responsible for the psychological assessment, with the aim of identifying women who have clinically significant emotional fragility and to propose them to make an in-depth psychological interview and orientation before surgery. Furthermore, to improve communication between the various professionals, with patients and caregivers, to share the emotional burden and to prevent burnout, the individual psychologist leads in Breast Unit, a set of multidisciplinary team meetings on a monthly basis on clinical cases in a welcoming and non-judgmental setting.

Keywords: SETTING, CANCER, BREAST UNIT

I. Introduzione

Il setting è lo scenario, il luogo e il tempo in cui si svolge la situazione analitica ed ha il fine di predisporre alla relazione comunicativa e mentale che si stabilisce tra gli attori della diade terapeutica, funzionando anche da elemento di sicurezza perché in tale ambito si possono produrre dinamiche emotive di difficile gestione. Viene tematizzata dunque l'importanza di un'attenzione agli aspetti processuali e a quelli strutturali della situazione terapeutica [19].

Per setting si intende non solo ciò che fa unicamente da sfondo alla relazione analitica, ma l'ambito all'interno del quale si stabiliscono le norme che rendono possibile il lavoro terapeutico. La stessa organizzazione del setting (spazio, tempo, orari, frequenza delle sedute, modalità d'incontro, atteggiamento terapeutico non giudicante, empatico, incoraggiante, etc.) è la base indispensabile per la creazione della situazione terapeutica e costituisce le basi perché questa possa essere concepita, realizzata, pensata. Il setting, infatti, definisce la forma dell'intervento psicologico: senza costanza e coerenza dei limiti non è possibile concordare e realizzare un progetto psicoterapeutico. Per quanto riguarda gli aspetti relazionali [12], il setting è finalizzato alla creazione di un ambiente di sostegno tale da facilitare e consentire l'espressione ed il contenimento delle angosce del paziente e da tutelare il rapporto analitico

anche nei momenti più delicati, organizzando e rendendo prevedibile l'ambiente, la persona, i luoghi, promuovendo la costanza della relazione, permettendo di modulare la distanza con il terapeuta e favorendo anche la creazione di uno spazio di libertà per l'intimità del paziente [11]. Tale disposizione è da intendersi come la disponibilità psichica dell'analista ad accogliere la situazione analitica, definita come "*setting mentale*" dell'analista stesso.

«Il setting individualpsicologico, costruito in un'ottica interpersonale, rappresenta [...] il luogo di incontro e di confronto, al cui interno si sviluppa il gioco interattivo della coppia analitica con i suoi circuiti elaborativi e creativo/ricreativi» (12, p. 33) ed è lo spazio all'interno del quale vengono depositate le angosce primarie che la relazione affettiva evoca e permette al paziente di costruire uno spazio mentale facilitante l'elaborazione di processi inconsci. «Il setting è un luogo "sacro": il regno dell'indicibile, dell'ineffabile, dell'implicito, del pensato, del "mai" detto, ma alluso, echeggiato, intuito, vissuto. Il paziente prima di essere un caso clinico è una persona unica e irripetibile e "ogni" rapporto terapeutico è irripetibile: si costruisce nell'hic et nunc dell'intersoggettività dialogica, che è alimentata dal fuoco delle emozioni, dei sentimenti, degli sguardi e dei silenzi carichi di significati» (57, Editoriale).

In campo psiconcologico risulta più difficile mantenere un setting, proprio per gli aspetti mutanti della malattia oncologica, per la continua trasformazione del Sé corporeo ed interno del paziente, per la dimensione perturbante che suscita sia nel malato che negli operatori tale patologia. Ne deriva l'esigenza di un setting molto flessibile, che di volta in volta riesca ad adattarsi alla nuova contingenza. In particolare, in ambito ospedaliero, emerge la necessità di "inventare" setting adeguati al contesto e finalizzati al massimo dispiegamento possibile delle potenzialità presenti nello scenario terapeutico e organizzativo. I reparti ospedalieri necessitano, per funzionare in maniera incisiva e coordinata, di essere organizzati attorno ad un' ipotesi sulla etiopatogenesi del disturbo. Vi è una tendenza alla ipermedicalizzazione della persona, con una rigida gerarchizzazione dei ruoli professionali, accompagnata dalla centralità della figura del medico, dall'enfasi sulle metodiche strumentali e da lunghi tempi morti non ben organizzati.

La figura dello psicologo in Breast Unit, tenta di spostare il baricentro dell'intervento terapeutico dall'ospedale alla "*collettività sociale*" prossima del paziente in cui egli possa considerarsi membro attivo e alla quale possa sperimentare appartenenza. Nel suo intervento, lo psicologo individuale, sposta il focus sull'importanza del rapporto terapeuta-paziente, affinché il paziente possa, nei rapporti individuali con ogni figura professionale, sperimentare

nuovi e più maturi modelli relazionali. Ciò richiede un setting ospedaliero amorevole, tollerante e partecipe e, da parte dell'equipe curante, un continuo monitoraggio sulle emozioni. O. Kernberg (1984, tr. It. p.370) scrive: "il modo migliore di concepire un ospedale è di considerarlo una situazione sociale sperimentale, in cui il paziente può esprimere le sue costellazioni familiari predominanti di relazioni interiorizzate patologiche, e in cui queste relazioni oggettuali attivate possono essere diagnosticate e modificate in senso terapeutico nel contesto delle interazioni psicoterapiche". La funzione dell'equipe, è quella di tenere sotto controllo ed elaborare le complesse, interazioni che intervengono fra il paziente ospedalizzato e lo staff curante, e fra i membri stessi del gruppo curante; sempre Kernberg (1984, tr. it. p.358): "L'ospedale delimita lo spazio, il tempo, i ruoli e le attività, facilitando così il nuovo consolidarsi dei confini dell'Io attraverso tutte le attività e le interazioni quotidiane". L'ospedale diviene, quindi, contemporaneamente la cornice esterna del setting analitico, quella che lo contiene, ma anche l'oggetto del lavoro che si svolge all'interno di tale setting [16].

II. Il lavoro dello psicologo in Breast Unit

Lo psicologo Individuale fa parte dell'equipe dell'Unità Interdipartimentale di Senologia (Breast Unit), ed afferisce alla S.C. Psicologia Clinica ed Oncologica, all'interno dell'A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino. Si occupa dell'accoglienza della paziente e dei suoi familiari, dell'analisi della domanda e della gestione della crisi attraverso la messa in atto di soluzioni adattive. La strutturazione del setting adleriano è finalizzata alla creazione di un ambiente rassicurante e incoraggiante, in cui possa nascere l'incontro, il confronto e possa svilupparsi il gioco interattivo della coppia terapeuta-paziente: accogliere, in Breast Unit, significa "essere-con", in un setting in cui il terapeuta e la paziente risultino co-protagonisti della relazione terapeutica.

La diagnosi di tumore al seno rappresenta un momento di crisi per la donna e la sua famiglia. Il corpo è lo sfondo di tutti gli eventi psichici [15]: noi sentiamo, proviamo, viviamo un'infinità di esperienze in primis 'con il' e 'nel' nostro corpo; è il veicolo della nostra identità ed è il luogo nel quale si sedimentano le prime esperienze infantili. Nella malattia oncologica questo rapporto si rompe e il corpo diventa il nemico, qualcosa che non si riconosce più come proprio, e che porta, di conseguenza, a un non riconoscimento di Sé, a causa delle modificazioni che i trattamenti terapeutici comportano e che, inevitabilmente, si ripercuotono a livello psichico. Il carcinoma mammario, proprio perché colpisce un organo

fondamentale per la donna, il seno, simbolo di femminilità e maternità, produce in essa un profondo disagio psicologico: «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» (65, p.40).

I cambiamenti indotti dall'incontro con il cancro, relativi alle problematiche fisiche, sessuali, familiari e all'impossibilità di svolgere le normali attività quotidiane, producono una rottura traumatica dell'idea della continuità della vita, a causa di ciò che il cancro evoca, poiché oscura la possibilità di fare progetti e perché manda in frantumi la propria identità e può incidere notevolmente anche sulla qualità di vita [7]. Inoltre, il trattamento chirurgico del tumore alla mammella è un'esperienza molto faticosa da accettare perché comporta una perdita, una ferita, vissuta dalla donna come una mutilazione, che fa emergere nella paziente un vissuto di perdita del Sé onnipotente ed il riconoscimento dell'estrema vulnerabilità di un Sé impotente [13].

Questa percezione alterata del Sé corporeo, indicata dall'ottica individualpsicologica come 'complesso d'inferiorità d'organo', genera nella donna paura di fare nuove esperienze e fa percepire le pazienti inadeguate e minacciate profondamente a livello dell'autostima e dell'identità [2,5]: «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» (65, p. 40). L'angoscia di morte, causata dalla patologia oncologica, ha la funzione di segnalare una perdita, imminente o già avvenuta, dell'integrità esteriore o interiore, fisica o mentale, e di mobilitare le funzioni psichiche che possano ripristinare questa integrità, strutturando una serie di adattamenti successivi che portino la paziente a raggiungere una percezione globale di sé stessa nella nuova condizione di 'malata'. La minaccia di morte ed il processo di decadimento fisico generano dolore e si legano in modo imprescindibile al sentimento d'inferiorità, motore della vita psichica dell'uomo e basilare concetto della teoria adleriana [13].

Il dolore nella malattia oncologica, è un'esperienza spiacevole di natura fisica, emozionale, psicologica, e spirituale che interferisce con la capacità soggettiva di affrontare l'eventualità malattia. Per comprendere l'esperienza del dolore della paziente è necessario adottare un'ottica multidisciplinare, in cui i fattori biologici, psicologici e sociali, influenzandosi reciprocamente, interagiscono tra di loro in modo dinamico originando un progetto

terapeutico che articoli interventi farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi [20]. Questa analisi del dolore secondo il modello biopsicosociale, aderisce completamente con i concetti fondamentali della Psicologia Individuale, che vedono l'individuo come un'unità psicosomatica e somatopsichica, nella quale corpo e mente sono parti indivisibili di una totalità: «la mente detiene l'importante funzione di finalizzare i movimenti del corpo e di contemplare una meta da raggiungere, occupando, così, una funzione direttiva, poiché ha il compito di decidere verso quale obiettivo indirizzare il movimento» (65, p. 74).

Allo scopo di determinare nella paziente l'impatto psicologico della diagnosi di cancro al seno, lo psicologo in Breast Unit si occupa della valutazione psicodiagnostica, con l'obiettivo di individuare le donne che presentano fragilità emotiva clinicamente significativa e per proporre loro di effettuare un colloquio psicologico di approfondimento e orientamento già prima dell'intervento chirurgico. Per valutare i vissuti di ansia, di depressione e i livelli di stress della paziente vengono somministrati dei test autocompilativi: la Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) e il Distress Thermometer (DT). La sintomatologia che emerge in modo più rilevante è quella depressiva, rappresentata da deflessione del tono dell'umore, spesso associata ad ansia libera e somatizzata, disturbi del sonno, perdita di autostima, sensi di colpa, disinteresse per le relazioni sociali e stanchezza.

Successivamente alla valutazione testistica, per le pazienti che superano il cut-off o per coloro che lo richiedono, è previsto un colloquio clinico, in cui viene valutata l'emersione di quadri psicopatologici più gravi. In tal caso, lo psicologo rimanda la paziente ad una valutazione psiconcologica medica poiché il trattamento con psicofarmaci costituisce la terapia di elezione. Quando, invece, la paziente manifesta sintomi ansiosi o depressivi di entità più moderata, si prediligono colloqui psicologici di sostegno, percorsi psicoterapici ed integrati, al fine di strutturare un progetto terapeutico articolato, una sorta di 'rete protettiva' che contenga il sentimento di minaccia della paziente e la prevedibile angoscia iatrogena del terapeuta [18]. In alcuni casi, specialmente quando emergono vissuti di solitudine, è possibile suggerire alla paziente percorsi di psicoterapia di gruppo, che permettono il confronto riguardo la malattia e creano una rete sociale che aiuta la paziente a sentirsi sostenuta durante il suo percorso di cura. L'insieme di questi interventi si sono rivelati efficaci e decisivi sia nel migliorare la qualità della vita sia nel prevenire il rischio di complicanze psichiatriche più gravi.

I diversi modelli di intervento condividono alcune costanti terapeutiche, quali l'incoraggiare la paziente a verbalizzare pensieri e sentimenti negativi relativi alla malattia, chiarire

l'influenza di eventuali esperienze precedenti sulla reazione attuale della paziente alla diagnosi di cancro alla mammella, valutare il peso di situazioni stressanti concomitanti ed indipendenti dalla malattia e aiutare la paziente ad affrontare l'incertezza del futuro e le tematiche esistenziali generalmente associate alla diagnosi di neoplasia maligna. È necessario che lo psicologo offra un aiuto che consideri i bisogni individuali della persona, evidenziando il vissuto unico e irripetibile della malattia e limitando il senso di disorientamento e di impotenza, offrendo un setting empatico in cui poter affrontare consapevolmente quanto sta accadendo, esternando liberamente paure ed emozioni negative, legate alla paura di soffrire e di morire, legittimando la sofferenza, passando dal senso di vulnerabilità a quello di efficacia personale, acquisendo la capacità di contenere e mentalizzare l'esperienza dolorosa.

Attraverso quello che gli adleriani definiscono 'processo di incoraggiamento empatico' si permette alla paziente di esprimere in piena libertà il proprio stile di vita con la sicurezza di essere compresa ed aiutata. Un setting di sostegno efficace permette anche nei momenti più difficili, di contenere la paziente, di rendere la sua disgregazione interiore sopportabile e tale da essere rielaborata ed integrata nel suo vissuto personale [14, 18].

La patologia oncologica congela la possibilità di realizzazione del completo sviluppo psichico, individuale e sociale; questo è ricollegabile all'importanza attribuita da Adler all'aspetto teleologico, connesso al fine ultimo, alla completa e ottimale realizzazione dell'uomo. La malattia analizzata attraverso tale modello, basato sulla realizzazione dei tre compiti vitali, può essere considerata come una fase di revisione della propria vita e della meta, del fine ultimo della persona, su cui la paziente potrebbe interrogarsi rispetto alla soddisfazione provata dall'impressione di aver portato a termine i compiti stabiliti del vivere [8]. L'intervento terapeutico permette alla paziente di adattarsi alla malattia, di costruire uno stile di vita congruo, di cambiare se stessa, accettando i cambiamenti fisici e psicologici imposti dalla malattia. Attraverso il sentimento comunitario le pazienti possono soddisfare il proprio bisogno di autoaffermazione e raggiungere il benessere individuale e sociale [1, 2, 3, 4, 6].

III. Il setting allargato all'équipe multidisciplinare

La consapevolezza che le problematiche cliniche connesse con la patologia tumorale, investono la persona nella sua interezza ha portato al consolidamento dell'approccio multidisciplinare ed olistico della paziente malata di tumore al seno. Lo psicologo Individuale

all'interno della Breast Unit opera in un setting allargato ed eterogeneo, composto da varie figure professionali, quali chirurghi senologi e plastici, oncologi, dietologi, infermieri, assistenti sociali, etc. e offre un percorso integrato necessario a garantire la presa in carico assistenziale delle pazienti con diagnosi di neoplasia della mammella lungo tutto il percorso di cura secondo un modello di rete, in cui diventa fondamentale il continuo confronto tra le diverse figure professionali che ne fanno parte. Quello dell'integrazione è un concetto che collega più livelli: biologico, psicologico, sociale, culturale e spirituale, senza che vengano perse e confuse le specificità professionali e le caratteristiche proprie di ogni dimensione lavorativa. È la presa in carico dell'individuo nella sua totalità, piuttosto che della sua malattia a dover costituire il motore della ricerca di una modalità di assistenza che integri l'aspetto emozionale con quelli biomedici della cura [10].

L'intervento in un'équipe integrata rappresenta per la paziente la possibilità di sentirsi accolta nel suo intimo bisogno di contenimento emotivo, nella possibilità di sperimentare relazioni diverse con differenti operatori e nel sentirsi coinvolta in prima persona nelle decisioni che riguardano la sua salute, favorendo così anche la *compliance* alle cure e alle indicazioni terapeutiche. Il lavoro d'équipe, se funzionale, interagisce con quello rappresentato dalla paziente e dalla sua famiglia, agendo come un sistema a rete che protegge e sostiene. Solo nel reciproco rispetto delle diverse modalità operative e delle specifiche competenze, il lavoro in équipe può rappresentare un mezzo per la presa in carico globale della paziente oncologica e uno strumento di tutela dell'operatore, in quanto all'interno del gruppo curante è possibile esprimere dubbi e difficoltà e condividere il pesante carico emotivo [10].

L'ospedale è un contesto in cui si scatenano facilmente reazioni emotive, in cui i medici devono imparare a far fronte alle proprie emozioni, inevitabilmente innescate dal contatto quotidiano con la sofferenza dei pazienti, ai propri sentimenti di impotenza di fronte agli insuccessi terapeutici, alla propria angoscia di morte. Comunicare una diagnosi di cancro, aiutare i familiari ad essere di supporto per il malato e rispondere al bisogno di una cura globale richiedono al medico e all'infermiere una conoscenza generale delle dinamiche psicologiche e una capacità di gestire le relazioni cui non sempre sono preparati. Spesso, gli operatori, sono inconsapevoli degli atteggiamenti di difesa che sviluppano verso i malati di cancro. Comportamenti quali risposte evasive alla richiesta di dialogo da parte dei pazienti, freddezza e indifferenza nella relazione sono strategie che il medico inconsciamente mette in atto per proteggersi dall'eccessivo coinvolgimento emotivo [10].

Al fine di migliorare la comunicazione tra le diverse figure professionali, con le pazienti e i caregiver, di condividere il carico emotivo e per prevenire il burnout, lo psicologo conduce, in Breast Unit, riunioni d'équipe multidisciplinare a cadenza mensile sui casi clinici in un setting accogliente e non giudicante. Le riunioni d'équipe hanno un'elevata valenza formativa e possono essere orientate alla discussione dei casi clinici, sia al confronto su problematiche teoriche o su questioni inerenti al funzionamento del gruppo di lavoro. La presenza dello psicologo facilita, in ciascun operatore, l'elaborazione dei propri vissuti emotivi legati all'attività assistenziale e l'analisi delle dinamiche relazionali con la paziente e tra gli operatori, favorendo una maggiore consapevolezza della risonanza emotiva di fronte alla persona malata [9].

Uno dei compiti fondamentali dello psicologo individuale, all'interno dell'équipe multidisciplinare, è la definizione del setting, di regole esplicite e condivise tra tutti gli operatori, che permettano a tutte le persone che compongono il gruppo di conoscerne le modalità di funzionamento, di adeguarsi alle norme, di condividere e rispettare i codici operativi di ciascun operatore e di poter fornire utili feedback sulla validità delle regole stesse. Nella pratica clinica, occorre una formazione specifica per integrare figure con competenze e linguaggi diversi in un approccio comune. Tale formazione deve avere come obiettivo quello di far sviluppare all'équipe un modello operativo di approccio alla paziente comune e condiviso.

IV. *Conclusion*

L'esperienza del cancro al seno rappresenta un esempio emblematico di come la patologia di un individuo non possa essere smembrata in contesti settoriali, ad esempio per organo o funzione, ma vada affrontata in maniera globale.

Adler, già nel 1907, osservò come i sintomi psicosomatici costituissero un'espressione del linguaggio degli organi [2] e nel 1912, introduce ne *Il temperamento nervoso* la citazione di Seneca «Omnia ex opinione suspensa sunt» che tradotta in italiano significa: «Tutte le cose dipendono dall'interpretazione che se ne dà» [1]. Da qui deriva l'assoluta necessità di comprendere, nella sua completezza, l'esperienza soggettiva della patologia tumorale, nelle sue dimensioni fisiche, psicologiche e spirituali. La medicina contemporanea, invece, ha

spesso scotomizzato l'importante componente psicologica che caratterizza l'evento-cancro, concentrandosi sulla componente fisica del dolore derivante da tale patologia, ponendosi come obiettivo l'eliminazione del dolore stesso, «mantenendo una scissione tra il soggetto del dolore e l'oggetto dolore, perdendo quindi di vista il concetto di “dolore totale” nelle sue valenze squisitamente soggettive ed esperienziali» (65, p.86). Il controllo della sintomatologia algica, però, permette di dominare solo il dolore, precludendo la possibilità di intervenire sull'esperienza soggettiva del dolore; la presenza dello psicologo in Brest Unit permette di recuperare l'evento traumatico, offrendo la possibilità di elaborare, di dare voce, senso e significato a questa penosa fase di vita [17].

L'esperienza del cancro si offre ad una elaborazione psichica di componenti psicologiche profonde, attivate dall'esperienza del dolore; tale elaborazione riveste un ruolo importante per la possibilità di un adattamento migliore alla sofferenza oncologica. La crisi esistenziale che può derivare dalla malattia può, talvolta, diventare un'occasione di revisione e di verifica della propria vita all'interno di un progetto globale, dei problemi non risolti e delle esperienze non vissute. L'ambito psicoterapeutico rappresenta, per la paziente oncologica, un importante spazio di libertà in cui poter affrontare, all'interno di un setting contenitivo, l'esperienza dolorosa, esternando paure ed emozioni negative, legittimando la sofferenza, sentendosi libera di essere preoccupata, arrabbiata o sfiduciata. Tale libertà di esprimersi si compie nella reciprocità della relazione e permette alla paziente di sentirsi realmente partecipe e, contemporaneamente, di continuare la progettazione di vita, alimentando una prospettiva di speranza.

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. ADLER, A. (1931), *What life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, Basic Books, New York.
6. 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.
7. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2006), Personalità e dolore oncologico. Considerazioni cliniche e psicologiche sui trattamenti, *Congresso Nazionale di Psicologia Clinica*, Bologna.
8. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, E. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-95.
9. CARUSO A., DI FRANCESCO, B. (2002), L'intervento integrato in psiconcologia, in Bellani, M. L., Morasso, G., Amadori, D., Orrù, W., Grassi, L., Casali, P. G., Bruzzi, P., *Psiconcologia*, Masson, Milano.
10. CARUSO A., TRAMONTANA, A., L'integrazione tra operatori, in Vella, S., De Lorenzo, F. (2011), *Manuale per la comunicazione in oncologia*, Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Supplemento 2, n. 9 vol. 24.
11. FERRERO, A. (2010), Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: significato del Setting, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
12. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Ed., Torino.
13. FORNARI, F. (1985), *Affetti e cancro*, Raffaello Cortina, Milano.
14. FULCHERI, M. (1986), L'avvenire della psicoterapia analitica adleriana come avventura: due mondi da esplorare, l'adolescenza e l'invecchiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 59-72.
15. GALIMBERTI, U. (1996), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano.

16. KERNBERG, O. (1984), *Severe Personality Disorders*, tr. it. *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino 1987.
17. NATOLI, S. (1996), *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano.
18. PAGANI, P. L, FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel “setting” adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
19. PROFITA, G., RUVOLO, G. (1997), *Variazioni sul setting: il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
20. SCARSO, G., EMANUELLI, G., AZZARÀ, L. (1997), Osservazioni psicologico-cliniche circa le sindromi algiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 42:73-83.

Alessia Montefusco
Via Cardano, 2B
I-13100 Vercelli
E-mail: montefuscoalessia@libero.it

Andrea Bovero
A.O. Città della Salute e della Scienza
S.S.C.V.D. Psicologia Clinica e Oncologica
Corso Bramante, 88/90
I-10146 Torino
E-mail: a.bovero@tiscali.it

Paolo Leombruni
Via Santorre Santarosa, 19
I-10131 Torino
E-mail: paolo.leombruni@unito.it

Riccardo Torta
A.O. Città della Salute e della Scienza
S.S.C.V.D. Psicologia Clinica e Oncologica
Corso Bramante, 88/90
I-10146 Torino