

Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico

ANDREA BOVERO, ELENA ZAINA, RICCARDO TORTA

Summary – BIOPSYCHOSOCIOCULTURAL ASPECTS OF PAIN: THOUGHTS ABOUT CLINICAL AND PSYCHOTHERAPIC EXPERIENCES WITH ONCOLOGICAL PATIENT. The purpose of this work is to talk about pain as a multifactorial experience, according to a biopsychosocial model, in which biological, psychological and social factors interact dynamically. The experience of pain constitutes a complex phenomenon in which physical and psychological components intertwine, inseparably, when organic is generated from pathological processes stimulating nociceptive mechanisms and when psychological processes develop a central role in the modulation of pain. Physical pain subject, therefore not only mental suffering, has always been represented a sphere of interest for clinical psychology and its contribution regards the comprehension of pain experience and its therapeutic treatments.

Keywords: BIOPSYCHOSOCIAL, ONCOLOGICAL PAIN, PSYCHOLOGICAL FACTORS

I. Introduzione

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (*IASP, International Association for the Study of Pain*) definisce il dolore come «Un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a un danno tessutale, in atto o potenziale, ovvero descritta nei termini di tale danno» [48]. L'esperienza del dolore costituisce un fenomeno complesso in cui si trovano intrecciate componenti fisiche e psicologiche, di fatto inscindibili nell'immediatezza della percezione, sia nei casi in cui la sua origine è primariamente e chiaramente collocabile a livello organico, generata da processi patologici che stimolano i meccanismi della nocicezione, sia che i processi psicologici svolgano un ruolo centrale sulla modulazione della percezione [81]. Il dolore del corpo, infatti, è il risultato di un'elaborazione, spesso non cosciente, di tutta la persona: nel dolore fisico, la mente e il corpo si influenzano reciprocamente; il dolore del corpo è un'esperienza influenzata dalla personalità dell'individuo, dalla sua storia passata, dai suoi aspetti emo-

zionali, dal contesto culturale in cui vive e dal significato che si dà alla situazione in riferimento non solo al presente ma anche al passato e al futuro [80].

Il modello biopsicosociale che sta sostituendo il concetto biomedico nell'ambito della salute [24] analizza il fenomeno del dolore come un'esperienza multidimensionale influenzata da meccanismi biologici, psicologici, sociali [15, 37]. Nella pratica psicologico-clinica analizzare il dolore significa confrontarsi con un'esperienza multifattoriale, in cui i fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono tra di loro in modo dinamico, influenzandosi reciprocamente, a cui dovrebbe corrispondere una strategia terapeutica che articoli interventi farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi [65, 69]. Il dolore, secondo il modello biopsicosociale, si sposa con i concetti fondamentali della Psicologia Individuale, che vede l'individuo, come un'unità, nella quale corpo e mente cooperano come parti indivisibili di un tutto. La mente e il corpo sono manifestazioni della vita, in quanto sia l'una che l'altra sono parti della vita nella sua totalità [52] e 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 [87]. Come ricorda Adler, vi è un «intimo rapporto fra il movimento e la vita psichica» (3, p. 35).

A proposito dell'argomento dolore la concezione adleriana descrive il *linguaggio o gergo degli organi* come l'insieme delle modalità con cui le funzioni del corpo manifestano le finalità della psiche e tendono verso la loro realizzazione [42]. Si tratta di una modalità espressiva a valenza sia intrapsichica che interpersonale in cui il corpo si pone al servizio delle finalità conscie e inconscie dell'individuo contribuendo a definirne lo stile di vita [54]. «L'individuo impiegherebbe gli organi per agire sull'ambiente a proprio vantaggio, utilizzando certo talvolta dei simboli, ma anche degli interventi pragmatici in grado di mobilitare o punire altre persone» (53, p. 46).

Le condizioni d'inferiorità somatica, in una malattia oncologica con dolore, aggravate talora da carenze affettive, generano vissuti d'inadeguatezza che possono diventare complessi di inferiorità quando le modalità del sentimento di inferiorità sono scompenstate fino a causare notevole sofferenza all'individuo, favorendo conflitti psicologici interni, orientati verso una valutazione negativa del *sé corporeo*, di confronti svantaggiosi verso i coetanei, di condotte di evitamento e di crollo dell'autostima [62]. Tuttavia anche quando l'uomo non è malato, resta debole, morente, «Malato di finitezza» [41]. Adler a questo proposito dice «Ciò che fornisce il punto di partenza allo sviluppo di una nevrosi è il sentimento minaccioso di malsicurezza e di inferiorità, sentimento che fa sorgere il desiderio irresistibile di trovare una meta atta a rendere sopportabile la vita» (1, p. 14). L'uomo viene al mondo con dei «Sentimenti di inadeguatezza [...] rispetto alle

prove che la vita impone» (5, p. 411), ossia di una carenza sia nei confronti degli altri, sia nei confronti della propria permanenza nel mondo. Pertanto emerge una visione dell'uomo che mette al centro dell'attenzione l'ontologica insufficienza dell'individuo a se stesso e la necessità di considerare una visione globale dell'insieme uomo, inteso come individuo indivisibile e la necessità di considerarlo all'interno delle relazioni che egli intrattiene [43].

Adler inserisce, quindi, lo sviluppo e la comprensione del dolore all'interno del quadro individuale compreso nello stile di vita del soggetto. Il sintomo algico è in sintonia con la meta personale che il soggetto si è prefissato attraverso il suo Sé Creativo. Il dolore oncologico può essere visto come una forma di volontà di potenza esagerata, un allontanamento dalla società e dal sentimento sociale, metro di valutazione di ogni disturbo psichico, e come conseguenza, mezzo di svalorizzazione e di frustrazione delle persone intorno al malato, che, non riuscendo ad aiutarlo, sperimentano un senso di fallimento. Per Adler, quindi, data l'importanza della sua teoria all'unità mente-corpo, il dolore, come altre manifestazioni corporee, ha uno scopo e un significato personali, che danno all'individuo un vantaggio secondario e lo proteggono da compiti percepiti come troppo difficili per la propria autostima e insicurezza.

L'approccio adleriano al sintomo fisico, e nel nostro caso al dolore oncologico, considera fondamentale, un trattamento integrato che prenda in considerazione l'unità somatopsichica della persona, la sua individualità e il suo contesto sociale [2, 5, 61]. 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 [26]. Considerata la complessità del fenomeno dolore, 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 [65]. I diversi interventi terapeutici, farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi devono essere applicati nella stessa persona, quando è necessario, in un insieme globale o di rete [65], in un'ottica di psichiatria di consultazione-liaison [59] attivando un approccio di tipo progettuale e un'applicazione strategica [28]. La terapia biopsicosociale nell'impostazione della Psicologia Individuale articola e pianifica il trattamento sulla base di principi biopsicosociali e teleologici [74, 63]. L'approccio finalistico elaborato da Adler oltre che ad analizzare la funzione del dolore, quale segnale di *deficit* e di conflitto, esprime il tentativo del Sé di riparare *deficit* e conflitti [52]. 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) [72]. Attraverso il modello teleologico, basato sulla realizzazione dei tre compiti vitali, la malat-

tia può essere considerata come una fase di *re-visione* e verifica delle esperienze passate all'interno di un progetto globale, di cui il malato potrebbe sentirsi soddisfatto se ha l'impressione di avere portato a termine i compiti prescritti del vivere. Come afferma Adler: «Chi sa che continuerà a vivere nell'immagine dei propri figli ed è consapevole del valore del proprio contributo allo sviluppo della cultura, non ha paura né di invecchiare né di morire» (3, p. 46).

Va notato, infine, 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 [66]. Questo è un parametro che si presta efficacemente sia a valutare i vissuti del soggetto ammalato, sia a dare delle interessanti indicazioni che tengano conto della qualità dell'assistenza prestata.

Il tema del dolore fisico, e non solo quello mentale, ha sempre costituito un ambito di grande interesse per la psicologia clinica, ed il contributo che con questo articolo si vuole offrire riguarda sia la comprensione dell'esperienza dolorosa sia il modo di affrontarla sul versante terapeutico.

II. *Aspetti emozionali del dolore*

Il dolore ha un profondo impatto sui livelli di disagio psicologico e i vissuti psicologici ansiosi e depressivi, a loro volta, contribuiscono a intensificare l'esperienza soggettiva del dolore. Molti autori hanno dimostrato l'elevata prevalenza di depressione e ansia associati al dolore cronico [22, 37].

Secondo un classico studio di Derogatis [21], uno dei sintomi fisici più frequenti nei pazienti oncologici è il dolore, presente in quasi il 70% dei pazienti, più frequentemente associato con i disturbi dell'adattamento con umore ansioso e depresso. È noto che l'ansia ricopre un ruolo importante nel dolore acuto: paura di soffrire e/o ansia anticipatoria possono causare un aumento di dolore. L'esperienza algica può portare ad una serie di pensieri negativi che aumentano la paura. Questi processi cognitivi, uniti all'anticipazione del dolore, possono avere un impatto notevole sul livello di funzionalità e sulla tolleranza al dolore [85]. A causa della paura, può stabilirsi un circolo vizioso negativo di diminuzione delle attività, decondizionamento, perdita dell'autostima, paura, emozioni negative che portano all'allontanamento dalle attività legate in qualche modo al dolore.

Il dolore cronico è più spesso associato alla depressione che può indurre una riduzione della soglia di resistenza al dolore con un'amplificazione della sintomatologia algica [33]. Derogatis fu il primo ad evidenziare un'incidenza di depressione superiore alla media nelle popolazioni di pazienti affetti da cancro (stimata fra

il 32% e il 47%) [21]. Numerosi sono stati gli studi che hanno evidenziato una relazione di causa-effetto tra dolore e depressione e sicuramente si può evidenziare una reciproca interazione [22, 32, 80]. È stato dimostrato che il dolore può provocare stati depressivi e che una depressione preesistente aumenti l'intensità del dolore e il livello di lamentosità del paziente. La sintomatologia depressiva più frequentemente esibita è rappresentata da deflessione timica, talora associata ad ansia libera e somatizzata, disturbi del sonno, compromissione sociale, note ipocondriache, riduzione degli interessi e stanchezza. Nel porre diagnosi di depressione nei pazienti con presenza di patologia algica risulta fondamentale attribuire prioritaria importanza, più che ai sintomi somatici della depressione, a quelli psichici, di tipo nucleare, principalmente rappresentati dalla deflessione del tono dell'umore, ridotta volitività, disperazione, perdita di autostima, sensi di colpa, ideazione suicidaria. Spesso il paziente oncologico non risulta in grado di esprimere verbalmente il proprio disagio emozionale ed utilizza prevalentemente un linguaggio somatico (come nell'alexitimico): in tali pazienti l'enfasi del riferimento del sintomo algico può talvolta condurre ad una sovrastima della componente emozionale e, pertanto, ad un'amplificazione in modo ingiustificato delle risposte algiche.

Il dolore nei suoi aspetti fisici è la più ovvia e la maggior causa di sofferenza, ma quando perdura nel tempo può diventare una malattia nella malattia e può portare una persona a richiedere che venga rimosso a qualsiasi prezzo, fino al punto di richiedere la morte. Nell'esperienza clinica con pazienti oncologici gravi si riconosce l'ideazione suicidaria come una costante assoluta [17], una sorta di ombra che accompagna il decorso di una malattia quando questa evolve verso la terminalità. Non è infrequente ascoltare frasi "se dovessi peggiorare la farei finita...", parole che svelano come il pensare alla morte si impone come un pensiero che non può più essere oggetto di rimozione perché la sofferenza fisica costringe la persona a riflettere sulla sua fine. In questi casi il desiderio di morte rappresenterebbe un'estrema difesa da un'insopportabile sofferenza, la liberazione dall'angoscia, e l'affermazione di se stessi sul male [44]. Altre considerazioni mettono in evidenza che il desiderio di morte di molti malati terminali non deve essere considerato come una vera e propria richiesta di eutanasia o di suicidio assistito: probabilmente, si tratta di angosciose richieste per un efficace sollievo dal dolore nella sua globalità e di una richiesta di supporto e di ricerca di pensieri alternativi per fare fronte alla situazione vissuta [40]. Il progetto di morte, infatti, in seguito a gravi malattie terminali con dolore potrebbe essere interpretato, come Adler stesso afferma, come «Una soluzione solo per chi di fronte ad un problema urgente ha finito il suo limitato sentimento sociale» (5, p. 358).

Il dolore è legato all'insicurezza e a tutte quelle emozioni negative che nascono dalla presenza del fantasma della morte (angoscia, rabbia, disperazione), dal perdere il controllo sulla propria vita, mentre sogni e speranze entrano in crisi. È

altrettanto possibile che si instaurino circoli viziosi in cui il dolore induce ricordi spiacevoli di sofferenze passate, di pensieri negativi su se stessi, sul mondo, sul futuro, spingendo il paziente verso uno stato depressivo che contribuisce ad aumentare la sofferenza. Inoltre, analizzando la letteratura, si evidenzia l'elevata presenza degli stili di adattamento "disperazione" e "fatalismo", risultati che potrebbero testimoniare il vissuto di impotenza nei confronti del dolore oncologico, la scarsa speranza, la sensazione di inutilità rispetto all'*iter* terapeutico, una tendenza alla rassegnazione e all'accettazione stoica della malattia cronica e invalidante [20].

III. *Dolore e personalità*

Sebbene non sia stata evidenziata una correlazione causale diretta tra *personalità* e dolore cronico, la maggior parte delle recenti ricerche concordano nel sostenere che la personalità giochi un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento del dolore cronico [86, 37]. Secondo il modello biopsicosociale, gli aspetti del temperamento, insieme a quelli del carattere, concorrono ad edificare la personalità. Questi elementi modulano la percezione del dolore fisico che, a sua volta, è correlato al dolore mentale. Il dolore fisico può essere infatti tanto causa, quanto conseguenza del dolore mentale [22]. Correlazioni tra tratti di personalità e dolore cronico sono stati effettuate attraverso l'utilizzo del *Temperament and Character Inventory* (TCI) [19], questionario autosomministrato che indaga la personalità secondo un modello psicobiologico. In generale questi studi hanno evidenziato come i pazienti con dolore cronico siano caratterizzati da tratti di personalità evitante, con bassa motivazione ad esplorare le situazioni nuove, al fine di evitare l'esperienza del dolore, da elevati sintomi depressivi, bassa autostima, difficoltà nell'identità e con una tendenza all'ipercontrollo [47, 68, 12].

IV. *Aspetti cognitivi del dolore*

Ogni persona dà un significato diverso alle situazioni che producono dolore e tale significato influenza la qualità del dolore percepito ed emotivamente vissuto, come anche le espressioni comportamentali che lo comunicano e ne cercano sollievo [25]. Processi cognitivi come l'attenzione, la memoria, le credenze, le convinzioni, le aspettative, le motivazioni e le intenzioni giocano un ruolo importante nel momento percettivo. Se anche non sono la causa del dolore, influiscono su come il dolore viene interpretato ed emotivamente gestito. Il significato che le persone danno al dolore dipende dalla storia personale e dalle implicazioni percepite sulla propria vita futura ma dipende anche dal contesto interpersonale e culturale nel quale questa loro esperienza viene vissuta [84]. Il risultato sarà una varietà di risposte di *coping* attraverso le quali l'individuo cerca di affrontare la

situazione focalizzandosi, attraverso strategie cognitive e/o comportamentali più sul problema o sull'emozione che sta vivendo [45].

Variabili determinanti sono la percezione di efficacia di queste strategie e l'attribuzione del luogo di controllo della situazione. I soggetti che hanno un luogo di controllo interno sono più propensi a valutare le proprie capacità di affrontare il dolore, mentre i soggetti con un luogo di controllo esterno tendono ad attribuire ad altro da sé la responsabilità di ciò che accade. I primi reagiscono meglio alle situazioni ma sono più esposti alle situazioni di fronte ad eventi incontrollabili; i secondi rischiano di rimanere più passivi [6].

Nel processo di elaborazione delle informazioni si possono creare varie distorsioni che tendono a mantenere e aggravare l'esperienza dolorosa. Particolarmente studiato è il meccanismo della catastrofizzazione (*catastrophizing*), e cioè la tendenza ad ingrandire ed esagerare il valore della minaccia e la serietà della sensazione di minaccia [76]. È correlato alla depressione, all'ansia, alla paura del dolore e all'efficacia delle strategie di *coping*.

Un costrutto psicologico importante è la *resilienza*, un tratto di personalità che aiuta a capire perché c'è chi crolla di fronte a delle esperienze e chi resiste ad esperienze traumatiche. Fattori tipici della *resilienza* sono rispondere con strategie attive alle difficoltà, l'attitudine ad orientarsi verso il compito invece che ripiegarsi su se stesso, la disponibilità a cambiare e la capacità di dare significati nuovi agli eventi [51]. Di fronte al problema del dolore la persona resiliente ha un'attitudine proattiva piuttosto che retroattiva ed è abile nel trarre insegnamenti utili anche dalle esperienze negative.

V. Aspetti comportamentali del dolore

I comportamentisti si soffermano più ad esaminare la natura della risposta (adeguata, inadeguata) che la natura dello stimolo [34]. Essi ritengono che, modificando la risposta comportamentale esagerata con diverse strategie terapeutiche verso una risposta più adeguata, si sopprimano o si attenuino rinforzi negativi, agendo quindi positivamente sul dolore. I comportamenti adeguati sono, in larga misura, innati (ad esempio il riflesso di allontanamento), mentre quelli inadeguati sono acquisiti dall'ambiente familiare, sociale etc. Essi possono, talora, assumere l'aspetto di un vantaggio secondario, cioè essere attuati per evitare responsabilità o eventi stressanti nell'ambiente familiare, sociale o di lavoro. Talora assumono, inoltre, la finalità di attirare l'attenzione su di sé, quando non è ottenuta nella misura desiderata. Ad esempio, un evento doloroso porta come conseguenza il riposo, che è un comportamento adeguato in certi casi, mentre in altri ha come finalità non quella di attenuare il dolore, ma quella di evitare responsa-

bilità e accentrare su di sé l'attenzione degli altri. Il comportamento alterato, quindi, rinforza il dolore in una sorta di circolo vizioso. Gli elementi principali che conseguono al dolore sono la vocalizzazione e le lamentele, la ricerca di consulenze mediche, l'assunzione di farmaci, la ricerca di vantaggi sociali, il riposo e l'inattività [75].

VI. *Aspetti culturali del dolore*

L'attuale elaborazione del modello adleriano si configura come un modello non dogmatico, aperto a contributi scientifico-operativi diversi [57] che tiene in considerazione l'interdipendenza delle variabili biologiche, psicologiche e socio-culturali [56]. Il soggetto viene *comparato* [2] mediante specifiche dimensioni del linguaggio descrittivo, espressivo e normativo [65]. Il vissuto della malattia oncologica viene analizzato in una prospettiva antropologica che tenga conto dell'insieme unitario costituito dall'individuo, dalla sua storia e dalla sua cultura di appartenenza.

Secondo Adler «Per comprendere ciò che avviene nell'anima occorre appurare come l'individuo si comporti con i propri simili [...] la vita psichica dell'uomo può essere compresa solo inquadrandola nell'ambito di queste relazioni collettive» (2, p. 42). Adler considerava l'inserimento sociale dell'individuo come una «verità assoluta» [5], come una condizione necessaria a garantire la sua sopravvivenza. Una risorsa importante nell'affrontare le situazioni di dolore è il sostegno sociale. È sempre più evidente che le richieste che vengono fatte agli individui e le risorse che aiutano ad affrontarle non sono solo individuali, ma anche sociali (famiglia, gruppo di pari, gruppo di lavoro, abitudini sociali e atteggiamenti culturali). Il sostegno sociale permette all'individuo l'espressione dei sentimenti sociali e lo fa sentire amato, gli fornisce le conoscenze di cui ha bisogno e riduce i sentimenti di impotenza. La resistenza o la resa di fronte al dolore sono frutto di un'interazione, specialmente con le persone significative del proprio ambiente sociale, nella quale esercitano un ruolo fondamentale emozioni, valutazioni, credenze, strategie personali e modelli culturali di azione [31]. Infine, il dolore può divenire un mezzo per mantenere viva una relazione: l'attenzione del paziente si concentrerà sugli elementi non verbali della comunicazione. In molti casi il dolore può diventare l'ago della bilancia dei rapporti con l'ambiente sanitario e familiare [39].

Il significato che differenti etnie attribuiscono infatti al contesto somatico della malattia ne modifica l'importanza relazionale: ad esempio, nella cultura orientale, in particolare quella giapponese, anche nel contesto sintomatologico della depressione questa si manifesta con una prevalenza di sintomi somatici dolorosi (*Painful Physical Symptoms*) rispetto a quelli emozionali riferiti dalle etnie occidentali [67].

La soglia del dolore cui l'individuo reagisce e l'atteggiamento che adotta sono sovente correlati alla trama sociale e culturale di riferimento [42]. Il significato che si dà alla malattia condiziona la tolleranza al dolore: il dolore nel cancro viene associato, culturalmente e storicamente, all'irreversibilità della malattia, alla sofferenza incoercibile ed alla morte [73]. Inoltre molti pazienti, malati di cancro, vivono il dolore come castigo, espiazione di una colpa. Ma se il castigo è sproporzionato, anche rispetto ad un'immaginaria colpa, allora il dolore, quello fisico oltre a quello psicologico, viene "urlato", abbassandone la soglia di percezione [71]. In altri termini, il "fatalismo" o la necessità/desiderio di essere considerati buoni pazienti, la riluttanza a disturbare il medico od il bisogno di attirare l'attenzione attraverso la lamentazione e l'agito del dolore possono condizionare la percezione soggettiva.

Tutte le società moderne integrano il dolore nella loro visione del mondo, conferendogli un senso, un valore, che sovente riesce ad attenuarne l'intensità. L'integrazione del dolore, in una cultura capace di dargli senso e valore, ne attenua l'asprezza: il dolore allora può essere considerato come un fatto ineluttabile, con cui bisogna riconciliarsi attraverso manifestazioni rituali, mediante le quali l'uomo continua a mantenersi padrone del proprio male [42].

VII. *Aspetti morali del dolore*

Kurt Schneider cercò di dare una definizione di dolore morale, introducendo il concetto di "tristezza vitale", di cui ne parlò come una tristezza somatica vicina alla sfera vitale, un sentimento di stanchezza e una mancanza di vigore [70]. L'analisi della melanconia da parte di Tellenbach lo portò a definire la sofferenza morale come l'alterazione dei fenomeni vitali: attesa angosciosa senza più attività, male e rimorso, senza bene e senza desiderio, passato privato di avvenire, negazione "dell'io esisto", "dell'io ho" e "dell'appartenere a" [78].

Il dolore porta alla luce il tratto malato dell'esistenza, la precarietà come contrassegno della determinazione finita [49]. Il dolore nella malattia oncologica, quale esperienza del limite e anticipo della morte, è vissuto come *angoscia*: nell'angoscia la persona malata si interroga sulla propria fine e, quindi, si rende consapevole del finire, dell'aleatorietà di ogni accadere [49]. Con la progressione della malattia la sofferenza morale si può manifestare con la presenza di modificazioni somatiche, di stanchezza cronica ed insonnia, con la frustrazione di fronte all'inutilità, parziale o totale delle cure intraprese, con il senso di abbandono e di perdita sia di una proprietà o qualità fisica sia di un oggetto esterno, ma anche come dolore della *propria* perdita [82]. L'inevitabile conseguenza è un'estrema angoscia insostenibile, che porterà alla perdita della speranza, cioè la cessazione di speranze concrete di guarire e di vivere, perciò si dispera, ma contemporanea-

mente si atteggia rispetto a ciò che avverrà in modo più positivo qualunque cosa avverrà, compresa la morte [50]. La rappresentazione mentale del dolore compone, insieme alla fisicità della sofferenza, il sentimento di angustia (nel senso di limitatezza) ed infine l'angoscia dell'essere esposti a questa precarietà definita come angoscia di morte. L'angoscia, di chi, percependo la situazione come irrisolvibile, si sente sovrastato dall'impotenza di fronte alla minaccia della disorganizzazione o dell'annullamento dell'identità del Sé, nelle sue dimensioni temporali, spaziali e socio-relazionali. Poiché la rappresentazione della morte, attraverso il dolore, rimanda a vissuti di frammentazione, distruzione, annullamento, separazione da sé e dagli altri, la presa di coscienza di essa non può generare angoscia [35]. Quando l'angoscia si agita nell'anima lacerata e torturata e nel corpo agonizzante dei pazienti morenti, il mondo si trasforma in modo ostile e ambiguo [9].

L'anima sembra sprofondare nella disperazione e nella negazione del senso e il corpo sembra destituirsi di intenzionalità, rinchiudendosi in Sé nei suoi confini, nella sua chiusura autistica, senza dischiudersi in un orizzonte relazionale. Infatti il dolore tende a diventare, verso la fine della malattia, in particolare oncologica, qualcosa di assoluto, che annienta il soggetto e gli lascia solamente una coscienza residua, che viola e forza il senso di identità della persona malata. Le parole della prima priora nell'opera *Dialogues des Carmélites* di Bernanos evidenziano tale angoscia: «Sì madre, è vero che mi vedo morire. Nulla mi distrae da questa visione. Certo mi sento toccata dalle vostre cure..., ma esse non mi recano alcun aiuto... sono, sola, Madre, senza nessuna consolazione... Dio stesso si è fatto ombra... ahimè... ho meditato sulla morte ogni ora della mia vita, e questo non mi serve a nulla» (7, pp. 1563-1719).

Secondo il modello individualpsicologico, la sofferenza del paziente terminale è la manifestazione di un complesso di inferiorità, di una persona che ha perso fiducia, coraggio e interesse sociale: l'individuo, sopraffatto dalla consapevolezza dell'insufficienza delle proprie forze e capacità, si rinchiude in se stesso oppure reagisce ingaggiando un'inutile lotta con il mondo. Così scrive Adler: «Questa lotta contro il sentimento di inferiorità, temuta e imposta, nasce e si rinnova in ogni lattante e in ogni bambino, sino a costituire il fondamento dell'evoluzione umana» (4, pp. 77-78).

VIII. Aspetti spirituali del dolore

I misteri del dolore e della morte generano domande che spingono l'uomo a riflettere su chi siamo, piuttosto su che fare. L'uomo colpito dal dolore si interroga non solo sulle cause del dolore provato ma anche sulla ricerca di un scopo e un senso della sofferenza provata [38]. L'impossibilità di trovare una risposta a questi que-

siti induce una sofferenza di natura spirituale che inficia la qualità di vita di persone che devono affrontare una malattia che inevitabilmente scatena l'angoscia di morte e il timore di dover affrontare una esperienza dolorosa [31].

La spiritualità fa riferimento al senso di trascendenza, non necessariamente identificata con un Dio, ed indica un senso di partecipazione ed appartenenza universale agli altri, al mondo, una ricerca di significato che non richiede di per sé una partecipazione a riti o rituali [55]. Nel 1933 Adler scriveva: «Ricerare un senso della vita non ha valore e importanza oggi se non tenendo conto del sistema di relazioni tra uomo e cosmo [...]. Le cose stanno non come se esistesse un istinto che nella vita sarebbe capace di portare tutto progressivamente verso un fine [...] ma come se vi fosse qualcosa di innato che appartiene alla vita, una tendenza, un impulso, uno sviluppo» (4, p. 201). Adler aveva posto il problema del senso della vita come linea direttrice dello sviluppo del Sé e quindi della psicopatologia dell'individuo. L'autotrascendenza, quale istanza del sentimento sociale, costituisce una risorsa essenziale nell'affrontare lo stress e la sofferenza, quali la morte o le patologie terminali [60, 27]. L'importanza data da Adler a tale aspetto è soprattutto teleologica, connessa al fine ultimo, alla completa e ottimale realizzazione dello sviluppo psichico individuale e sociale.

Nella sofferenza, sia fisica che mentale, il *dolore spirituale* risulta situato nel nucleo profondo della malattia, disagrega la persona se non si giunge ad attribuire un senso alla sofferenza [36]. Vi sono due modalità attraverso cui dare un senso alla sofferenza quando quest'ultima non è più superabile: il senso dipende dall'atteggiamento del soggetto e la sofferenza offre la possibilità di dare un senso alla vita [31]. Il senso della sofferenza dipende, in larga parte, dall'atteggiamento del soggetto di fronte ad essa per attenuarla o superarla, con matura e dignitosa accettazione [18]. Sovente il destino non può essere modificato, mentre può esserlo l'atteggiamento, che anziché ripiegarsi, può evolversi verso nuove esperienze di sé nel rapporto con gli altri, attraverso la pazienza, il coraggio ed il dominio di sé [16]. Un'altra modalità attraverso cui è possibile dare un senso alla morte e ad un male inguaribile è attraverso la sofferenza che offre la più elevata possibilità di dare un senso alla vita. L'essenza ontologica del dolore non consiste nel fatto che essa supponga un male, ma nel fatto che riveli in modo originale ciò che è l'uomo [31].

IX. Caso clinico

La signora Giuseppina è una paziente di 50 anni, residente a Torino, affetta da adenocarcinoma alla mammella sinistra con metastasi epatiche, polmonari ed ossee, viene inviata dal reparto della terapia antalgica alla S.C.D.U. *Psicologia Clinica e Oncologica dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino*. La pazien-

te sta assumendo una terapia antidolorifica per un dolore non controllato (elastomero: 7 days: 200 mg di morfina, ketaprofene 600 mg, plasil 2 fiale/die; + Oramorph al bisogno). Lo psichiatra evidenzia una sintomatologia depressiva: tristezza, crisi di pianto, pensieri pessimistici circa il futuro, sensi di colpa riguardo alla sua famiglia, perdita dell'autostima e segnala agitazione psicomotoria e difficoltà a dormire e le imposta una terapia antidepressiva ed ansiolitica (venlafaxina 75 mg) e XX gtt di lexotan e la invia per effettuare una psicoterapia psicodinamica breve.

Alla visita di reclutamento la paziente è stata sottoposta ad alcune *Rating Scales*: *Temperament and Character Inventory (TCI)*, questionario autosomministrato, che indaga la personalità secondo un modello psicobiologico, la *Scala Analogica Visiva (VAS)* e il *Questionario Italiano del Dolore (QUID)*, che valutano la sintomatologia dolorosa; l'*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* e la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*, che valutano la presenza di disturbi ansiosi e depressivi; *Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (MINI MAC)*, che analizza lo stile di adattamento alla malattia; *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core (EORTC QLQ-C30)*, che valuta la qualità di vita e la *Clinical Global Impressions (CGI)*, che consente la formulazione di un giudizio globale dell'esaminatore in tre aree: gravità della malattia, miglioramento globale ed indice di efficacia terapeutica. I punteggi alla HADS e alla MADRS risultano patologici, evidenziando un disturbo emozionale, la VAS e il QUID evidenziano una percezione elevata della sintomatologia algica, il Mini-MAC mostra la prevalenza di uno stile di adattamento Hopelessness e Fatalistico e l'EORTC evidenzia un Qualità di Vita ai limiti della norma. I risultati del *Temperament and Character Inventory (TCI)* hanno evidenziato come la paziente sia caratterizzata da tratti di personalità rigida, con una tendenza all'ipercontrollo, evitante, con bassa motivazione ad esplorare le situazioni nuove, al fine di inibire e evitare l'esperienza del dolore, da elevati sintomi depressivi e una bassa autostima.

G. si presenta alla prima seduta puntuale, accompagnata dal marito che rimane in sala d'attesa. È bassa di statura, ha una corporatura magra, esile, dal suo aspetto traspare un evidente dolore fisico. La sua frase di esordio è «a portarmi qui è stata la dottoressa, dicendomi che potrà essermi d'aiuto parlare con qualcuno». G. prova molto dolore, solo parzialmente controllato con la terapia oppioide che le suscita molta angoscia e paura «di ciò a cui andrò incontro, di ciò che mi aspetta. Non so se questi incontri potranno essermi d'aiuto, ma oggi sono qui».

Nel 2004 la signora scopre di avere un tumore al seno «quando ho scoperto di essere malata *mi è caduto il mondo addosso*», nel 2005/2006 scopre metastasi polmonari, epatiche ed ossee ed esegue dei trattamenti (chemioterapia + radiote-

rapia). Alla notizia della malattia ha reagito chiedendo un “miracolo”, ma in seguito con la progressione della malattia, «mi sono arrabbiata molto dentro di me, prendendomela anche con il mio Dio che ho pregato per tutta la vita». L’angoscia vissuta di G. è di quando si percepisce la situazione come irrisolvibile, lei si sente sovrastata dall’impotenza di fronte alla minaccia. G. sentendosi inadeguata e minacciata pesantemente a livello dell’autostima, ha perso fiducia, coraggio e interesse sociale: si sente sopraffatta dalla consapevolezza dell’insufficienza delle proprie forze e capacità, si è rinchiusa in se stessa, ormai stufa di reagire.

Alla fine del primo incontro, nell’esplicitare l’*accordo terapeutico*, il terapeuta spiega a G. che effettuerà 10 sedute, una volta alla settimana, in cui si sarebbero occupati di un aspetto specifico che avrebbero individuato insieme.

G. è di origine pugliese, si è sposata giovanissima e non ha figli. È la primogenita di 3 figli (2 femmine e un maschio), è diplomata in ragioneria e lavora come agente bancario.

Per quanto riguarda i primi ricordi, riferisce un ricordo traumatico di quando aveva 6 anni circa, ambientato in Puglia: suo zio, approfittando dell’assenza dei suoi genitori, impegnati nella raccolta delle olive, cercò di abusare di lei. G. dice «non l’ho mai detto a nessuno, lei è la prima persona con cui ne parlo». La paziente per timore di non essere creduta dai suoi genitori, non rivelò mai nulla, temendo di poter perdere la fiducia che loro le riservavano, affidandole diverse mansioni importanti.

G. ha ricevuto un’educazione molto rigida e severa, descrive i suoi genitori come anaffettivi, un padre autoritario poco presente, una madre severa che l’ha educata iper-responsabilizzandola e orientandola rigidamente verso la religione cattolica. G. è cresciuta prendendosi cura degli altri, gravandosi fin da piccola l’onere dei lavori di casa, badando alla sorellina e cercando sempre di accontentare il suo prossimo, per paura di deluderlo.

Analizzando i compiti esistenziali Giuseppina ha avuto varie delusioni di cui ne ha sofferto molto. G. non è mai riuscita ad avere molti amici, la sua vita è stata scandita dal dovere. Frequentò regolarmente la scuola e si diplomò in ragioneria con il massimo dei voti.

Verso i 17 anni, tramite conoscenti, conobbe suo marito e insieme si trasferirono a Torino. Dopo poco tempo da quando si erano sposati, scoprì che suo marito la tradiva, «è stato un dolore immenso, non lo immaginavo». Decise di perdonarlo per timore di perderlo, anzi colpevolizzandosi di non essere stata una brava moglie. Qualche anno dopo, scoprirono che non potevano avere dei figli natura-

li poiché lui è sterile. Lei avrebbe desiderato adottare un bambino ma trovò la ferma opposizione di suo marito.

Per superare questo dolore, si buttò nel lavoro. Dipendente di banca, ottenne una promozione, per lei si prospettava un'importante carriera che venne interrotta perché di sesso femminile. Infine nel 2004, la scoperta del cancro.

Alla fine della seconda seduta si concordò il *focus* che, in termini individualpsicologici è inteso come una problematica attuale correlata con lo stile di vita [21]. La paziente concordò con il terapeuta che avrebbero parlato del suo dolore attuale (l'esperienza del dolore oncologico e la sofferenza depressiva) come espressione del suo complesso di inferiorità, cioè delle sue angosce profonde (di sentirsi abbandonata, di perdere la fiducia che gli altri riversano in lei).

G., in terza seduta, cominciò a chiedere aiuto, in particolare, partendo dal suo dolore di ora, parlò della sua sofferenza psicologica, della rabbia e del forte senso di ingiustizia che ha provato e prova tuttora. G. è credente, ha trascorso la vita cercando di rispettare i canoni della religione cattolica, verbalizzò la rabbia per la sua rigida educazione imposta.

Alla 5-6 seduta G., attraverso la compartecipazione empatica del terapeuta e l'atteggiamento incoraggiante di quest'ultimo, riuscì ad annullare, a rielaborare le sue angosce, neutralizzando quelle istanze regressive di ricerca di accudimento, nei confronti della sua famiglia.

Alla 7-8 seduta G. incominciò a parlare con loro: non cercò più di negare la sua impotenza nei confronti della malattia per salvaguardare il rapporto con suo marito e sua sorella, ma mostrò tutte le sue debolezze, i suoi dolori, le sue sofferenze mai svelate, per paura di deludere gli altri. Il terapeuta, alleandosi con il suo Sé fragile e bisognoso di accudimento, ha cercato di rinforzare la sua volontà di potenza come istanza compensatrice del suo profondo sentimento di inferiorità generato da una scarsa e non chiara cura dei suoi genitori e ha cercato di promuovere il sentimento sociale attraverso l'accoglimento empatico di G. che chiedeva aiuto.

Il *time-limit*, condizione essenziale nella psicoterapia breve, con questa paziente tende ad anticipare una situazione di perdita [21], assumendo qui in questo contesto una duplice valenza: la separazione e il distacco dal terapeuta e l'elaborazione di vissuti di lutti anticipatori nei confronti della vita e dei propri cari.

Alla nona seduta G. riferì al terapeuta che lei si sentiva più serena perché si stava mostrando per quello che era, senza temere di essere abbandonata e poi perché, finalmente i rapporti familiari erano diversi. La sua malattia stava peggiorando

velocemente, le metastasi stavano invadendo gli organi vitali ed era consapevole che presto avrebbe dovuto morire, «Sono stufa di combattere». «Con lei ho scoperto che non sono sola».

In ultima seduta G., ringraziando il terapeuta, definì i colloqui “*utili*” e *importanti* e scoppiando a piangere, si congedò, dicendo «ho meno paura della morte, perché sento di essere amata».

POST-SCRIPTUM: Due mesi dopo il marito venne in ospedale e portò una fotografia di G. comunicando la brutta notizia che G. era mancata a casa. G. è stata seguita da medici e infermieri a domicilio, cercando fino alla fine di controllare il più possibile il suo dolore. Il marito l’ha accudita con amore fino all’ultimo istante rispettando le sue volontà.

X. *Discussione*

La scelta di questo caso sembra prestarsi particolarmente per un’analisi adleriana sia degli aspetti psicologici clinici del dolore sia sulla modalità d’intervento. Nella attività clinica presso la S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica dell’ospedale San Giovanni Battista di Torino, si sta effettuando un protocollo di studio al fine di valutare l’efficacia della psicoterapia psicodinamica breve ad indirizzo adleriano ai pazienti oncologici con dolore in comorbidità ad un disturbo depressivo [10, 11]. La tecnica impiegata è quella della *Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP)* [29, 30] che fa riferimento alla Psicologia Individuale, uno degli indirizzi storici più conosciuti delle psicoterapie psicodinamiche [2].

La B-APP si è proposta di aiutare la signora a cogliere non solo il “linguaggio degli organi” ma anche i significati dell’esperienza del dolore oncologico. Il dolore può essere considerato come l’asse portante della vita psichica della paziente. L’esperienza del dolore vissuto nell’arco della vita è segno di una accentuata conflittualità interiore (il dovere/annullarsi emotivamente) per paura di sentirsi sola, abbandonata.

G. evidenzia degli espedienti di salvaguardia volti all’evitamento di “riconoscere l’orrendo segreto” del trauma, dell’inadeguatezza e a perseguire la finzione di essere considerata una brava figlia, moglie, impiegata. Anche di fronte al dolore fisico, psicologico e morale del cancro, si è sentita sola: ha timore nel rivelare le sue debolezze, le sue fragilità, le sue paure ed ha difficoltà a rivelare i suoi bisogni di aiuto, di attenzioni, di amore. G. è informata della prognosi, ma per mezzo della sua corazza, controlla il problema, perseguendo una meta fittizia [83].

Il terapeuta, attraverso la sua presenza significativa [59] ha accompagnato G. rinchiusa nella sua estrema solitudine, impossibilitata nell'affidare la propria vita a qualcuno nell'ultimo periodo della sua esistenza. Di fronte a questa frustrazione, è importante la discreta presenza dell'altro e non tanto il fare o il dire [46]. Con la malattia oncologica si presta il processo di incoraggiamento [23], quale tecnica trasmotivante, per cui l'individuo può riprendere lo sviluppo del *Sé* attraverso un passaggio da un livello motivazionale ad un altro attraverso una compartecipazione empatica [58]. La paziente, infatti, è riuscita a disvelarsi, a riconoscere le proprie emozioni ed essere più autentica di fronte ai propri "bisogni". La sperimentazione da parte della paziente della presenza significativa del terapeuta e quindi del suo *sentimento sociale* ha agito come fattore terapeutico permettendo lo svelamento delle finzioni. L'esperienza creativa ottenuta attraverso la B-APP ha accresciuto l'autostima della paziente attraverso una compensazione positiva del sentimento di inferiorità e ha attivato circoli virtuosi che hanno permesso trasformazioni significative per il senso della vita. Infine, la visita postuma del marito potrebbe rappresentare una prova dell'efficacia della psicoterapia anche a distanza di tempo e una verifica dei cambiamenti relazionali di coppia e intrapsichici intercorsi nel periodo della terapia.

XI. Conclusioni

Il dolore oncologico rappresenta un esempio emblematico di come una patologia di un individuo non possa e non debba essere scorporata in contesti settoriali (per organo e/o funzione), ma vada affrontata in maniera globale. La medicina antalgica contemporanea, ponendosi come finalità precipua l'eliminazione del dolore, od almeno il suo controllo, ha sovente scotomizzato, con tale approccio, l'importante componente affettiva e cognitiva che caratterizza il dolore psichico o la sofferenza, 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. Ma anche quando si perviene ad un controllo della sintomatologia algica (dal punto di vista neurofisiologico), si riesce esclusivamente ad ottenere un accresciuto dominio sul dolore come sintomo, precludendo la possibilità di intervenire sull'esperienza soggettiva del dolore [49] attraverso la quale esiste invece la possibilità di elaborare, di "soffrire il proprio dolore", dando un senso, un significato a questa, talora drammatica, fase esistenziale. L'uomo, di fronte al dolore, non deve ricorrere solamente a strumenti tecnici per rimuovere tale sofferenza e per non cadere nella disperazione, c'è anche la possibilità della consolazione che può derivare dal percorrere l'esperienza del dolore nell'orizzonte della parola e dell'ascolto. Il dolore oncologico si offre ad una elaborazione psichica secondo rappresentazioni che, in parte, attengono ad una dimensione di realtà, in parte, riguardano il piano profondo. L'individuazione di queste componenti psicologiche profonde, attivate

dall'esperienza del dolore, può rivestire un ruolo importante per la ricerca di un adattamento migliore alla sofferenza oncologica. Il dolore e la crisi esistenziale che ne può derivare possono, talvolta, essere vissuti dal paziente come un'occasione per riguardare la propria vita, i problemi non risolti, le contraddizioni esistenziali e la vita non vissuta. Pertanto l'ambito psicoterapeutico può rappresentare, per il paziente con dolore oncologico, una vitale dimensione di libertà nel sentirsi spaventato, sfiduciato, preoccupato; libertà di esprimersi nella reciprocità dell'ascolto partecipativo, libertà di continuare a progettare nonostante l'incertezza e la paura di soffrire [14].

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. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, 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*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BACHIOCCO, V., TIENGO, M., CREDICO, C. (2002), The Pain Locus of Control Orientation in a Healthy Sample of the Italian Population: Sociodemographic Factors, *Journal of Cultural Diversity*.
7. BERNANOS, G. (1961), *Dialogues des Carmélites*, in *Oeuvres romanesques*, Bibliothèque de la Pléiade, Paris.
8. BONICA, J. J. (1990), *The Management of Pain*, Lea and Feliger, Philadelphia.
9. BORGNA, E. (2002), L'angoscia della morte, in PINKUS, L., FILIBERTI, A., *La qualità della morte*, Franco Angeli, Milano.
10. BOVERO, A., SCALMANI, A., FERRERO, A. (2005), Un modello individualpsicologico nelle cure palliative, *XXIII Congr. Internaz. di Psicologia Individuale*, Torino.
11. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2006), A New Approach on Oncological Pain in Depressed Patients: Data from a Clinical Study Using Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psycho-Oncology*, 15: 446.
12. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2007), "Dolore oncologico e fattori biopsicosociali. Analisi dei trattamenti", *XX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia Individuale*, Torino.
13. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2008), L'esperienza del dolore: trattamento psicofarmacologico e psicologico a confronto, *Giornale Italiano di Psiconcologia*, 1.

14. CAMPIONE, F. (2003), *Contro la morte*, Clueb, Bologna.
15. CASSEL, E. J. (1991), *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, Oxford University, New York- Oxford.
16. CHAO, C. C., CHEN, C., YEN, M. (2002), The Essence of Spirituality of Terminally Ill Patients, *J. Nurs Res*, 10: 237-244.
17. CHOCHINOV, H., WILSON K. G., ENNS, M. ET ALII (1995), Desire for Death in the Terminally Ill., *Am. J. Psychiatry*, 152: 1185-1191.
18. CHOCHINOV, H. M. (2007), Dignity and the Essence of Medicine: the A, B, C, and D of Dignity Conserving Care, *BMJ* 28(335): 184-187.
19. CLONINGER, C., SVRAKIC, D. M. (1997), Integrative Psychobiological Approach to Psychiatric Assessment and Treatment, *Psychiatry*, 60: 120-141.
20. COURTNEY, J. (1993), Stressful Life and the Risk of Colorectal Cancer, *Epidemiology*, 4: 407-414.
21. DEROGATIS, L. R., MORROW, G. R., FETTING, J. ET ALII (1983), The Prevalence of Psychiatric Disorders among Cancer Patients, *JAMA*, 249: 751-757.
22. DERSH, J., GATCHEL, R. J., MAJER, T. ET ALII (2006), Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Chronic Disabling Occupational Spinal Disorders, *Spine*, 31: 1156-1162.
23. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1974), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze.
24. ENGEL, G. L. (1980), The Clinical Application of The Biopsychosocial Model, *Am. J. Psychiatry*, 137: 135.
25. ERCOLANI, M. (1996), *Malati di dolore. Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico*, Zanichelli, Bologna.
26. FASSINO, S. (1997), Aspetti specifici del supporto medico-paziente terminale, *Medicina e Morale*, 5: 923-37.
27. FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G. (2004), Personality Profile of HIV Outpatients: Preliminary Results and Remarks on Clinical Management, *Psychot. Psychosom*, 73: 361-365.
28. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), Il contesto psicoterapeutico delle cure psichiatriche: la terapia biopsicosociale. Formulazione esplicativa e progetto terapeutico, in *Manuale di Psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
29. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy. Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan Minerva Medica*, 50.
30. FERRERO, A., PIERÒ, A., FASSINA, S. ET ALII (2007), A 12- Month Comparison of Brief Psychodynamic Psychotherapy and Pharmacotherapy Treatment in Subjects with Generalised Anxiety Disorders Ina Community Setting, *European Psychiatry*, 1-10.
31. FILIBERTI, A., RAMON, L. L. (2006), *La spiritualità nella sofferenza. Dialoghi tra antropologia, psicologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano.
32. FISHBAIN, D. A., CUTLER, R., ROSOMOFF, H. L. ET ALII (1997), Chronic Pain Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review, *Clin. J. Pain*, 13: 116-137.
33. FISHBAIN, D. (1999), Approaches to Treatment Decisions for Psychiatric Comorbidity in the Management of the Chronic Pain Patient, *Med Clin North Am*, 83: 737-60.
34. FORDYCE, W. (1976) *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*, St. Louis, Mosby.

35. FOSSI, G., BENVENUTI, P. (1988), *Dolore e angoscia di morte*. Roma, Edizioni Borla.
36. FRANKL, V. (1977), *Psicoterapia nella Pratica Medica*, Giunti e Barbera, Firenze.
37. GATCHEL, R. J., PETER, M. L., FUCHS, P. N. (2007), The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions, *Psychological Bulletin*, 133: 581-624.
38. GIOVANNI PAOLO II (1984), *Salvifici doloris*.
39. GLAJCHEN, M., FITZMARTIN, R., BLUM, D. (1995), Psychosocial Barriers to Cancer Pain Relief, *Cancer Practice* 3.
40. HAMILTON, N. G., HAMILTON, C. A. (1999), Therapeutic Response to Assisted Suicide request, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63: 191-201.
41. JANCHLEVITCH, V. (1994), *Penser la mort?*, tr. it. *Pensare la morte*, Raffaello Cortina, Milano 1995.
42. LE BRETON, D. (1995), *Antropologia del dolore*, Melteni Editore, Roma.
43. LECCARDI, G. (2003), Linee guida nel trattamento del disagio psichico: una finzione difensiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 31-48.
44. LECCARDI, G. (2006), La fine e nient'altro di fronte al suicidio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 63-92.
45. LESTER, N., KEEFE, F. J. (1997), Coping with Chronic Pain, in BAUM, A., NEWMAN, S., WEINMAN, J. ET ALII, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Cambridge, University Press, Cambridge.
46. LOUIS-HOFFMANN, L. (1990), L'incontro del terapeuta con se stesso, *Indiv. Psychol. Doss.*, II: 145-155.
47. MALMGREN-OLSSON, E. B., BERGDAHL, J. (2006), Temperament and Character Personality. Dimensions in Patients with non Specific Musculoskeletal Disorders, *Clin. J. Pain*, 22.
48. MERSKY, H. (1986), Classification of Chronic Pain: Description of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, *Pain*, (Suppl 3): 217.
49. NATOLI, S. (1996), *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano.
50. NULAND, S. B. (1994), *Come moriamo*, Mondadori, Milano.
51. OLIVERIO FERRARIS, A. (2003), *La forza d'animo. Cos'è e come possiamo insegnarla a noi stessi e ai nostri figli*, Rizzoli, Milano.
52. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
53. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), Dizionario alternativo di psicoanalisi, *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, Milano.
54. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo stile di vita*, De Agostini, Novara.
55. PUCHALSKI, C. M. (2001), *The Role of Spirituality in Health Care*, Proc (Bayl Univ. Med. Cent.) 14: 352-357.
56. ROVERA, G. G. (1970), Mania e rapporto intersoggettivo, *Ann. Freniat. e Scienze Affini*, 88: 1-19.
57. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto dell'Individualpsicologia, *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, 4.
58. ROVERA, G. G. (1982), Trasmotivazione: proposte per una strategia di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
59. 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.
60. ROVERA, G. G. (1989), Involving doctors e psichiatria di liaison di fronte al proble-

- ma AIDS, in PANCHERI, P., REDA, G. C., *Progressi in Psichiatria*, CIC, Roma.
61. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
62. ROVERA, G. G. (1997), Aspetti psicologici, in FERRARI, F., PITANGUY, I., *Chirurgia estetica. Strategie preoperatorie. Tecniche chirurgiche*, UTET, Torino.
63. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
64. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., FASSINO, S. (1981), Aspetti del rapporto medico-paziente in cancerologia, *Riv. Sper. Fren.*, CVI: 1-26.
65. 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.
66. ROVERA, G. G., FASSINO, S., LEOMBRUNI, P. (2000), *La qualità della vita: percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, Centro Scientifico Editore, Torino.
67. SAINT ARNAULT, D., SAKAMOTO, S., MORIKAWI, A. (2006), Somatic and Depressive Symptoms in Female Japanese and American Student: A Preliminary Investigation, *Transcultural Psychiatry*, 42: 275-286.
68. SANCHEZ-ROMAN, S., TELLEZ-ZENTENO, J., ZERMENOPHOLS, F. ET ALII (2007), Personality in Patients with Migraine Evacuate with Temperament and Character Inventory, *Headache Pain*, 8: 94-104.
69. SCARSO, G., EMANUELLI, G., AZZARÀ, L. (1997), Osservazioni psicologico-cliniche circa le sindromi algiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 42:73-83.
70. SCHNEIDER, K. (1946), *Psicopatologia clinica*, Città Nuova, Roma, 1983.
71. SELMI, S., LINI, C. (1996), Dolore sociale: quale comunicazione, *Quaderni di cure palliative*.
72. SHULMAN, B. H. (1984). *Essays in schizophrenia*, Adler Institute, Chicago.
73. SONTAG, S. (1979), *Malattia come metafora*, Einaudi, Torino.
74. SPERRY, L. (1999), Biopsychosocial Therapy: an Integrative Approach for Tailoring Treatment, *J. of Individual Psychology*, 44: 225-235.
75. STERNBACH, R. A. (1974), *Pain Patients: Traits and Treatment*, Academic Press, New York.
76. SULLIVAN, M. J. L. (2002), Theoretical Perspectives on the Relation between Catastrophizing and Pain, *The Clinical Journal of Pain*, 17: 52-64.
77. SUTTON, L. M., PORTER, L. S., KEEFE, F. J. (2002), Cancer Pain at the End of Life: a Biopsychosocial Perspective, *Pain*, 99: 5-10.
78. TELLENBACH, H. (1974), *Melanconia. Storia del problema. Endogenicità. Tipologia. Patogenesi. Clinica*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975.
79. TOLSTOJ, L. (1889), La morte di Ivan Il'ic, in *Tre romanzi Brevi*, Milano, Baldini & Castoldi, 2006.
80. TORTA, R., LACERENZA, M. (2002), *Depressione e dolore*, UTET Periodici, Milano.
81. TORTA, R., MUSSA, A. (2007), *PsicOncologia. Il modello biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.
82. TORTA, R., BOVERO, A. (2008), Il dolore oncologico come esperienza globale: considerazioni cliniche e psicoterapeutiche, *Psicologi a confronto*, 2.
83. TUBERE, G., MACCHIARINI, S. (1996), "Verrà la morte e avrà i tuoi occhi": riflessioni su i vissuti di un terapeuta, tra finzione, onnipotenza e realtà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 53-57.

84. TURK, D. C. (2004), Understanding Pain Sufferers: the Role of Cognitive Processes, *The Spine Journal* 4: 1-7.
85. VLAEYEN, J. W., LINTON, S. J. (2000), Fear-Avoidance and its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: a State of the Art Review, *Pain*, 85: 317-332.
86. WEISBERG, J., KEEFE, F., (1997), Personality Disorders in the Chronic Pain Population: Basic Concepts, Empirical Findings and Clinical Implications, *Pain Forum*, 6: 1-9.
87. ZANINI, M. M. (1989), Il disturbo psicosomatico e l'approccio Individualpsicologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 30-31: 227-233.

Andrea Bovero
S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica
C.so Bramante, 88/90
I-10126 Torino
E-mail: a.bovero@tiscali.it