

CAPITOLO 2.7

Il tema della morte nei trascritti delle Adult Attachment Interviews, in un campione di pazienti oncologiche

Cristina Civilotti *, Valentina Furno **, Martina Cussino *, Paola Mincapelli **, Giulia Di Fini *, Paolo Bagnasacco **, Fabio Veglia*

* Università degli Studi di Torino

** Fondazione Edo e Elvo Tempia per la Lotta contro i Tumori - Biella

Abstract

Questo progetto pilota pone come obiettivo lo studio del declinarsi del tema narrativo della Morte, inteso come un attrattore di significato in un gruppo di pazienti oncologiche rispetto ad un campione di donne sane, a partire dai trascritti delle Adult Attachment Interview. Sono state riscontrate delle differenze tra i due gruppi sia in termini di frequenza lessicale, sia in termini di organizzazione dei contenuti. In una prospettiva clinica, assume quindi importanza indagare l'effetto potenzialmente perturbante della malattia sui processi di pensiero legati al Tema della Morte, ponendosi nella direzione di favorire l'elaborazione semantica di tale tema, promuovendone l'integrazione nella storia di vita del soggetto e la regolazione delle emozioni ad esso connesse.

Riferimenti teorici

Una malattia come quella oncologica è senz'altro in grado di suscitare, nel paziente e in chi lo circonda, il pensiero della morte, nonostante i grandissimi progressi realizzati in campo medico. Possiamo supporre che una minaccia di morte sia già percepita dal paziente al momento della diagnosi, ma che il progredire della malattia porti inevitabilmente a confrontarsi con pensieri ed emozioni difficili da contestualizzare e regolare. La morte rappresenta infatti indubbiamente un evento naturale, così come la nascita, ma al contempo costituisce un evento "misterioso", in quanto non conosciuto e non conoscibile fino in fondo e, come tale, potenzialmente in grado di suscitare vissuti angoscianti.

In accordo con l'approccio narrativo (Bruner, 1986, 1990, 2002; Veglia, 1999), va sottolineato come ogni evento si configuri plasmandosi non tanto sulla cronaca precisa e puntuale della circostanza in sé, quanto sull'esperienza soggettiva e sul racconto che si costruisce il soggetto in relazione ad essa. Si legge in Veglia (ibidem): "gli eventi storici individuali sono tali solo perché esiste una persona disposta a riconoscerli, a costruirli nella propria mente e ad attribuire loro un significato".

La pratica clinica, importante sorgente di ipotesi sperimentali, consente di intuire come, pur variando i copioni, esista un canovaccio comune per la rappresentazione di tutte le storie umane. Tale

canovaccio, secondo Veglia (*ibidem*) ruota attorno allo svolgimento di alcuni temi di vita, attrattori di significato irriducibili e presenti, seppur in forme diverse, in ciascuna storia. Si ipotizzano cinque interrogativi fondamentali, evolutivamente fondati, sostenuti da disposizioni biologiche innate e dettati da motivazioni neocorticali (MacLean, 1984), che riguardano i temi dell'Amore, del Valore, del Potere, della Libertà e della Verità. I cinque temi proposti da Veglia derivano dall'osservazione clinica e non perseguono un intento classificatorio ma organizzativo delle narrazioni personali. L'analisi delle conversazioni cliniche conduce infatti con elevata frequenza ad individuare, nei cinque temi citati, le argomentazioni fondanti dei significati nei racconti e nelle storie di vita dei pazienti.

Il progetto pilota presentato in questa sede ha l'intento di impostare una lettura narrativa sul tema della Morte, considerata quindi non solo come "evento" ma come ulteriore "organizzatore semantico" nelle narrazioni di un campione di pazienti oncologiche, in maniera trasversale ai cinque Temi di Vita.

La storia personale ha carattere profondamente relazionale: il processo narrativo ha bisogno di un "tu" per negoziare e validare i significati così come "gli eventi più significativi che intessono le trame dei nostri racconti sono quelli condivisi nella relazione con altre persone" (Veglia, 1999). La vita di una persona comprende, quindi, diverse tracce relazionali corrispondenti alle sue varie esperienze interpersonali; tra queste Veglia (*ibidem*) distingue la storia di attaccamento con le figure di riferimento, la storia dei legami tra pari, la storia di appartenenza a gruppi, la storia dei conflitti, delle competizioni, delle leadership, delle acquisizioni di rango, la storia degli amori, delle relazioni sessuali, dei legami di coppia, la storia di accudimento.

Nel corso di questa trattazione, l'attenzione verrà focalizzata soprattutto sulla traccia relazionale relativa alla storia di attaccamento, analizzata nelle sue espressioni narrative e autobiografiche.

La neurobiologia interpersonale assume infatti che il cervello sia anche un organo sociale, plasmato dall'esperienza soggettiva. Dal momento che è la capacità di stare con gli altri che modella il nostro cervello (Cozolino, 2006), sia da un punto di vista evolutivo, sia in una prospettiva evoluzionistica, sin dalla nascita il suo sviluppo dipende dalla possibilità di fare esperienza di relazioni significative con gli altri. La teoria dell'attaccamento, a partire dal contributo fondamentale di Bowlby (1969, 1973, 1980), riconosce la necessità, biologicamente fondata, della ricerca di vicinanza protettiva a un conspecifico in caso di percepita vulnerabilità personale. L'attivazione del sistema di attaccamento, molto forte e rapida durante la prima infanzia, può essere con la crescita modulata dall'acquisizione progressiva di abilità personali di autocura. Tuttavia la sua attivazione viene innescata, "dalla culla alla tomba" (Bowlby, 1979), da tutte quelle situazioni, specie se intense o continuative, che comportano dolore, pericolo, stanchezza o protratta vulnerabilità. A partire da questa premessa, è facile intuire come la malattia oncologica possa rappresentare per il paziente una minaccia alla propria vita o integrità fisica, tale da comportare l'attivazione del sistema di attaccamento e delle strutture di memoria-attesa ad

esso connesse, codificate a livello implicito e frutto delle esperienze relazionali precoci con le proprie figure di attaccamento. Anche nell'età adulta, il sistema dell'attaccamento si attiva in quelle situazioni in cui al soggetto serve percepire il mantenimento di un legame, nelle situazioni di pericolo oppure quando deve affrontare circostanze altamente stressogene (Illingworth et al., 2010; Manganiello et al., 2011; Mikulincer, & Shaver, 2007; Veglia, 1999; Liotti, 2001).

I Modelli Operativi Interni (MOI, Bowlby, 1979), diventano quindi il concetto cardine su cui si fonda l'espressione della motivazione alla richiesta di cura. In una rappresentazione dell'attaccamento di tipo F (free), il soggetto è consapevole della possibilità di poter sollecitare l'aiuto di un altro significativo, traendone rassicurazione e alleviando così la paura. In altri casi, i MOI possono determinare interferenze nell'attivazione del sistema di attaccamento nella direzione di una relativa inibizione dell'espressione del bisogno di aiuto (DS – dismissing), oppure nella direzione di una richiesta connotata contemporaneamente da tenacia e ambivalenza, con atteggiamenti che possono prendere forme rabbiose o estremamente passive (E – entangled).

Quando un'esperienza traumatica o un lutto si riflettono nel "disorganizzare" questi modelli appresi nel corso della propria storia di vita, lo State of Mind è considerato irrisolto (U – unresolved) e tale classificazione diventa prevalente sulle altre tipologie di rappresentazioni organizzate. I trascritti di questi soggetti mostrano una mancanza di coerenza e fluidità del discorso abbinata ad una confusione cognitiva, indicativa di disorganizzazione del pensiero e disorientamento affettivo. Vi è infine la categoria denominata "non classificabile" (CC – can't classified), che riguarda quelle interviste in cui emergono stati mentali contraddittori e incompatibili (ad esempio rabbia estrema e idealizzazione) o una combinazione di stati mentali scissi e non integrati rispetto all'attaccamento.

Si è scelto di usare l'Adult Attachment Interview (AAI) poiché permette al soggetto di parlare di sé e del suo passato in un contesto semistrutturato: è possibile infatti effettuare dei conteggi e dei confronti tra il numero di occorrenze nei diversi gruppi, restando all'interno dell'ambito delle narrazioni soggettive e senza il vincolo di risposte chiuse. Inoltre permette di indagare in modo pregnante come il tema narrativo della Morte "irrompa" all'interno del sistema dell'attaccamento, che viene sollecitato dalla condizione di malattia neoplastica e dalla dimensione di "richiesta di cure" ad essa connessa.

L'inquadramento metodologico del presente progetto pilota è dato dalla Grounded Theory (Glaser, & Strauss, 1967a, b; Bryant, & Charmaz, 2008): un approccio che si fonda sull'interazionismo simbolico e che tende alla riduzione dei dati in categorie mutuamente esclusive ed esaustive. L'analisi viene svolta su "Unità di Analisi" del testo, in un processo continuativo e circolare.

Obiettivi e ipotesi di ricerca

La ricerca si muove nell'ambito della pratica clinica in psiconcologia e ha come obiettivo indagare l'articolarsi del tema della Morte a partire dai trascritti della Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, Main, 1985) in un campione di pazienti malate di tumore, effettuando il confronto con un gruppo di controllo composto da donne che non hanno ricevuto una diagnosi neoplastica. In particolare si ipotizza che esistano delle differenze tra i due gruppi, sia in termini di frequenza lessicale, sia in termini di contenuto, ovvero 1) da un punto di vista quantitativo, una maggiore frequenza di occorrenze del tema della morte nei trascritti delle pazienti oncologiche, rispetto ai trascritti delle donne sane; 2) da un punto di vista qualitativo, delle differenze nelle modalità espressive e di organizzazione del pensiero, tra i due gruppi di donne.

Metodologia

Le partecipanti sono state reclutate presso la Fondazione Edo ed Elvo Tempia Onlus di Biella.

La somministrazione dei questionari e le interviste si sono svolte nel pieno rispetto delle norme sulla privacy, in base alla legge 196/03 e al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine, negli art. 9 e 11. Prima di iniziare l'intervista, ogni paziente è stata informata sull'utilità della ricerca, sul diritto di interrompere in qualsiasi momento la propria partecipazione e sul diritto all'anonimato e alla riservatezza dei dati forniti, compilando un modulo per il consenso informato. Tutto il materiale raccolto in forma cartacea o su supporto audio è accuratamente custodito negli archivi del Dipartimento di Psicologia.

Il gruppo di controllo è stato reclutato, sempre su base volontaria, tra gli operatori di una comunità terapeutica della provincia di Torino e tra le utenti di una palestra di Torino.

I criteri di inclusione nel gruppo delle pazienti oncologiche sono stati: l'aver ricevuto una diagnosi di tumore solido e un'età compresa tra i 20 e i 65 anni. Sono stati invece utilizzati come criteri di esclusione i soggetti con una diagnosi di tumore al IV stadio, i soggetti con problemi di comprensione e/o produzione linguistica e coloro cui è stata diagnosticata una comorbidità psichiatrica.

Il campione del progetto pilota è costituito da 16 donne con diagnosi di tumore, con età media: 52 anni, $Ds = 7,86$). Il 70% delle partecipanti ha ricevuto una diagnosi di tumore mammario (ci sono poi 2 donne con tumore genitale, 1 donna con tumore epatico e una con linfoma) e si trovano in fase di trattamento al momento dell'intervista. Il campione di controllo, confrontabile per età e livello di istruzione, è composto da 16 donne che non hanno mai ricevuto una diagnosi oncologica, confrontabili con il gruppo delle pazienti oncologiche per età e livello di istruzione. Tutte le partecipanti hanno espresso consenso informato per la partecipazione alla ricerca e compilato una scheda socio-anamnestica.

Con ogni partecipante c'è stato un primo incontro in cui il somministratore ha spiegato le finalità del progetto, in generale e senza esplicitare gli obiettivi specifici e, in caso di interesse di quest'ultima, è stato concordato un appuntamento per effettuare

l'Adult Attachment Interview, presso il Dipartimento di Psicologia o la sede della Fondazione Edo ed Elvo Tempia. Alla fine dell'incontro informativo sono stati consegnati il modulo del consenso informato e una scheda di raccolta dei dati socio-anamnestici, assieme ai questionari BDI II (Beck Depression Inventory-II, Beck et al., 1996) e STAI (State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger, Gorsuch, 1980), per la misurazione dei livelli di ansia e depressione (tali risultati non saranno discussi in questa sede).

Lo strumento principale è stata l'Adult Attachment Interview. L'AAI (George, Kaplan, Main, 1984) è un'intervista semistrutturata della durata di circa un'ora: il tempo di somministrazione può comunque variare di molto da un soggetto all'altro in base alle differenze individuali riscontrabili nel rispondere a domande aperte che hanno un elevato impatto emozionale. L'AAI si articola in 20 domande concernenti i ricordi e le esperienze dell'infanzia e viene audioregistrata ai fini della trascrizione.

Il sistema di codifica dell'intervista (Main, & Goldwyn, 1998, unpublished manuscript) permette di valutare lo "stato della mente" (State of Mind – SoM) del soggetto relativamente al Sistema Motivazionale Interpersonale (Liotti, 2001) all'Attaccamento, vale a dire non la qualità in sé delle esperienze primarie di attaccamento, quanto piuttosto il modo attuale che la persona adotta di costruirle e di narrarle, di riferirle e di riferirle (Lambruschi, 2004). Raccontare il proprio "SoM" è narrare una storia di Modelli Operativi Interni, nei loro aspetti maggiormente consapevoli, ma anche in connessione con vissuti profondi e inconsapevoli, rielaborati, definiti e integrati con modalità squisitamente soggettive. L'intervista si compone di una serie di domande aperte standardizzate inerenti il rapporto sostenuto dal soggetto con le proprie figure di attaccamento, sia attraverso descrizioni generalizzate sul piano semantico del rapporto, sia attraverso la richiesta di rievocare episodi specifici e concreti a sostegno di tali descrizioni. La dimensione limbica (emotiva) appare quindi inestricabilmente legata alla parte neocorticale (semantica): le domande sono centrate sulla rievocazione della storia di attaccamento dell'individuo, in particolar modo di quelle situazioni di difficoltà in cui l'efficacia e la presenza del genitore sono state fondamentali per la protezione e la cura del piccolo. In parallelo, il soggetto viene invitato a riflettere sulle esperienze passate alla luce delle sue convinzioni e dei vissuti attuali in quanto adulto.

Le AAI sono state trascritte ad verbatim, rendendo anonimi tutti i riferimenti a nomi propri di persona e luogo. La codifica per SoM è stata fatta da CC, coder abilitato e il 50% delle trascrizioni anonime sono state sottoposte a una seconda codifica in cieco da MC (inter-rater reliability $r=0.90$).

Come accennato in precedenza e in considerazione della fase esplorativa del progetto pilota, l'analisi dei trascritti è stata effettuata utilizzando come riferimento metodologico la Grounded Theory (Glaser, & Strauss, 1967a,b; Bryant, & Charmaz, 2008) tramite il software ATLAS.ti (Muhr, 2004), al fine di indagare la frequenza e la qualità dei riferimenti alla Morte.

Ad un primo livello di analisi (lessicale), sono stati individuati tutti i passaggi dell'AAI che contenevano almeno una parola riconducibile

esplicitamente al tema della morte (nello specifico, le parole usate come chiavi di ricerca nel processo di autocoding dell'applicativo sono state: mort*, mancat*, cimiter*, mori*). Ad un successivo livello di analisi (semantico), tali estratti sono stati dapprima letti nel contesto, per capire se effettivamente si rivolgevano al Tema della Morte, e poi suddivisi in due categorie "In Topic" e "Out of Topic", in base al rispetto/violazione delle massime di Grice (1975) con particolare riferimento alle massime di modo ("evita l'ambiguità") e di relazione ("sii pertinente"). Il conteggio delle occorrenze è avvenuto considerando in quante domande dell'AAI (n=20) compariva il Tema della Morte.

Risultati

Il confronto tra il gruppo delle pazienti oncologiche e il gruppo di controllo mostra come il tema della Morte "Out of Topic" sia presente in misura maggiore nel gruppo delle pazienti rispetto al gruppo delle donne sane in termini di frequenza lessicale: in 10 trascritti delle pazienti su 15, viene utilizzato il Tema della Morte fuori dal contesto in almeno un'occorrenza, con una frequenza media di 3,74 occorrenze per ciascun trascritto, mentre la stessa cosa accade solo in 4 trascritti su 15, con una frequenza media di 1,25 di occorrenze nel gruppo di controllo.

Oltre a questa differenza di tipo quantitativo, le riflessioni più interessanti sono di ordine qualitativo e clinico, relativamente alle modalità in cui il Tema della Morte si declina nelle narrazioni dei soggetti partecipanti alla ricerca.

Nello specifico, sono stati individuate 3 modalità ricorrenti, in cui i soggetti partecipanti alla ricerca hanno parlato del Tema della Morte; di ogni configurazione verrà riportato un estratto dell'Adult Attachment Interview, a fini esplicativi.

a) Il tema della Morte emerge in riferimento ad una persona cara. Nell'estratto riportato, una paziente parla del padre, scomparso circa due anni prima dell'intervista.

Trascrizione Paziente 16.docx - 5:17 [e qualcosa della vostra relazione?] (65:67)

Codes: [DEATH OUT OF TOPIC]

"Su di me e su di lui no, tra me e lui c'è sempre stata tanta intesa fino a quando non è mancato proprio. Io son stata anche a casa da lavorare, contenta di esserci stata sotto un certo aspetto proprio per poterlo seguire fino all'ultima ora, proprio (Ok, allora metto), tanta intesa tra me e lui."

Trascrizione Paziente 16.docx - 5:18 [Sull'intesa?] (89:99)

Codes: [DEATH OUT OF TOPIC]

"Eh, bastava guardarci sì

Anche quando era piccolina?

Sì

Si ricorda una volta?

Ma è una cosa generale cioè.. una volta me lo ricordo ma è di adesso per dire, poi mi faceva sempre un verso anche quando stava per morire... Mi faceva sempre un verso col naso..."

b) Il Tema della Morte in senso generale, principalmente nel senso di perdita.

Trascrizione Paziente 5.docx - 3:2 [Quando da bambina aveva un problema, era in difficoltà o a disagio, si ricorda cosa faceva?] (41:41)

Codes: [DEATH OUT OF TOPIC]

"Se ero in ansia perché avevo paura che loro non stavano bene, perché hanno cominciato già ad avere problemi di salute sia la mamma che la nonna ehm e anche un po' il papà abbastanza presto probabilmente anche per l'età (si) allora lì mi tenevo tutto per me e aspettavo che le cose si risolvessero con questa grande paura che si evolvessero nella maniera peggiore che poteva essere no? (si) non so se uno non stava bene che potesse andare all'ospedale o che addirittura morisse perché io nella mia vita sono stata sempre molto quella del se o del ma ma mai in positivo (sorride) sempre aahh deve succedere qualcosa di terr... di tremendo che poi in realtà (non non succedeva) non capitava..."

Trascrizione Paziente 5.docx - 3:3 [C'è qualche altra separazione che si ricorda bene?] (52:53)

Codes: [DEATH OUT OF TOPIC]

"... No perché poi questa qui quella dei sedici anni era la prima gita scolastica delle superiori ma c'era l'entusiasmo di andare in gita quindi lì non è poi più, poi nella vita mi sono sposata ma sono stata vicino a loro quindi ci siamo visti sempre per cui potrei dire quando sono morti che quella è la separazione definitiva."

c) Tramite l'utilizzo del software ATLAS, è stato indagato anche un altro ambito semantico che riguarda quello della malattia, codificata come "Illness" (chiavi di ricerca: malat*, cancr*, tumor*), per vedere se e in quale misura tale code si associasse al "Death Out of Topic".

Nel nostro campione, la co-occorrenza di questi due codici, nelle stesse parti di trascritto, si è registrata in 5 pazienti. Di seguito un estratto tratto da un soggetto con uno SoM F, dove il Tema della Morte emerge quando la paziente sta parlando della sua malattia.

Trascrizione Paziente 1.docx - 1:7 [20- Ehm.... Ok adesso abbiamo f...] (189:191)

Codes: [DEATH OUT OF TOPIC] [ILLNESS]

20- "Ehm... Ok adesso abbiamo finito, crede che ci sia ancora qualcosa da aggiungere in conclusione dell'intervista?"

... Adesso mi sembra di essere un poco pesante ma si è ammalata anche mia mamma ehm mia mamma ha avuto un tumore tanti anni fa ma quando mio papà si è aggravato a lei è venuta una metastasi ed è tornata ed è tornata è assolutamente gestibile cioè sta bene però sicuramente quell'evento lì ehm è stato è stato un altro trauma ehm che secondo me ha influito tanto poi sul cancro nell'arco di pochi anni ci sono state tantissime separazioni tantissime perdite e quindi insomma è sì questo è stato un altro evento traumatico."

Appare importante sottolineare come solo la prima modalità sia presente in entrambi i gruppi, mentre la seconda e la terza si riscontrino solo nel gruppo delle pazienti.

Conclusione e discussione

L'Adult Attachment Interview è utilizzata, sia in ambito clinico che di ricerca, come uno strumento altamente validato e riconosciuto a livello internazionale per identificare la rappresentazione adulta dello Stato Mentale rispetto all'Attaccamento. In questo contesto, la traccia dell'intervista si è rivelata un buon canovaccio da cui inferire le differenti modalità di organizzazione del discorso in soggetti sani e malati, ponendosi nel recente solco della ricerca che dimostra come le analisi fondate sul conteggio delle occorrenze lessicali siano molto efficaci nella definizione degli stati emotivi e dei processi di regolazione degli stessi, a partire dalle narrative (Borelli et al., 2012).

In riferimento a quanto ipotizzato in fase iniziale, questo progetto pilota ha permesso di 1) registrare una maggiore frequenza della comparsa del Tema della Morte nei trascritti delle pazienti oncologiche, corroborando l'idea che tale Tema possa effettivamente essere considerato un attrattore e organizzatore di significato, modulato sulla base della condizione esistenziale e della dimensione narrativa del soggetto in un determinato momento di vita; 2) di ipotizzare tre modalità in cui i soggetti partecipanti alla ricerca hanno declinato il Tema della Morte: a) in riferimento a una persona cara; b) in senso generale, sottolineando i vissuti di perdita; c) riportando un legame tra la morte e la condizione di malattia. Mentre la prima configurazione è comune a entrambi i gruppi di ricerca, la seconda e la terza appaiono tipizzanti il gruppo delle pazienti malate, lasciando presupporre una diversa modalità di gestione e regolazione dei contenuti cognitivi ed emotivi, nei due gruppi di soggetti considerati.

È importante sottolineare come il tema della Morte discusso in questa sede sia stato valutato come un possibile attrattore di significato alla luce dell'approccio narrativo di Veglia, oltre che come uno dei criteri di definizione dello stato irrisolto della mente in relazione ad un lutto secondo Main e Goldwin (1998, unpublished).

La lettura interpretativa dei risultati emersi dal presente progetto pilota potrebbe far pensare a dei meccanismi che solitamente compaiono negli stati mentali irrisolti, ma che, in seguito alla diagnosi neoplastica, si riscontrano anche in soggetti con uno Stato Mentale classificato come F, DS o E, senza indici forti di irrisoluzione rispetto a lutti o traumi. Il meccanismo sembra ricondurre a una tipologia di pensiero ricorsivo verso le memorie traumatiche (Hesse, & van Ijzendoorn, 1999) e a una minore capacità di elaborazione della working memory, come se i processi attenzionali venissero, più o meno consapevolmente, disturbati dalle memorie traumatiche (Hesse, & Main, 2006; Clark et al., 2003; Moores et al., 2008; Weber et al., 2005):

In una prospettiva clinica, questo potrebbe portare a considerare la Morte quale argomento importante da tradurre in parole durante un intervento di presa in carico psico-oncologica: la Morte emergerebbe infatti come tema narrativo in grado di polarizzare il racconto delle

pazienti, che stanno vivendo una malattia che mette a rischio la vita, e di modificare le narrazioni degli altri temi.

Uno dei limiti più importanti di questa ricerca è sicuramente la ridotta numerosità campionaria: i dati ottenuti rappresentano una piccola realtà che fa parte di un universo più complesso. Inoltre, le procedure di selezione del campione possono aver introdotto ulteriori bias: il campione non può essere considerato rappresentativo della popolazione generale delle pazienti oncologiche, in quanto è stato reclutato su base volontaria tra coloro che si rivolgevano al Centro di Ascolto della Fondazione Edo ed Elvo Tempia di Biella. Questo studio permette tuttavia di trarre delle prime e parziali supposizioni sull'importanza del sistema motivazionale dell'attaccamento-accudimento.

Come continuazione del progetto pilota, ci si auspica di poter ampliare il numero di partecipanti alla ricerca, al fine di ottenere una generalizzabilità dei risultati ottenuti. In un secondo momento, sarebbe interessante effettuare dei confronti tra le varie modalità di declinazione del Tema della Morte in diversi soggetti, tenendo in considerazione un maggior numero di variabili quali la tipologia del tumore, lo stadio di avanzamento della malattia, lo State of Mind rispetto all'attaccamento adulto e il livello di sintomatologia correlato alla diagnosi e al trattamento della neoplasia. Ancora, potrebbe essere interessante, nell'ottica della ricerca sulle modalità della presa in carico psicologica dei pazienti oncologici, affiancare anche valutazioni relative all'aderenza nella terapia o, ad esempio, alle misurazioni fisiologiche sui livelli di stress esperiti.

Concludendo, il lavoro clinico in psico-oncologia, dovrebbe a nostro parere, tra gli altri obiettivi, poter favorire l'elaborazione semantica del tema della Morte e il suo inserimento nella storia di vita di quella persona e la regolazione delle emozioni connesse. Se è vero che la coscienza storica è fondante per la strutturazione e la conferma dell'identità personale, ed è nelle relazioni con gli altri significativi che questo senso di continuità del sé si costruisce o si disintegra, allora “da soli, non solo non è possibile avere coscienza della propria storia, ma nemmeno dare senso alla vita” (Veglia, 1999), e dunque alla morte.

Bibliografia

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.

Borelli, J.L., David, D.H., Rifkin-Graboi, A., Sbarra, D.A., Mehl, M.R. And Mayes, L.C. (2012). Language use in the Adult Attachment Interview: Evidence for attachment-specific emotion regulation. *Personal Relationships*. Retrieved February 11, 2012, from <http://doi:10.1111/j.1475-6811.2012.01394.x>

Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita. Vol.1* Torino: Bollati Boringhieri.

Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita. Vol.2* Torino: Bollati Boringhieri.

Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano:

Raffaello Cortina.

Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita. Vol.3* Torino: Bollati Boringhieri.

Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Harvard: University Press.

Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard: University Press.

Bruner, J. (2002). *La fabbrica delle storie. Diritto, letteratura, vita..* Roma-Bari: Laterza.

Bryant, A. & Charmaz, K. (2008). *The sage Handbook of Grounded Theory*. London: Sage.

Clark, C.,R., McFarlane, A.C., Morris, P., Weber, D.L., Sonkilla, C., Shaw, M., et al. (2003). Cerebral function in posttraumatic stress disorder during verbal working memory updating: A positron emission tomography study. *Biological Psychiatry*, 53, 474-481.

Cozolino, L.J. (2008). *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Milano: Raffaello Cortina.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). *The attachment interview for adults - Inedito*, University of California: Berkeley Department of Psychology.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967b). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Hawthorne, NY Aldine de Gruyter.

Glaser, B.,G., & Strauss, A.,L. (1967a). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.

Grice, H.,P. (1975). Logic and Conversation. in Cole & Morgan (Eds.) *Syntax and semantic*. New York: Academic Press.

Hesse, E., Van Ijzendoorn, M.,H. (1999). Propensities toward absorption are related to lapses in the monitoring of reasoning or discourse during the Adult Attachment Interview: A preliminary investigation, *Attachment and Human Development*, 1, 67-91.

Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative (FR) parental behavior as related to infant D attachment in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.

Illingworth, N., Forbat, L., Hubbard, G., Kearney, N., (2010). "The importance of relationships in the experience of cancer: a re-working of the policy ideal of the whole-systems approach". *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 23-28.

Lambruschi, F. (2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina.

Liotti, G., Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.

MacLean, P. (1984). *Evoluzione del cervello e comportamento*

umano. Torino: Einaudi.

Manganiello, A., Hoga, L., Reberte, L., Miranda, C., Rocha, C., (2011) Sexuality and quality of life of breast cancer patients post-mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 167-172.

Mikulincer, M., Shaver, P., R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

Moore, K.A., Clark, C.R., McFarlane, A.C., Brown, G.C., Puce, A., & Taylor, D.J. (2008). Abnormal recruitment of working memory updating networks during maintenance of trauma-neutral information in post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163, 156-170.

Muhr, T. (2004). *User's Manual and References for Atlas.ti 5.0*. Berlino: Scientific Software Development.

Spielberger, C.,D., Gorsuch, R.,L. (1970). *STAI manual for the State-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Veglia F. (1999). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

Weber, D., Clark, C.,R., McFarlane, A., Moore, K.,A., Philip, M., & Egan, G.,F. (2005). Abnormal frontal and parietal activity during working memory updating in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 140 (1), 27-44.