Convegno

Stomie urinarie ed intestinali: professionisti ed esperienze a confronto

Cesena, 16 ottobre 2004

Sala Convegni dell'Ospedale "M. Bufalini"

La preparazione psicologica, l'elaborazione dell'accaduto, l'ospedalizzazione: l'esperienza di Cesena

Laura Briganti

Servizio di Psicologia ACISTOM
Centro Stomizzati
Ospedale "M. Bufalini"
Viale Ghirotti 286
47023 Cesena FC
tel. 0547/352745 e 333/1099331
stomizzati@ausl-cesena.emr.it

La figura dello psicologo che si occupi del sostegno delle persone che si trovano ad affrontare un intervento di stomia è una conquista che fa parte dei percorsi che le associazioni di volontariato di stomizzati hanno ottenuto negli anni. Attualmente, in Italia, troviamo esperienze analoghe nella vicina Forlì, a Modena, a Milano, Torino, Vicenza, e in molte altre città, con modalità e inquadramenti diversi. A Cesena è stato possibile iniziare ad offrire assistenza psicologica ai pazienti stomizzati dal febbraio 2003, grazie ad una borsa di studio finanziata dall'ACISTOM e alla collaborazione dell'azienda AUSL di Cesena.

Le problematiche e le discipline che possono confluire nel lavoro di chi si occupa dello stomizzato sono innumerevoli: dalla **psiconcologia** (Biondi**,** Grassi, Costantini, 1995) ma anche la **psicologia delle malattie croniche** (Bertola, Cori, 1989), per gli ormai sempre meno numerosi casi di stomia per Morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa stomizzati, la **psicosomatica** e la **psiconeuroimmunologia** (Solano, 2001) che ci dimostrano come esistano correlazioni importanti fra le risorse psichiche, biologiche e sociali, ad esempio fra le variazioni nelle difese immunitarie e la solitudine o la depressione, la **psicologia ospedaliera e della riabilitazione** per le modalità di assistenza alle persone che devono subire un intervento chirurgico invalidante e life extending (Giovannini, Ricci Bitti, Sarchielli, Speltini, 1982), la **psicosessuologia** (Agostini, 1999) in quanto fra le conseguenze dell'intervento, in alcuni casi, possono esserci serie problematiche sessuali, la **psicologia dell'anziano** e le modalità di intervento con quest'ultimo, soggetto più frequentemente sottoposto a stomia, la **psicologia di comunità** e la sua applicazione all'associazionismo e alla prevenzione terziaria, con gruppi di auto aiuto o meglio di empowerment, applicati sia alla popolazione colpita che ai volontari e familiari che vogliono occuparsi del problema e trovare le risorse per essere sempre più efficienti e incisivi e soprattutto la **psicologia della salute** (Zani, Cicognani, 2000) che si basa sul modello biopsicosociale di Engel (1977) e racchiude in sè tutte discipline psicosociali che si occupano salute e malattia.

Lo stomizzato si trova a dover accettare di continuare a vivere senza vescica o senza un grosso tratto di intestino, quindi senza un'importantissima funzione fisiologica sul controllo della quale si basa buona parte dello sviluppo psicofisiologico del bambino. Spesso lo stomizzato è anziano e si trova costretto ad imparare a controllare le proprie funzioni fisiologiche con modalità totalmente diverse e con l'ausilio di protesi esterne. Feci o urine non sono più trattenibili, ma confluiscono in un sacchetto posizionato sull'addome, che normalmente funziona bene, sempre meglio anzi con lo sviluppo delle nuove tecniche, ma può staccarsi, può rompersi, può non essere collocato bene e creare dolore o fastidio, può gonfiarsi e vedersi sotto i vestiti, può fare rumore, soprattutto può fare molta paura se non lo si conosce approfonditamente. Nel primo periodo post operatorio l'ammalato che ha subito tale mutilazione deve affrontare l'elaborazione del lutto per l'organo perso e per il proprio corpo così deturpato, l'integrazione del nuovo organo nell'immagine corporea, l'accettazione di sé stessi in queste condizioni di vita, lo sviluppo di capacità di coping adeguate (Zani, 1999), la ripresa della fiducia nelle proprie risorse, nelle possibilità di guarigione, nel positivo evolversi degli eventi. La capacità di tollerare l'incertezza diventa fondamentale in quanto il corpo diventa un estraneo, come ben descrivono la dott.sa Tissot (De Salvo Tissot, 2001) e il dott. Ricci Bitti (Giovannini Ricci Bitti, Sarchielli, Speltini, 1982) e il sacchetto un "corpo estraneo" da dominare, così come la malattia diventa un'incognita senza sicurezze, le idee di morte compagne di ogni giorno e soprattutto della notte, la debolezza condizione costante che si associa alla chemioterapia e alla radioterapia, e

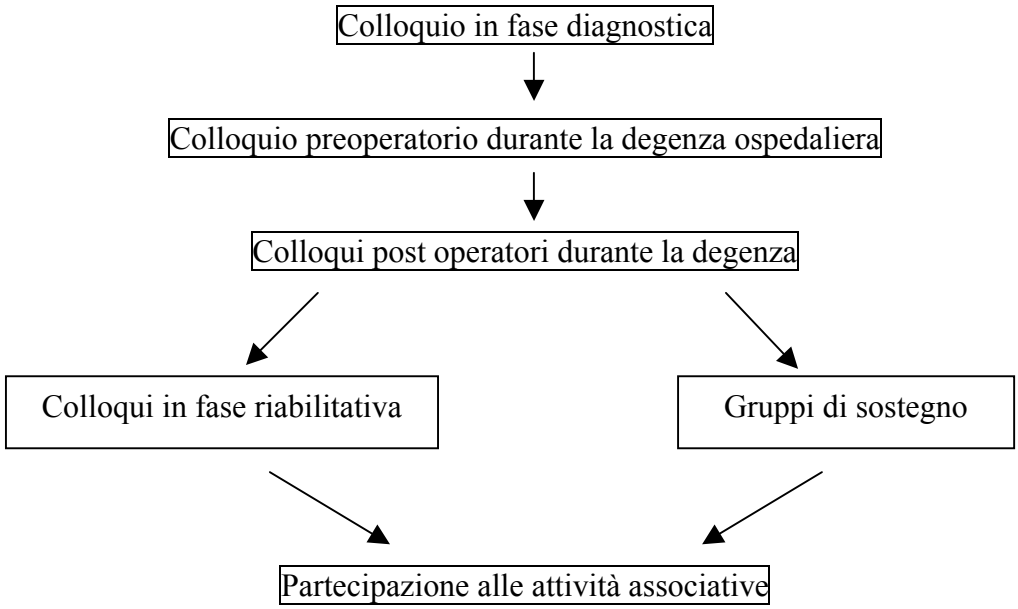
ogni giorno diventa dominato dal pensiero costante del funzionamento del proprio corpo.

In questo terribile periodo di crisi è importante poter contare sull'aiuto di uno psicologo, se le difficoltà diventano troppo grandi da gestire.

Il servizio di consulenza psicologica attivato a Cesena si rivolge a tutti gli stomizzati del circondario, in particolare ai nuovi operati. Dal febbraio 2003 al settembre 2004 n. 73 colloqui psicologici con stomizzati e/loro familiari e 2 con pazienti con esito di ricostruzione della vescica. Quasi la totalità dei pazienti operati presso l'Ospedale Bufalini in questo periodo ha avuto la possibilità di usufruire dei colloqui.

La tecnica utilizzata è quella della narrazione, rivelatasi negli ultimi anni estremamente convincente in ambito scientifico come paradigma di conoscenza della realtà e del suo significato (Bruner, 1990) e della costruzione e della cura del Sè (Smorti 1997; Demetrio 1995; Veglia 1999). La narrazione ha il pregio inoltre di essere molto adatta al lavoro con gli anziani (Bartolini, 2000; Viney, 1994), ovvero la quasi totalità degli utenti visti a Cesena. Anche l'antropologia medica (Good, 1999) recentemente ha riconosciuto l'importanza della narrazione dell'esperienza della malattia, non solo in chiave rappresentativa e culturale, ma in quanto attraverso il racconto autobiografico avviene una ricostruzione delle rappresentazioni del Sè incrinate dalla malattia e dal dolore. Attraverso il counseling narrativo (Milner, O'Byrne, 2002) l'esperienza passata e presente dell'ammalato, la sua personale visione della malattia attuale e di passate esperienze di malattia, o della cultura familiare relativa alla malattia, vengono ripercorse in un'ottica centrata sulle soluzioni, ovvero individuando le risorse da utilizzare per risolvere anche questo difficile momento. La narrazione della propria esperienza, nel colloquio individuale, nel gruppo, in forma scritta (Pennebaker, Beal, 1986; Donati, Solano, Pecci, Persichetti, Colaci, 2001) aiuta la persona a ricostruire le proprie potenzialità e a rafforzare l'armonia con il proprio mondo interiore. La narrazione può aprire nuove strade cognitive per affrontare la situazione (Veglia, 1999) e può schiudere un futuro positivo al sofferente che riesce ad immaginare un modo per superare le avversità e impegnarsi in ciò che può rendere l'esperienza vissuta il riflesso di una storia progettata (Bartoli, 2000; Cini, 1999). Le narratives of illness permettono al paziente di narrare la propria malattia, esprimerla con le sue parole, permette di conoscere quali sono i suoi timori, il suo sistema di valori e di priorità, le sue ipotesi diagnostiche e causali, le sue aspettative il suo immaginario terapeutico e sono state recepite dalla stessa medicina con la creazione della Narrative Based Medicine (Greenhalgh, Hurwitz, 1998) che mette il racconto del paziente al centro della strategia di cura, costruendo fra medico e paziente una narrazione comune e un'alleanza terapeutica o compliance funzionale alla promozione della salute.

A Cesena il modello che è stato adottato, dopo accurata ricerca bibliografica (Caruso, Di Giandomenico, D'Aversa, Nisi, Pugliese, 1997; Medina, 1997; Casadei, Righetti, Maggino, Maragon, 2000; Reatto 2000; Bartoli, 2000) e presa di contatto con esperienze analoghe è il seguente. I colloqui sono rivolti al paziente e alle figure di riferimento, moglie, figli, nipoti, insieme o singolarmente. Naturalmente il paziente può entrare nel percorso a qualsiasi livello, anche dopo anni di esperienza con la stomia.



Il colloquio psicologico in **fase diagnostica** per ora è solo teorico, non è ancora stato sperimentato a Cesena, ma sarebbe a mio avviso interessante in quanto potrebbe servire nell'immediato a contenere le ansie relative alla diagnosi infausta ricevuta e a sviluppare precocemente strategie per affrontarla facilitando in questo modo una migliore consapevolezza e padronanza dell'ammalato e della sua famiglia rispetto alle soluzioni adottabili. Dal momento della diagnosi al momento dell'intervento chirurgico passano mesi spesso trascorsi a chiedersi quanto sia realmente grave la condizione in cui ci si trova, che rischio si sta correndo per l'integrità del proprio corpo e per la vita stessa, cosa comporta avere una stomia, quante probabilità ci sono di dover portare una stomia temporanea, quante di doverla portare definitiva, come si uscirà da un intervento chirurgico così importante, quante autonomie si conserveranno e quante se ne perderanno, sarà ancora possibile vivere normalmente o semplicemente vivere? Tutti questi dubbi possono rendere decisamente il periodo di attesa fra la diagnosi e l'operazione carico di ansie e preoccupazioni che debilitano ancora di più il corpo non rendendolo forte e predisposto ad una buona guarigione psicofisica. Le stesse paure che gravano sul paziente possono inoltre gravare sui familiari, a volte solo su di loro se il paziente non è consapevole delle proprie condizioni, ed anche per i familiari può essere di aiuto avere uno spazio dove ritrovare e ricompattare le proprie risorse per affrontare la situazione.

Il colloquio **pre-operatorio** durante la degenza ospedaliera è stato invece effettuato per la maggior parte dei pazienti visti in urologia (13 su 19 cistectomie) e per un paziente con resezione dell'intestino e probabile enterostomia non effettuata. I colloqui, se è presente un parente stretto, avvengono insieme al parente. Se il paziente può muoversi, quasi sempre in questo caso, viene portato in un'altra stanza, diversamente il colloquio viene fatto al letto del paziente.

Il colloquio pre-operatorio affronta

- Contenimento ed elaborazione delle ansie suscitate dalle informazioni ricevute
- Identificazione delle più importanti modalità reattive del paziente e degli elementi psicologicamente più significativi della sua storia clinica

Il paziente potrà così iniziare ad elaborare

- l'ansia dell'intervento chirurgico
- l'angoscia dell'eventuale mutilazione
- la paura di non guarire e quindi la minaccia di morte (Medina, 1997)

L'ansia preoperatoria (Bellotti, Bellani, 1991) deriva sia dall'ospedalizzazione, ovvero dall'estromissione dal proprio ambiente sociale di riferimento, dalle difficoltà nell'instaurare un rapporto soddisfacente con gli altri ricoverati e con il personale medico e paramedico, dalla paura del dolore fisico e dalla paura di morire, al quale si aggiunge la paura dell'intervento chirurgico. L'intervento chirurgico è vissuto in maniera fortemente ambivalente in quanto da un lato viene atteso e desiderato come atto risolutore ai fini della guarigione e dall'altro è vissuto come una minaccia all'integrità fisica, specialmente quando ha esiti mutilanti e alla vita stessa del paziente.

L'intervento chirurgico con le sue caratteristiche di passività, aggressione e perdita di controllo è un'esperienza altamente traumatica. Inoltre l'anestesia stessa in questa fase può scatenare angosce di morte in quanto si teme il non risveglio. Per gli anziani l'anestesia è particolarmente temuta in quanto al risveglio può verificarsi il delirium post-operatorio, ovvero alterazione della coscienza, non riconoscimento di luoghi e persone, alterazione di spazio e tempo, ritmi alterati del sonno, sintomi che nella maggior parte dei casi spariscono in pochi giorni, se non si innestano in quadri già conclamati di demenza senile (Barucci, 1990).

In questo primo colloquio inizia anche il percorso narrativo cha aiuterà il paziente a meglio elaborare il trauma che sta vivendo. Viene dato al paziente lo spazio per raccontare tutto il suo percorso terapeutico, dai primi sintomi, o non sintomi quando la malattia è silente e viene scoperta per caso, al primo esame importante come la colonscopia o la cistoscopia, che avviene in ricovero e volte è risolutiva, mentre nei nostri pazienti si è conclusa con la comunicazione della asportazione della vescica e confezionamento di urostomia o, se possibile, di nuova vescica. Il paziente inoltre può parlare di sè e della sua vita precedente la malattia, delle sue abitudini, della sua famiglia, dei suoi hobby, delle sue modalità di reagire alle situazioni difficili. Spesso gli anziani raccontano tutti i momenti difficili della loro vita, fra cui spesso la seconda guerra mondiale, i bombardamenti, la paura di morire, l'orrore di veder morire altra gente. Il paragone non è indotto in modo diretto, ma la memoria che sta affrontando un trauma si collega ad altri traumi. Riconoscere che sono state affrontate prove anche più dure di questa con successo rinforza la fiducia di poter superare anche questa prova. Si individuano in questo modo i punti di forza su cui lavorare nel percorso riabilitativo in modo da permettere, quando possibile, un graduale ritorno alle abitudini precedenti, con l'integrazione su queste di nuove abitudini relative alla cura del nuovo organo. Si individuano inoltre le persone che saranno di maggior sostegno e la capacità del paziente di chiedere e utilizzare gli aiuti presenti, le modalità del carattere che potranno essere punti di forza e quelle che potrebbero rivelarsi di ostacolo. Fioravanti e coll. (1991) dimostrano ad esempio come una corretta informazione fornita prima dell'intervento e subito dopo favorisca un migliore adattamento all'enterostomia, consistente in migliori relazioni interpersonali e mancanza di instabilità emotiva, presenti invece nel gruppo di controllo che non aveva ricevuto sufficienti e adeguate informazioni prima e subito dopo l'intervento chirurgico.

In terza giornata, circa, avviene il **primo colloquio post-operatorio**. Almeno un colloquio post operatorio è stato realizzato per tutti pazienti operati all'Ospedale Bufalini in Chirurgia I e II e in Urologia dal febbraio 2003 (58 pazienti). E' incentrato

sulla narrazione dell'intervento chirurgico, dall'anestesia, al risveglio, al commento di medici e parenti, alla confusione post operatoria, ai terrori notturni, ai sogni, al dolore fisico, alla sete, alla fame.

Il **secondo colloquio post-operatorio** avviene poco dopo, di solito dopo il primo incontro con l'infermiera specializzata che ha spiegato come gestire la propria protesi. Si riflette insieme sull'effetto che ha fatto vedere per la prima volta il foro sulla pancia e il come gestirlo. Alcuni non hanno il coraggio di guardarsi ed anche il parente, che viene istruito insieme al paziente nel caso in cui debba occuparsi del cambio, rimane notevolmente scioccato. Molti pazienti si sentono svenire, ma lo attribuiscono alla debolezza post-operatoria, anche il parente però spesso si sente svenire. Alcuni pazienti riferiscono di non ricordare nulla di quello che è stato detto loro e mostrano il fogliettino con scritto il materiale da utilizzare per il cambio dicendo per fortuna che c'è questo. Spesso consegno loro ulteriore materiale con istruzioni su come cambiarsi, incoraggiandoli a chiedere alle infermiere per qualsiasi dubbio e rassicurandoli sul fatto che possono rivolgersi al Centro Stomizzati tutte le volte che vogliono, ma soprattutto è importante facilitare l'emergere di personali strategie per affrontare la situazione, o anche per rimandare ad un momento più appropriato l'apprendimento di tecniche che al momento attuale sembrano impossibili.

L'asportazione di organo può dar luogo a reazioni depressive legate al significato simbolico che tale organo aveva, creando una scissione conflittuale fra l'aspetto che il corpo ha ormai assunto e l'immagine corporea che si continua ad avere in mente. A questo anche la sindrome del "retto fantasma" (Tedeschi, Saviano, 1984). Retto e vescica sono parti del corpo su cui l'investimento libidico è molto forte, l'ormai nota fase anale-uretrale teorizzata da Freud, che troviamo nei bambini da 1 a 3 anni, consiste proprio nell'apprendimento del controllo degli sfinteri, che con l'urostomia o l'enterostomia vengono persi, regredendo alla condizione infantile, come può avvenire in genere negli anziani che gradualmente perdono autonomie. La regressione dell'anziano che diventa incontinente, che non riesce più a deambulare autonomamente, che non riesce più a mangiare da solo, porta il soggetto stesso e i suoi familiari a trovarsi nella spiacevole situazione di inversione dei ruoli, dove i figli si trovano a fare esattamente ciò che i genitori hanno fatto per loro da bambini. E' destabilizzante per figli e genitori, il genitore non accetta di trovarsi in condizione down è può sviluppare irritabilità o depressione, o chiudersi, il figlio si sente investito di un carico al quale non era preparato, specialmente se è ancora in età lavorativa e ha a sua volta bambini. Il care-giver può risentire della situazione esattamente come l'ammalato e avere bisogno di aiuto quanto lui (Elliott, Shewchuck., 2003) e per questo nei colloqui viene dato anche ampio spazio al rapporto ammalato e care-giver. I parenti possono non sentirsi in grado di compiere l'operazione del cambio, ed è importante motivare il paziente a fare da solo non appena si sente in grado. In alcuni casi utilizziamo il servizio infermieristico domiciliare nel primo periodo o anche per periodi prolungati se si tratta di pazienti non autosufficienti. In altri casi utilizziamo volontari che si prestano a fornire ulteriori spiegazioni a domicilio. Nel secondo colloquio si cerca di rinforzare tutte le risorse individuate nei colloqui precedenti e di rimotivare il paziente a ritornare alla vita quotidiana. Si affronta l'ipotesi di possibili ulteriori chemioterapie o radioterapie e si discute di come affrontarle. Più è veloce il recupero delle autonomie e la dimissione e quindi il ritorno alle proprie abitudini, minore è il rischio di regressione o depressione. Il paziente va incoraggiato a sforzarsi nel riprendere le sue attività e ad avere fiducia di poterlo fare. Tentativi di rendersi dipendenti dai figli o da varie figure di accudimento

possono essere interpretati come timore di affrontare la situazione. In ambito familiare se ci sono conflitti, incomprensioni, problematiche, verranno amplificate e l'aiuto dai figli potrà essere preteso come rivalsa o rifiutato per orgoglio, comunque verrà negoziato e caricato di significati. Poter riflettere su questi aspetti può aiutare la famiglia a capire cosa sta succedendo, può aiutare l'ammalato ad essere grato dell'aiuto ricevuto e a saperlo dimostrare e può aiutare il figlio a riconoscere i propri limiti e a chiedere aiuto quando non riesce, spiegando le motivazioni al genitore in modo da non farlo sentire abbandonato.

Viene inoltre introdotta la possibilità di potersi **appoggiare all'associazione** degli stomizzati dove ogni mercoledì i soci si ritrovano e sono a disposizione per ogni eventuale chiarimento e confronto

Dopo l'intervento chirurgico abbiamo (Bonomo, Grilletti, Nocchiero, Margari, 1982; Dall'Ara, 1995):

- Reazione alla perdita dello sfintere anale;
- Disagio per l'incapacità ad evitare di sporcarsi;
- Senso di mutilazione;
- Senso di maggiore fragilità
- Sensazione di minore attrattività del corpo
- Senso d'indegnità inadeguatezza
- Rabbia inespressa nei confronti di chi ha deciso la stomia (chirurgo, coniuge, infermieri ecc.)
- Sfiducia nelle possibilità di riabilitazione;
- Vergogna verso il partner con calo del desiderio

Le fasi attraversate da ogni individuo stomizzato sono (Grief, 1969):

- Rifiuto: è impossibile, non a me
- Collera: perché proprio a me
- Rimuginazione: se non avessi fatto…
- Depressione: sono handicappato
- Rassegnazione: si può vivere anche così
- Accettazione

La depressione post-operatoria interessa circa la metà degli stomizzati (Bonomo, Grilletti, Nocchiero, Margari 1982) ed è caratterizzata da tristezza, crisi di pianto, idee di morte, sfiducia nell'avvenire, timori ipocondriaci, inappetenza, la metà di questi presentano sintomi nevrasteniformi come: cefalea, astenia, sudorazione, vertigini, insonnia, irritabilità, cardiopalma, gastralgie; un terzo ha problemi con la dieta non riuscendo a controllare flatulenza e aerofagia, nel 15% dei casi c'è un calo nelle prestazioni lavorative, il 20% degli stomizzati interrompe i contatti interpersonali, altri riducono drasticamente gli hobby e le occasioni di svago.

Alle **dimissioni** i percorsi si differenziano e il paziente usufruisce di quello che sente più adatto per lui. Diversi pazienti, operati in altri ospedali o operati da tempo, arrivano alla consulenza solo in questa fase.

Nei **colloqui psicologici in fase riabilitativa** è stato possibile rispondere a problematiche di vario genere: dal paziente che ha bisogno di continuare il percorso iniziato in ospedale con l'intervento chirurgico, al paziente operato in un altro ospedale che ha bisogno di esprimere il proprio disagio e ritrovare la forza per affrontare la propria condizione, al paziente stomizzato da tempo che arriva con problematiche depressive o quadri di ansia generalizzata e somatizzazione, al paziente che chiede

consulenza per specifici aspetti come le problematiche affettive e sessuali, o il non avere supporto familiare e dover sorreggere tutto il carico da soli, o il doversi occupare della famiglia senza ricevere da loro aiuto, il non trovare più il coraggio di uscire per i timori legati alla gestione della stomia, il non riuscire a riprendere il lavoro, o ancora il non sentirsi a proprio agio fra la gente.

E' importante sapere che lo psicologo attraverso il counseling si occupa dei problemi più disparati, non necessariamente di tipo psicopatologico, e che la consulenza può limitarsi anche ad un solo colloquio e raramente, specialmente in questi casi è consigliabile una psicoterapia, ma si protende verso interventi brevi e focalizzati. Superata l'associazione psicologo-malattia psichica e compresa la funzione di una figura che si occupa di supportare le persone in una difficile fase della loro vita, i pazienti possono trarre grossi benefici dal potersi raccontare e dall'elaborazione dell'esperienza traumatica che stanno vivendo e che spesso li lascia frastornati ed iniziare un percorso che li porti a modificare quegli stili di vita che non sono più adeguati al loro stato di salute.

E' in progetto inoltre la realizzazione di **gruppi di sostegno per stomizzati**. Attualmente si effettuano presso l'associazione ACISTOM gruppi psicoeducativi misti di volontari, familiari e stomizzati su varie tematiche come la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi psicosomatici, il significato del volontariato e l'avanzare dell'età ed è stato realizzato un unico incontro per soli stomizzati dove è stato fatto un focus group sul significato dell'essere stomizzato e del partecipare alla vita associativa che ha dato ottimi spunti di lavoro.

Concludo, sull'intervento dello psicologo in ambito sanitario, citando lo studio di Celani e coll.(2001) che dimostra come un intervento psicosociale, di qualsiasi natura, migliori la percezione del proprio benessere psicologico nei pazienti con patologia neoplastica maligna. L'effetto comprende la dimensione psicosomatica (minore somatizzazione e riduzione della sensibilità al dolore), emozionale (riduzione dello stress e miglioramento dello stato emotivo generale), nel quotidiano (miglioramento della qualità della vita, maggiore soddisfazione della vita e attenuazione della sofferenza esistenziale), in relazione alla valutazione di Sé (più autostima e maggiore sicurezza), rispetto alle capacità di fare fronte alle avversità (attenuazione dell'ansia, della paura e dei sintomi depressivi), nel vissuto di malattia (accettazione della patologia).

Bibliografia

Agostini S. (1999), *Sessualità e stomia: valutazione di alcuni aspetti della vita sessuorelazinale in soggetti stomizzati*, Università degli studi di Bologna, Facoltà di Psicologia, Tesi di laurea non pubblicata.

Bartoli B. (2000), La narrazione della malattia nella ri-Costruzione della salute: l'esperienza della lettera a se stessi, *Psicologia della Salute, 3,* Franco Angeli, Milano.

Bartolini S. (2000), *Al Stòrji di nòst vécc. La narrazione del sè nella prospettiva temporale degli anziani*, Il Ponte Vecchio, Cesena.

Barucci M. (1990), Le sindromi confusionali. In Barucci M. (a cura di), *Trattato di psicogeriatria,* USES, Firenze.

Bellotti G. G., Bellani M. L. (1991), Dinamiche Psicologiche in chirurgia, In Cipolli C., Moja E. A. (a cura di) *Psicologia medica,* Armando Editore, Roma.

Bertola A. Cori P. (1989), *Il malato cronico,* La nuova Italia Scientifica, Roma.

Bonomo G. M., Grilletti G., Nocchiero M., Margari A. (1982), Il follow-up socio-psicologico degli stomizzati, *Folia Oncologica*, v. 5.

Bruner J. (1990), *La ricerca del significato*, Boringhieri, Torino (trad. it. 1992).

Canestrari R., Ricci Bitti P. E. (1975), Sulle reazioni psicologiche alla colectomia totale, *Medicina Psicosomatica*, vol. 20, n. 3.

Caruso A., Di Giandomenico F., D'Aversa C, Nisi E., Pugliese P. (1997) *L'intervento dello psicologo in oncologia, ,* in "Modelli di intervento dello psicologo in ospedale" a cura di Ferretti R. Gentili M. V., Atti del Convegno di Camerino 9/6/1997.

Casadei D., Righetti P. L., Maggino T., Maragon G. (2000), Lo psicologo in ostetricia e ginecologia: Progetto integrato e multifocale medico psicologico, *Psicologia della salute*, 2, 115-128.

Celani G., Neri P. Rocchi D., Baldaro B. (2001), Influenza del sostegno psicosociale per l'adattamento alla malattia in pazienti con neoplasia maligna: una rassegna meta-analitica*, Psicologia della salute*, n. 1/2001, Franco Angeli, Milano.

Cini R. (1999) *Pensieri del tempo breve. Prendersi cura del malato di tumore: lo psicologo a casa,* Edizioni Del Cerro, Pisa.

Dall'Ara M. (1995), *Vivere con una stomia: ricerca sulla qualità della vita presso una Usl dell'Emilia Romagna,* Tesi di laurea in psicologia, non pubblicata.

De Salvo G., Tissot A. (2001), *Il corpo estraneo. Colloqui con portatori di stomia operati negli ultimi 35 anni,* Wesakeditions, Aosta.

Demetrio D. (1995), *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di Sè*, Cortina, Milano.

Donati V., Solano, L., Pecci F., Persichetti S., Colaci A. (2001), Elaborazione scritta dell'esperienza ospedaliera e decorso post-operatorio: studio empirico su 40 soggetti con diversi livelli di alessitimia, *Psicologia della Salute, 3,* Franco Angeli, Milano.

Elliott T. R., Shewchuck R. M. (2003), Social problem solving abilities and distress among family members assuming a caregiver role, *British Journal of Health Psychology,* 8, 149-163

Engel G. L. (1977), The need of a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science, 196.*

Fioravanti M., Di Cesare F., La Torre F., Lazzari R. (1991), *Adattamento psicologico e riabilitazione in pazienti enterostomizzati,* in "Psicologia in ospedale, esperienze a confronto", Nuova Editrice Spada.

Giovannini D., Ricci Bitti P. E., Sarchielli G., Speltini G. (1982), *Psicologia e salute,* Zanichelli, Bologna.

Good B. J. (1999), *Narrare la malattia*, Edizioni di comunità, Torino

Greenhalg T., Hurwitz B. (1998), *Narrative Based Medicine : dialogue and discourse in clinical pretice*, BMJ Books, London.

Medina C. (1997), Un modello di intervento integrato in oncologia. In Ferretti R. Gentili M. V. (a cura di), *Modelli di intervento dello psicologo in ospedale,* Atti del Convegno di Camerino 9/6/1997.

Milner J. O'Byrne (2002), *Il counseling narrativo*, Erickson, Trento (ed. it. 2004).

Nicastro A. (2001), *A contatto con voi*, Serim – Postbox, Roma

Pennebaker J. W. , Beall S. K. (1986) Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease, *J. Abnorm Pssychol., 95.*

Reatto L. (2000), Malattia, rappresentazione del corpo e affettività, *Psicologia della salute*, 3.

Smorti A. (1997), *Il Sè come testo. Costruzione di storie e sviluppo della persona*, Giunti, Firenze.

Solano L. (2001), *Tra mente e corpo*, Raffaello Cortina, Milano.

Tedeschi M., Saviano M. S. (1984), Considerazioni su di un caso di retto fantasma, *Medicina psicosomatica,* 29.

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

Viney L. L. (1994), *L'uso delle storie di vita nel lavoro con l'anziano*, Erickson, Trento.

Biondi M, Costantini A, Grassi L. (1995), *La mente e il cancro*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Zani B., Cicognani E. (2000), *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna.

Zani B. (1999), Affrontare gli eventi: significato e dimensioni del coping, In *Le vie del benessere,* Zani B., Cicognani E. (a cura di), Carocci, Roma.