

Scienza e Pace

Science & Peace

ISSN 2039-1749

VOL. VIII, N. 1 (2017)

Parole portatrici di pace: la tecnica del diario nei pazienti oncologici in trattamento radioterapico

Clara Meo
Giovanna Marrazzo
Daniele La Barbera

Rivista online del Centro Interdisciplinare
“Scienze per la Pace” – Università di Pisa



Paper soggetto a double-blind peer review

Ricevuto il 10 luglio 2016

Accettato il 15 febbraio 2017

Come citare il paper:

Meo, C., G. Marrazzo, D. La Barbera (2017), “Parole portatrici di pace: la tecnica del diario nei pazienti oncologici in trattamento radioterapico”, *Scienza e Pace*, VIII, 1, pp. 1-13.

I contenuti di “Scienza e Pace” sono rilasciati sotto licenza
Creative Commons BY-NC-SA 4.0



Parole portatrici di pace: la tecnica del diario nei pazienti oncologici in trattamento radioterapico

di Clara Meo*, Giovanna Marrazzo** e Daniele La Barbera***

Abstract

Il tumore costituisce un evento traumatico della vita, che interrompe il normale corso dell'esistenza, minacciando e destabilizzando ogni dimensione identitaria del malato. Per questa ragione è necessario proporre un'elaborazione di questa esperienza negativa, spostando l'attenzione da una prospettiva centrata esclusivamente sulla malattia verso processi capaci di promuovere resilienza e opportunità di sviluppo e crescita positivi del paziente. L'uso della Medicina Narrativa in ambito oncologico consente di avviare un processo di formazione insieme al paziente, fondato su significati condivisi di salute e malattia, capace di essere di per sé terapeutico contribuendo al miglioramento o all'accettazione della patologia e delle terapie. La narrazione, costruita attraverso la tecnica del diario, non è un semplice "contenitore di eventi" ma assiste il paziente nel percorso di adattamento alla malattia, offrendogli uno spazio per esprimere, sviluppare, integrare e infine interiorizzare significati ed esperienze relative all'evento oncologico, riconoscendone il senso di momento critico nella propria memoria autobiografica.

Cancer is a traumatic life event that breaks into individual existence, threatening and destabilising all identity dimensions of sick people. Therefore, it is necessary to propose an elaboration of this negative experience, shifting the focus from a vision centred exclusively on the disease towards processes that promote resilience and create chances for a positive development and personal growth. Using Narrative Medicine in oncology allows a building process with the patient, based on shared meanings of health and disease, which can itself be therapeutic and contribute to the improvement or the acceptance of the disease and the treatments. The narrative, developed with the technique of the diary, is not simply a "container of events" but assists the patient in the process of adaptation to the disease, creating a space in which (s)he can express, develop, integrate, build and finally mentalise meanings and experiences related to the oncological disease, recognised as a critical event within his/her autobiographical memory.

Parole chiave / Keywords

Medicina narrativa, etica, oncologia, mediazione, malattia

Narrative medicine, ethics, oncology, mediation, disease

* Psicologa. Email: clara.meo@gmail.com

** Psichiatra, *PhD*, Dirigente Medico U.O.C. di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Palermo "P. Giaccone, Palermo". Email: giovannamarrazzo@gmail.com

*** Daniele La Barbera, Psichiatra, Professore Ordinario, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche (BioNec), Università degli Studi di Palermo. Email: daniele.labarbera@unipa.it

1. Il paziente oncologico

Il cancro è da considerare un evento tra i più traumatici e stressanti che può irrompere nella vita di un individuo, minacciando e destabilizzando ogni dimensione dell'identità. Ad essere colpita per prima è l'identità esistenziale con la paura della morte, l'idea della finitezza della vita, il timore dell'ignoto, la perdita delle sicurezze. Gli effetti della malattia, delle terapie e degli interventi chirurgici, quali le mutilazioni fisiche, il dolore, la nausea, il vomito, l'astenia, determinano modificazioni violente della propria immagine corporea (identità somatica) e cambiamenti importanti dei significati che a quelle parti del corpo vengono dati. Tali cambiamenti possono comportare difficoltà nella conduzione della propria vita quotidiana, a causa delle limitazioni nel funzionamento, della necessità di aiuto, della perdita parziale o totale della propria autonomia e della conseguente dipendenza dagli altri (Grassi, Biondi, Costantini, 2003); e portare a un turbamento dell'identità sociale sia all'interno delle relazioni familiari (intime e allargate), sia all'interno dei rapporti lavorativi e ambientali. Le modifiche relative al modo in cui si percepisce e a come si è percepiti dagli altri, minacciano il mantenimento di sentimenti di integrazione e appartenenza, a scapito di sentimenti di abbandono e di solitudine (*Ibidem*). Il processo di malattia si pone dunque come un evento che irrompe e arresta il percorso di vita, in cui ogni aspetto improvvisamente appare diverso, difficile, talvolta per sempre modificato.

1.1 Le reazioni emozionali lungo il percorso della malattia

Il percorso della malattia oncologica, secondo una lettura evolutiva, è posto all'interno di un continuum che va dalla comparsa dei primi sintomi di sospetto, una fase di allarme pre-diagnostico, a una fase acuta, che coinvolge il periodo di crisi determinata dalla diagnosi, attraversando poi un periodo "attivo", caratterizzato dal sottoporsi ai trattamenti chirurgici, chemio e radioterapici, a una fase elaborativa, con un graduale e progressivo riassetto alla nuova situazione, fino alla guarigione o alla fase di terminalità.

Il paziente in ognuna di queste fasi si ritrova a dover affrontare nuove situazioni, nuovi vissuti e dinamiche emozionali che determinano profondo sconvolgimento. Lo stile di reazione adottato dal paziente, quindi, come elabora le informazioni, come affronta i vari interventi diagnostici, clinici e terapeutici, è fondamentale per valutare la tenuta psicologica rispetto alla malattia.

La fase pre-diagnostica è un momento molto delicato, costellato da emozioni variegata e intense, in cui il soggetto ha la percezione di una realistica possibilità di transitare da uno stato di sanità a uno di malattia. È osservabile una reazione di allarme e di ansia che si accompagna a un senso di preoccupazione e incertezza.

Questa reazione di ansia è mediata da diversi meccanismi psichici che fanno in modo che un paziente reagisca in maniera completamente diversa rispetto ad un altro. Si può riscontrare la tendenza a controllare e a sedare l'ansia razionalizzando la situazione mentre si attende l'esito degli esami. Oppure il prevalere di un atteggiamento pessimista in cui i pensieri sono diretti esclusivamente sui propri sintomi con la certezza che stiano a indicare la presenza di un cancro; o ancora l'ansia può essere così elevata e pervasiva che l'unico modo per gestirla è attuare meccanismi di annullamento e minimizzazione dei sintomi che portano il paziente a procrastinare gli esami diagnostici.

Nella fase acuta i sospetti diventano realtà e la diagnosi di cancro pone una frattura del senso di continuità e la vita appare sospesa. Questa fase si caratterizza per le reazioni di shock, incredulità e protesta per l'evento accaduto, con un alternarsi di emozioni quali rabbia, disperazione, angoscia, profonda tristezza e paura. Questo turbinio di emozioni spesso viene modulato con la messa in atto di diversi meccanismi come le difese maniacali; la regressione a comportamenti infantili o meccanismi di proiezione in cui il paziente dirotta tutta la sua rabbia nei confronti di qualcuno a cui attribuisce la causa della malattia; con atteggiamenti aggressivi nei confronti del personale curante e dei familiari; oppure con un isolamento delle emozioni cioè con una reazione di indifferenza come se la diagnosi non riguardasse lui.

Subito dopo aver ricevuto la diagnosi il paziente entra nella fase "attiva" di trattamento e ospedalizzazione, in cui viene sottoposto a continui e costanti trattamenti curativi. L'ingresso in ospedale può infatti generare, a livello psicologico, la sensazione di aver perduto un'identità complessa e conosciuta, acquisendone un'altra legata solo alla patologia. In questo momento il soggetto può avere la sensazione di aver perduto ogni dimensione inerente il proprio ruolo (familiare, lavorativo, sociale) e di avere acquisito solo quello di paziente.

I diversi trattamenti (chirurgici, chemioterapici, radioterapici) possiedono una valenza psicologica differente. La chirurgia è vissuta in maniera fortemente

ambivalente, in quanto esso appare nell'immaginario del paziente come il metodo più risolutivo e radicale, ma causa anche angoscia dovuta alle conseguenze fisiche che potrà arrecare come mutilazioni e le alterazioni del proprio corpo e quindi del proprio aspetto fisico. I trattamenti come la chemioterapia o la radioterapia, anche se possono sembrare meno invasivi dell'intervento chirurgico, implicano invece forti conseguenze per lo stato fisico e psichico del paziente, soprattutto a causa degli effetti collaterali, spesso invalidanti, di cui sono causa.

Il cancro esige uno sforzo continuo e ripetuto di adattamento fisico, relazionale ed esistenziale. L'adattamento psicologico è finalizzato a preservare l'integrità psichica e fisica del paziente, ad affrontare i disturbi reversibili e ad integrare quelli irreversibili ed è sotteso ad un processo di elaborazione progressivo, specifico della storia di ogni soggetto e della propria struttura psichica. In ciascuna fase della malattia, infatti, le reazioni psicologiche costituiscono il risultato di un'integrazione complessa tra il ricordo delle esperienze passate, la percezione della minaccia futura e le risorse disponibili. La risposta adattiva del paziente dipende da diversi fattori, tra cui il grado di aggressività della malattia, le capacità pregresse di adattamento, il significato di minaccia che il cancro rappresenta nei confronti degli obiettivi evolutivi, il supporto derivante dai fattori sociali, culturali e spirituali, nonché le caratteristiche di personalità, le storie individuali e le strategie di *coping* (Biondi, Costantini, Grassi, 1995).

1.2 Trauma della malattia oncologica e mentalizzazione

Il trauma psicologico può essere inteso come l'insieme delle manifestazioni psichiche di un'esperienza negativa (in una circostanza, ambito, relazione) da cui derivano una disorganizzazione e una disregolazione del sistema psicobiologico della persona. La consistenza e il grado di questa specifica esperienza dipendono dalla vulnerabilità e dalla resilienza individuale e, pertanto, la reazione psichica ai traumi è prevalentemente soggettiva (Caretta, 2008). Quindi, il trauma psicologico è una ferita causata da un fattore traumatico (*stressor*), che comporta primariamente l'essere sopraffatti da emozioni angoscianti e intollerabili, e tutto il coinvolgimento della persona per poterle gestire. Disorientamento, perdita del controllo, comportamento di fuga, sono gli scenari del disagio traumatico; questi scenari possono essere messi al servizio dell'adattamento, dell'identità e della mentalizzazione, al servizio del Sé e delle relazioni interpersonali. A fronte dell'evento traumatico sono decisivi i processi affettivi e cognitivi, ossia il modo individuale di elaborare l'evento. Tutte le possibili condizioni di risposta al trauma dipendono dal modo in cui il soggetto

mentalizza le emozioni dell'evento traumatico, le elabora e vi reagisce. Risulta, quindi, importante mentalizzare e inserire in modo coerente nella propria esperienza autobiografica avvenimenti che, per il loro contenuto doloroso e/o stressante, tendono a restare frammentati e inespressi; In questo modo, il soggetto può accedere a un processo di elaborazione mentale che permette il confrontarsi con gli stati affettivi dolorosi collegati all'esperienza di malattia, riuscendo nel frattempo a ricevere supporto e sostegno da parte delle figure affettivamente significative. Tale percorso di guarigione, che progredisce parallelamente attraverso meccanismi psicologici interni e relazioni esterne, consente di ripristinare quel senso di sicurezza che l'evento traumatico ha gravemente minacciato.

1.3 Resilienza e crescita post-traumatica

A fronte di un evento traumatico come la malattia tumorale è necessario proporre una elaborazione dell'esperienza negativa spostando il focus da una visione centrata esclusivamente sul danno a una che ne attenzioni i processi che ne promuovono la resilienza, che ne favoriscono, quindi, le possibilità di evoluzione positiva e di crescita. La resilienza può essere definita come la capacità di riprendersi e di uscire più forti, più integri e pieni di nuove risorse dalle avversità. E' un processo attivo di resistenza, di autoriparazione, di crescita e di risposta alle crisi e alle difficoltà della vita e fa sì che le persone risanino le ferite dolorose, assumano il controllo della propria esistenza e riprendano a vivere e ad amare pienamente (Walsh, 2008).

La resilienza implica il percepire allo stesso tempo il dolore e il coraggio, consiste nell'integrare l'esperienza intensa della crisi nella trama complessa dell'identità individuale e sociale. La resilienza, dunque, è una costruzione dinamica sempre rimessa in gioco e ri-interrogata in ogni fase della malattia e dei trattamenti; bisogna concepirla come una funzione psichica che si modifica nel tempo in rapporto all'esperienza, ai vissuti e, soprattutto, ai meccanismi mentali che la sostengono. Inizialmente, subito dopo la diagnosi di cancro, è necessario sostenere le vittime, sopraffatte dal loro vissuto emozionale e che si confrontano con l'incapacità di poter rappresentare ciò che stanno provando. In questo momento è importante creare una base per la resilienza mettendo in atto un'azione contenitiva, sostenitrice e/o restauratrice delle possibilità di pensiero e di rappresentazione. Queste saranno le premesse perché poi si sviluppi un senso di coesione interna, di integrità, di certezza di sé, che si traduca in un rinnovato senso di fiducia che le avversità possano essere

superate; permettere così, di acquisire un senso di rinascita insieme alla capacità di riorganizzare costruttivamente la propria vita e di innescare il cosiddetto processo di "crescita post-traumatica". Quest'ultima può essere definita come l'esperienza soggettiva, da parte dell'individuo, di un cambiamento psicologico positivo conseguente all'evento traumatico (Park et al, 2009). Si riferisce all'opportunità conferita, addirittura, dalla malattia e dall'acquisita nuova consapevolezza di giungere a un rinnovato apprezzamento di sé, del proprio coraggio e della propria forza di volontà, ma anche alla possibilità di indurre ad una riconsiderazione delle proprie priorità e delle proprie relazioni affettive.

2. La Medicina Narrativa come strumento di intervento terapeutico

Il paradigma narrativo assume un particolare valore nell'approccio ai soggetti con malattie cronico-degenerative dove il malato e la sua famiglia entrano a pieno titolo come protagonisti e co-autori del percorso di cura.

La Medicina Narrativa si pone, infatti, nel rapporto diretto con il malato, come elemento fondamentale dell'atto diagnostico e di cura mirando a comprendere l'esperienza di malattia in un quadro complessivo, al fine di costruire una conoscenza del paziente, inteso come soggetto unico e irripetibile (Zannini 2008). Charon definisce la Medicina Narrativa come "medicina praticata con competenza narrativa" quindi un approccio che accompagna ed integra la Medicina tradizionale basata sull'evidenza, per una presa in carico del paziente in tutta la sua complessità e unità psicosomatica. L'uso della Medicina Narrativa in oncologia permette un processo di costruzione insieme al paziente, di significati condivisi sulla salute e sulla malattia, che può incidere profondamente sulla diagnosi e sul trattamento, che può essere di per sé terapeutico o contribuire al miglioramento o all'accettazione della malattia e delle cure (Masini, 2005).

La rottura biografica, a cui la diagnosi di neoplasia conduce, si ripercuote sulla capacità del soggetto di preservare un senso di ordine e continuità e lo obbliga a rinegoziare, attraverso l'interazione con gli altri significativi e la ricostruzione narrativa, il significato della propria condizione (Cipolla, Maturo, 2009). La narrazione non è un semplice contenitore di eventi ma coadiuva il paziente nel processo di adattamento alla patologia, attraverso uno spazio in cui egli possa esprimere, elaborare, integrare, costruire e quindi mentalizzare i significati e i vissuti relativi all'evento malattia, inserendo tale evento critico all'interno della

propria memoria autobiografica. Quest'ultima, nella sua funzione di costruzione e ri-costruzione continua del sé, si pone come capacità mentale formativa e trasformativa. Il racconto autobiografico riesce a fare della propria memoria un linguaggio e l'io autobiografico riesce a dare un significato al ricordo personale, infonde forza alla soggettività, permette di riconoscere se stessi, di costruire la propria identità e attribuire coerenza e significato al sé (Marsala, 2005). L'auto-narrazione diventa strumento terapeutico per il paziente in quanto genera la consapevolezza relativa ai bisogni emotivi e cognitivi, alle priorità vissute lungo il percorso di cura, allo sviluppo pro-attivo delle risorse adattive e di auto-realizzazione, al cambiamento lungo il percorso di malattia/terapeutico come processo di sviluppo (Charon 2001; Owen et al. 2006).

Le narrazioni sono soprattutto la testimonianza di un'esperienza vissuta e rielaborata, sono la memoria della fatica, del dolore, della speranza, di ciò che si prova sulla propria pelle. E la scrittura offre un'opportunità di grande valore. L'aspetto saliente sta nel fatto che le persone, nel compito di scrittura, vengono spinte a esplorare mentalmente le proprie emozioni e a prendere contatto con esse. La semplice espressione di un trauma non è sufficiente quando ad essa non si accompagna l'elaborazione cognitiva delle emozioni; sembra necessario tradurre le esperienze in parole, integrare pensieri e vissuti interni e rendere coerente e significativa la propria storia (Caretti, 2008). L'elaborazione e l'attribuzione di significato a ciò che prima era oscuro e indefinito rendono maggiormente comprensibile e controllabile la malattia, da parte del soggetto che la vive (Pennebaker, 1999). Quando un evento traumatico, come la malattia, viene inserito nella propria storia ed entra a far parte della memoria autobiografica ne risulta semplificato.

Lo studio, i cui risultati sono ad oggi in corso di pubblicazione, ha evidenziato un miglioramento significativo della capacità di identificare ed esprimere i sentimenti, una riduzione dell'ansia e della depressione ed un miglioramento della qualità di vita nei soggetti del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo.

3 Il diario: raccontarsi durante il trattamento

La Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche (BioNeC) dell'Università degli Studi di Palermo, in collaborazione con l'U.O. di Radioterapia della Casa di Cure Macchiarella di

Palermo, con la U.O. di Radioterapia Oncologica dell'A.O.U.P. di Pisa e con la Lega Italiana contro i Tumori (L.I.L.T.) di Pisa, ha svolto uno studio caso/controllo rivolto ai pazienti oncologici sottoposti a trattamento radioterapico curativo, utilizzando una versione semplificata di *thought diary*, il "diario dei pensieri", strumento sperimentato all'interno della terapia cognitivista e cognitivo-comportamentale per evidenziare il collegamento tra pensieri più o meno funzionali, emozioni e comportamenti.

La terapia cognitivo-comportamentale ha ampiamente dimostrato, infatti, come riflettere sul dialogo interno durante una specifica situazione possa aiutare ad identificare i pensieri disfunzionali ed auto-invalidanti, incrementando la consapevolezza del collegamento tra gli stessi e le emozioni che sono in grado di generare e riducendo, nello stesso tempo, l'incomunicabilità di certe emozioni, rendendo meno confusi e rimuginativi.

Lo studio è stato svolto dall'ottobre 2011 all'agosto 2014, allo scopo di valutare se l'introduzione dell'intervento psicologico supportivo, tramite la tecnica del diario, potesse avere delle ricadute sul benessere dei pazienti, in particolare, riduzione dei livelli di ansia e depressione, nel corso del trattamento radioterapico, e miglioramento della qualità della vita e della la capacità di modulare ed esprimere le emozioni.

Hanno partecipato allo studio 196 pazienti oncologici, suddivisi in due gruppi: sperimentale (n=68) e di controllo (78). A entrambi i gruppi è stata somministrata una batteria testologica per la misurazione di ansia, depressione, alessitimia e qualità della vita, all'inizio e alla fine del percorso radioterapico. La batteria testologica comprendeva: la Toronto Alexithymia Scale (Taylor *et al.*, 1992), scala autovalutativa di misurazione dell'alessitimia, che presenta una struttura a tre fattori (difficoltà nell'identificare i sentimenti; difficoltà nell'esprimere i sentimenti; pensiero orientato all'esterno); l'EORTC QLQ-C30 (Fayers *et al.*, 2001), questionario autovalutativo utilizzato per indagare la qualità della vita nei pazienti affetti da neoplasia; l'Hospital Anxiety And Depression Scale, (Zigmond, Snaith, 1983), questionario autovalutativo specifico per una indagare i sintomi di ansia e depressione in pazienti ospedalizzati.

Quelle che seguono sono degli estratti di alcune pagine di diario scritte da un gruppo di pazienti durante la "fase" del trattamento radioterapico. Da una analisi qualitativa dei diari, emerge che le prime sedute di radioterapia vengono vissute dai pazienti con ansia, spesso legata alla presenza di dubbi, di

convinzioni errate o di pregiudizi circa il trattamento.

Marco: “Il mio pensiero si rivolge a quando avrò finito tutto questo. Intendo dire la fine delle terapie, il poter di nuovo sentirsi libero da impegni medici potendo in questo modo riprogrammare la propria vita con le abitudini che ho dovuto mettere da parte. Ritrovare il piacere di una corsa, di un giro in bicicletta, di un'attività che possa stancarmi senza avere alcuna preoccupazione, ora, invece, la mia è la vita di un paziente che deve avere pazienza”.

Francesca: “ Penso a tutto quello che è cambiato nella mia vita e in quella dei miei famigliari. Penso a mia figlia che ha solo 3 anni, che non avrà fratelli e che rischia di perdere anche la sua mamma....E tutto questo però mi fa lottare, sono una roccia, sto bene fisicamente e quindi affronto il mostro con tutte le mie forze. Ce la devo fare per forza! ””mi auguro di guarire, ovviamente, solo che la mia vita non sarà più la stessa, dovrò sempre stare in allerta.”

Sonia: “ Sto pensando a come si svolgerà il trattamento, insomma sto per fare la mia prima seduta e penso: spero di avere tutte le informazioni necessarie prima di sdraiarmi su quel lettino, in modo tale da poter essere più tranquilla possibile. Mi spaventano I raggi che ti bruciano dentro in modo permanente e che non senti durante la seduta (così mi hanno detto). Ti curano uccidendo tessuti sani: Inquietante!”.

Il giorno dopo: “....invece entro nella stanza, anzi nello spogliatoio mi viene dato un camice, tipo sala operatoria, personale da riportare ad ogni seduta, poi mi fanno distendere sul lettino dicendomi di stare ferma immobile in quanto prima del trattamento dovevano fare degli accertamenti radiologici. Dopo 15 minuti circa, mi comunicano che cominceranno il trattamento, provo a bloccare il tecnico un istante per avere informazioni sugli schermi per gli organi vitali circostanti chiedendo : ma non mi metterete qualche protezione? La sua risposta è stata una bella risata e un frettoloso “ferma, non si muova”.

“... Emotivamente mi sento molto frustrata e vulnerabile oltre che molto arrabbiata, per me è un'esperienza traumatica”.

Durante il trattamento emergono emozioni forti come paura, rabbia, angoscia e la malattia sembra rappresentare un'esperienza di perdita:

Franca: “Provo rabbia e voglia di farcela, voglia di provare ad essere più forte

della radioterapia. Mi sento stanca e irrequieta, vorrei fare mille cose ma non ce la faccio fisicamente. Certe volte mi sento troppo aggressiva altre troppo scarica”.

Anna: “Credevo di essere immune dal tumore, credevo che a me non sarebbe mai accaduto. Lavoro all'interno del dipartimento oncologico, guardavo i pazienti e mi ripetevo cosa avrei fatto al loro posto. Mi sento delusa, triste e fuori posto perché mi sento circondata dagli altri che invece sono sani. Mi sento tradita dalla vita. Il tumore è una bella prova. Poco dopo sposata sono rimasta incinta per caso, onestamente non ero pronta per un figlio. L'ironia vuole che adesso sì! Adesso che mi sentivo pronta un tumore mi ha portato via l'utero”.

Alessandra “Mi sento in ansia con il fiato corto..per me..per mio padre..per mio figlio. Avrei voglia di passare un giorno spensierata senza sentirmi oppressa dai pensieri brutti. Avrei voglia di divertirmi di sentirmi contenta ma veramente, perché davanti agli altri fingo... a volte, quando mi viene da ridere subito dopo mi chiedo: ma cosa ridi? Non hai proprio nulla da ridere. E il sorriso mi rimane solo sulle labbra come stampato. Perché la mia bocca ride ma nella mia testa ci sono solo brutti pensieri”.... “la mia vita è assolutamente cambiata, stravolta, sconvolta, se prima pensavo di avere tutti i problemi del mondo adesso penso che invece ero abbastanza serena.”

Al termine del percorso radioterapico, le modalità psicologiche con cui il paziente ha affrontato la situazione gradualmente assumono una nuova valenza, improntata sull'elaborazione degli eventi e sull'accettazione:

Valeria: “C'è voluto un tumore perché capissi molte cose della mia vita, perché aprissi gli occhi. Basta con i rapporti ingabbianti, con le relazioni stupide e violente, con i doveri, con le cose giuste da fare senza mai poter pensare al mio benessere. Questa per me è una seconda vita, una seconda possibilità e io sono pronta a viverla con tutta me stessa, anzi, ho già iniziato a farlo!”

Antonella: “Con il tumore ho scoperto di possedere un coraggio e una pazienza che non credevo di avere. Durante tutto il percorso non ho mai pensato di morire, ma ho sempre saputo che il tumore rappresentava un campanello di allarme, il mio corpo voleva dirmi qualcosa. Ora so in che direzione devo andare. È tempo di cambiare!”

Alessandra: “Adesso, quasi alla fine del trattamento, posso dire di aver avuto modo di far fluire i mie pensieri e a non avere più paura delle mie paure e della

mia rabbia. Penso che posso permettermi di chiudere questa brutta parentesi della mia vita e forse finalmente ricominciare a danzare con la vita. Quindi grazie per avermi fatto uscire dal buio, per avermi indicato la strada, grazie per avermi ascoltata e compresa, finalmente qualcuno mi ha vista come persona! Grazie per avermi accompagnata e per avermi ridato le ali, perché senza ali non si vola e volare... è bellissimo”.

In conclusione, l'intervento proposto si è rivelato adeguato al fine di prendersi cura dei bisogni emotivi dei pazienti oncologici, offrendo uno spazio e un tempo in cui potere narrare la percezione individuale di malattia e del significato ad essa attribuito, e dove potere trasformare un'esperienza negativa ed emotivamente difficile in speranza e strategia di adattamento per continuare a vivere e possibilmente guarire.

Riferimenti bibliografici

Biondi, M., A. Costantini, L. Grassi (1995), *La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Caretti, V., G. Capraro (2008), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma.

Charon, R. (2001), "Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust", *JAMA*, **286**, *15*, pp. 1897-1902.

Cipolla, C., A. Maturò (2009), *Con gli occhi del paziente*, Franco Angeli, Milano.

Fayers P. M., S. Weeden, D. Curran (1998), *EORTC QLQ-C30 Reference Values*, on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group, EORTC, Bruxelles.

Grassi, L., M. Biondi, A. Costantini (2003), *Manuale pratico di Psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Marsala, M. (2005), *La memoria nei contesti di vita*, Franco Angeli, Milano.

Masini, V. (2005), *Medicina narrativa*, Franco Angeli, Milano.

Owen, J.E., J. Giese-Davis, M. Cordova, C. Kronenwetter, M. Golant, D. Spiegel (2006), "Self-report and linguistic indicators of emotional expression in narratives as predictors of adjustment to cancer", *Journal of Behavioral Medicine*, **29**, *4*, pp. 335-345.

Crystal L.P., C.L. Suzanne, M.H. Antoni, and A.L. Stanton (2009), *Medical illness and positive life change: can crisis lead to personal transformation?* Washington, DC: American Psychological Association.

Pennebaker, J.W. (1999), "Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per l'abuso infantile e per il mantenimento della salute", *Psicologia della Salute*, **2**, pp. 32-48.

Taylor G.J., R.M. Bagby, J.D.A. Parker (1992), "The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data", *Psychotherapy*

and Psychosomatics, 992, 57(1-2), pp. 34-41 (trad. it.: “La TAS-20 - Toronto Alexithymia Scale”, in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Alessitimia. Valutazione e trattamento*, Astrolabio, Roma, 2005).

Walsh, F. (2008), *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Milano.

Zannini, L. (2008), *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina, Milano.

Zigmond A.S., R.P Snaith (1983), “The hospital anxiety and depression scale”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 6, pp. 361-370.