

La gestione del Distress nel programma riabilitativo di pazienti con esiti di mastectomia

A. GIOVAGNOLI¹, R. ROSIN², R. TOMINZ³, M. SAVRON¹, E. FRAGIACOMO¹

Introduzione

Questo lavoro nasce dalla necessità di cogliere alcuni aspetti psicologici che accompagnano il programma riabilitativo, nelle donne operate per neoplasia mammaria; in particolare abbiamo valutato l'entità del Distress e proposto un programma di intervento specifico allo scopo di ridurne l'entità. Dal 2001, all'interno della Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione del Distretto 4, abbiamo dedicato un ambulatorio per le donne operate al seno; l'obiettivo prioritario è stato quello di fornire una presa in carico integrata dove l'atto riabilitativo tenesse sempre conto di tutta la persona¹. Le pazienti arrivano all'osservazione del fisiatra troppo spesso solo dopo una sequenza di eventi stressanti: la diagnosi di tumore, la terapia chirurgica, la chemioterapia, la radioterapia, gli interventi ricostruttivi, le varie complicanze ecc. Il momento riabilitativo può diventare sia un tempo che un luogo di uno spazio condiviso con operatori/persone con cui ricostruire qualcosa. In letteratura molti lavori sui pazienti oncologici si soffermano sull'importanza della valutazione degli aspetti psicologici, tra i primi quello di Derogatis², che evidenzia come circa il 50 % dei pazienti oncologici, presentino disturbi che vanno dal disturbo dell'adattamento nel 21% dei casi, a veri e propri disturbi psichiatrici. Il disturbo dell'adattamento è una condizione intermedia che si caratterizza per il maladattamento in una o più aree psicosociali: attività quotidiane, lavoro, relazioni interpersonali, gioia di vivere. I sintomi non sono specifici e nella durata oltre i sei mesi, si parla di forme croniche; possono presentarsi come sintomi emotivi, comportamentali o fisici³. In uno studio, Zabora⁴, in uno screening sul Distress in 4496 pazienti oncologici, ha valutato come fattori predittivi di elevato Distress i tumori con prognosi negativa, la giovane età, reddito basso, il limitato supporto sociale (single).

L'obiettivo prioritario del nostro trattamento è stato quello di cercare di ridurre lo stress e potenziare le competenze di coping. È dimostrato che il counseling o la psicoterapia possono essere efficaci⁵⁻⁷; inoltre è altrettanto importante monitorare la presenza di eventuali disturbi psichiatrici maggiori. Per orientarci nel nostro lavoro abbiamo seguito le indicazioni del National Comprehensive Cancer Network sulla gestione del Distress⁸: abbiamo richiesto l'autorizzazione all'utilizzo del Termometro del Distress e la Lista dei problemi, per dare un riferimento quantitativo ed in parte qualitativo del fenomeno. Attualmente il 25-45% dei pazienti, presenta un Distress significativo, ma solo il 10% dei pazienti viene inviata in maniera appropriata ai servizi psicosociali⁸. Abbiamo voluto sfruttare il vantaggio che deriva dall'approccio della riabilitazione, che più di altre discipline si pone in un'ottica di intervento globale, di presa in carico di tutta la persona, e non solo della malattia, della relazione profonda

¹Azienda Sanitaria Locale Triestina, Distretto 4

²Centro Studi Wilhelm Reich

SIF, Società Italiana di Psicoterapia Funzionale, Padova

³Azienda Sanitaria Locale Triestina, Dipartimento di Prevenzione

che si sviluppa con il paziente; come già sottolinea Sterzi⁹, possiamo dire che il setting riabilitativo "si trova a metà strada tra l'approccio medico tradizionale, e il setting terapeutico". Questo vantaggio ci ha permesso di aggiungere un altro tassello al nostro intervento, costruendo maggiori sinergie anche con altre discipline.

Materiali e metodi

Gli Autori di questo studio hanno voluto valutare l'entità del Distress e cercare di ridurlo, proponendo un intervento specifico in un gruppo di 20 donne che avevano terminato o stavano terminando, entro un tempo massimo di un mese, il trattamento riabilitativo successivo ad intervento di mastectomia o quadrantectomia per ca. del seno.

Sono state incluse tutte le pazienti che avevano fatto una richiesta specifica di supporto o che presentavano sintomi che potevano essere riferibili ad un quadro di Distress come, disturbi del sonno, disturbi del tono dell'umore, tachicardia, sensazione di stanchezza. Motivi etici hanno spinto gli Autori ad inserire nel gruppo anche donne con grande instabilità clinica, cioè donne ancora in trattamento chemio o radioterapico. Sono state escluse pazienti con disturbi psichiatrici maggiori, pazienti con localizzazioni secondarie diffuse a più organi o gravi deficit della motilità dovute ad altre cause.

Le pazienti presentavano un'età media di 48,8 anni (range da 33 a 65). L'età media al momento della diagnosi era di 42,9 anni. Il nucleo familiare era così costituito: 15 donne vivevano in coppia, 2 da sole e 3 sole con i figli. La scolarità: in 10 casi possedevano un diploma di scuola superiore, in 6 casi la laurea, in 4 il diploma di scuola media inferiore. Il lavoro: in 14 erano lavoratrici dipendenti, 2 casalinghe, 2 pensionate, 1 lavoratrice autonoma ed 1 disoccupata.

Erano state sottoposte spesso a più interventi chirurgici per un totale di 16 interventi di mastectomia, 16 di quadrantectomia, 13 di linfadenectomia, 3 asportazioni del linfonodo sentinella, 3 mastopectisi. Erano state sottoposte in passato o al momento del programma a chemioterapia in 14 casi e di radioterapia in 10; 7 pazienti avevano avuto ambedue i trattamenti. La ricostruzione era stata eseguita con protesi definitiva in 11 casi, con espansore in 4, con lembo dorsale in 2; in 7 casi non era stata necessaria. In 2 casi è stata effettuata la diagnosi di localizzazioni ossee secondarie.

Queste pazienti si erano rivolte al nostro servizio per la prima volta in 7 casi, ed erano ritornate per mantenimento in 8; invece in 5 erano state sottoposte a reintervento.

I problemi principali sono stati la limitazione funzionale in 14 casi, in 1 caso dolore, ed il linfedema in 5 casi, di cui uno, stadio secondo e 4, stadio terzo^{12,13}.

Nel programma riabilitativo erano state trattate, a seconda del bisogno, con rieducazione motoria individuale, di gruppo, linfodrenaggio manuale, bendaggio, pressoterapia, massoterapia, prescrizione di bracciale elastocompressivo, educazione all'autotrattamento.

È stato eseguito uno studio osservazionale prima - dopo, senza gruppo di controllo. Le misurazioni sono state effettuate prima dell'intervento e alla sua conclusione: nel primo gruppo anche dopo ulteriori 6 mesi; il secondo gruppo dopo la valutazione conclusiva, sarà monitorato a fine anno. Lo stress percepito è stato misurato con il "Termometro del Distress" (NCCN, 2007) e con la Misura dello Stress Percepito (MSP)¹⁰; la presenza/assenza di problemi è stata valutata con la Lista dei Problemi (NCCN,2007). La significatività statistica delle differenze prima- dopo è stata testata, per termometro e per MSP, con il test di permutazione a due code, per la presenza/assenza di problemi percepiti con il test di Mc Nemar (corretto, a due code).

Il programma proposto è stato progettato e adattato con il supporto di una psicologa/terapeuta, ma è stato condotto da una fisiatra ed una fisioterapista che avevano seguito un apposito percorso formativo. È stato utilizzato come riferimento teorico-pratico il modello della Psicoterapia Funzionale, con questo modello si è sviluppato un modo diverso di leggere l'individuo, cioè utilizzando un'ottica multidimensionale. Come afferma Rispoli "Il Se", dunque, può essere visto come organizzazione di tutte le Funzioni dell'organismo umano, su tutti i suoi piani e su tutti i livelli possibili di funzionamento..."¹¹. Le azioni svolte sono state mirate a migliorare la respirazione e ad un intervento su alcune Esperienze Basilarie del Sé, considerate esperienze fondamentali nello sviluppo dell'individuo; queste ultime se attraversate più volte positivamente vanno a costituire una risorsa a cui attingere nei momenti di necessità. Le tecniche adottate di volta in volta, avevano tutte come scopo quello di dare la possibilità di recuperare alcune Esperienze di Base, come allentare il controllo, sperimentare la calma, il poter lasciare, ridurre le rigidità e la tendenza a "trattenere". Gli incontri hanno sempre visto una parte di esercizi di mobilitazione globale con particolare attenzione al rachide cervicale ed al cingolo toracico.

Sono state utilizzate diverse tecniche di intervento come il massaggio profondo, la respirazione diaframmatica, sequenze di movimento, immaginazioni guidate, suoni che facilitassero il recupero di sensazioni interne e percezioni; sono state fornite inoltre spiegazioni sui meccanismi di funzionamento psicocorporei. Per il setting è stata utilizzata la palestra della S.S.D. di Riabilitazione. Gli incontri sono avvenuti in orario pomeridiano per rispettare la privacy ed avere una maggiore tranquillità. Sono stati utilizzati i materassini della palestra e le partecipanti sono state invitate ad indossare vestiti comodi.

La frequenza è stata settimanale con una durata media di un ora e mezza per un totale di 10 incontri.

Risultati

La valutazione statistica dei dati è stata eseguita su un gruppo di 20 persone. L'entità dello stress percepito, misurata all'inizio ed alla fine del trattamento con i due strumenti del Termometro del Distress e dell'MSP sono riportati in Tabella 1, congiuntamente con l'entità delle variazioni osservate per ciascuna paziente. I risultati del Termometro del Distress evidenziano una riduzione statisticamente significativa dello stress percepito, (test di Wilcoxon a due code: $p < 0,005$). Su 20 persone, 14 sono migliorate (da 1 a 6 punti, ricordan-

Tabella 1. – Grado di stress percepito secondo il Termometro del Distress e secondo la Misura dello Stress Percepito.

Soggetto	Termometro del Distress			Misura dello Stress Psicologico		
	Tempo 0	Tempo 1	Delta	Tempo 0	Tempo 1	Delta
a	8	2	-6	105	91	-14
b	7	2	-5	124	97	-27
c	5	0	-5	66	63	-3
d	6	3	-3	121	80	-41
e	7	4	-3	131	92	-39
f	4	2	-2	100	73	-27
g	10	8	-2	158	137	-21
h	5	3	-2	71	72	1
i	6	5	-1	111	91	-20
l	6	5	-1	94	80	-14
m	4	3	-1	82	68	-14
n	5	4	-1	135	121	-14
o	5	4	-1	80	74	-6
p	6	5	-1	95	94	-1
q	7	7	0	113	103	-10
r	5	5	0	117	124	7
s	5	5	0	73	82	9
t	8	8	0	134	151	17
u	4	5	1	122	74	-48
v	1	2	1	62	69	7
mediana	5,5	4	-1	108	86,5	-14

do che la scala del Termometro va da 1 a 10), 4 sono rimaste invariate e 2 sono peggiorate di un punto. I risultati dell'MSP (scala da 49 a 196) mostrano una variazione della mediana da 108,0 a 86,5: anche questa variazione è statisticamente significativa al test di Wilcoxon a due code (previa trasformazione logaritmica dei dati, $p = 0,006$.) In questo caso migliorano 15 persone e ne peggiorano 5.

I due test risultano altamente correlati (coefficiente di correlazione di Spearman=0,68; $p=0,001$ al tempo 0 e 0,70; $p=0,0004$ alla fine del trattamento). Le differenze prima - dopo, misurate con ciascuno dei due test, non risultano però ugualmente concordanti (coefficiente di correlazione di Spearman=0,28; $p=0,23$) vedi Tabella 2.

La Lista dei problemi, suddivisa in quattro aree, analizzata con il test di Mc Nemar corretto a due code, dimostra nell'area dei problemi pratici nella sua globalità una differenza prima - dopo statisticamente significativa ($p < 0,01$). L'area dei problemi familiari e quella di problemi spirituali e religiosi non dimostrano cambiamenti rilevanti. L'area dei problemi emotivi dimostra globalmente una differenza prima - dopo statisticamente significativa ($p = 0,01$). Infine l'area dei problemi fisici evidenzia una differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$).

Di questo gruppo di 20, nove donne sono state ulteriormente testate a sei mesi di distanza dalla fine del trattamento, per valutare il mantenimento dei risultati raggiunti. Lo stress percepito, misurato con il Termometro, risulta diminuito alla fine del trattamento ($p < 0,01$), ma il miglioramento non è mantenuto nel controllo a 6 mesi. L'analisi delle variabili dicotomiche della lista dei problemi ha dimostrato un miglioramento significativo per alcuni item come senso di costipazione, problemi con lavoro/scuola, disturbi del sonno. L'MSP dimostra un miglioramento significativo al controllo dopo 6 mesi ($p < 0,05$). La restante parte del gruppo sarà ritestata alla fine dell'anno per la valutazione del mantenimento nel tempo.

Conclusioni

In Italia, ogni anno questa patologia è diagnosticata a 37.000 donne, ed è il tumore più frequente nella popolazione femminile,

Tabella 2. – Per ciascun problema è riportata la numerosità dei soggetti che non lo riferiva né prima né dopo e che lo riferiva sia prima che dopo (coppie concordanti), che lo riferiva dopo ma non prima (peggioramento) e che lo riferiva solo prima (miglioramento). L'ultima colonna riporta il livello di significatività statistica delle differenze riscontrate per ciascun item e, complessivamente, per ciascuna area. In neretto i valori di p statisticamente significativi.

		Concordanti		Discordanti		p
		Prima NO, dopo NO	Prima SI, dopo SI	Prima NO, dopo SI	Prima SI, dopo NO	
Practical Problems	Child care	12	3	0	5	0,063
	Housing	11	3	2	4	0,414
	Insurance/financial	11	4	1	4	0,375
	Transportation	12	3	0	5	0,063
	Work/school	8	2	2	8	0,058
	TOT	54	15	5	26	0,000
Family Problems	Dealing with children	14	2	2	2	1,000
	Dealing with partner	16	2	1	1	1,000
	TOT	30	4	3	3	1,000
Emotional Problems	Depression	11	4	0	5	0,063
	Fears	7	6	0	7	0,008
	Nervousness	6	8	3	3	1,000
	Sadness	5	10	2	3	1,000
	Worry	0	14	1	5	0,103
	Loss of interest in usual activities	14	4	0	2	0,157
	TOT	43	46	6	25	0,000
Spiritual/religious concerns		18	0	1	1	1,000
Physical Problems	Appearance	7	7	1	5	0,103
	Bathing/dressing	14	0	3	3	1,000
	Breathing	16	2	0	2	0,157
	Changes in urination	18	1	0	1	1,000
	Constipation	14	0	0	6	0,014
	Diarrhea	16	0	1	3	0,625
	Eating	13	1	3	3	1,000
	Fatigue	9	5	2	4	0,414
	Feeling swollen	7	8	2	3	1,000
	Fevers	18	0	0	2	0,500
	Getting around	15	2	1	2	1,000
	Indigestion	18	0	0	2	0,500
	Memory/concentration	8	7	2	3	1,000
	Mouth sores	15	2	2	1	1,000
	Nausea	17	1	2	0	0,500
	Nose dry/congested	13	1	1	5	0,103
	Pain	6	7	5	2	0,257
	Sexual	14	3	0	3	0,250
	Skin dry/itchy	11	4	2	3	1,000
	Sleep	5	7	0	8	0,005
	Tingling in hands/feet	12	6	0	2	0,500
	TOT	266	64	27	63	0,000

cioè circa 1 donna su 10; rappresenta la seconda causa di morte per tumore (11.000 casi/anno), la prima nelle donne tra i 35 ed i 44 anni.

Il 5 giugno 2003 il Parlamento europeo ha adottato, per la prima volta, per una malattia specifica, una risoluzione che propone di fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria ed invita gli Stati membri a migliorare la prevenzione, lo screening, la diagnosi, la cura e la fase successiva alla terapia¹⁴. Questa risoluzione è stata ripresa nel 2006. Esiste un numero sempre crescente di lavori sui benefici psicologici e sul miglioramento della qualità della vita, grazie ad interventi psicosociali¹⁵⁻¹⁷. L'approccio più frequente è quello cognitivo comportamentale¹⁸⁻²⁰, ed è stata dimostrata l'efficacia sia sul Distress che sul dolore. Sono stati svolti anche studi su sintomi più specifici, come i pensieri intrusivi e l'ansia²¹ o sulla fatica²². Ci sono molti problemi da affrontare durante e dopo la fase

intensiva di terapia in tutti i pazienti oncologici; da ricordare i problemi cognitivi e le sequele neuropsicologiche, gli aspetti riguardanti la sessualità, quelli rispetto l'infertilità, i problemi legati all'immagine corporea ed il basso livello di energia percepita o la fatica. Tutti possono influenzare in modo diretto o indiretto il processo di recupero ed il progetto di vita individuale. Spesso sono presenti i sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress e, sebbene siano presenti soltanto nel 10% tutti i criteri diagnostici indicati dal DSM, nel 48% sono presenti molti dei sintomi. Nelle donne operate per cancro della mammella, il 37% riporta incubi, pensieri intrusivi, flashbacks; l'11% dimentica cose o attività, limita gli affetti, o presenta caratteristiche di distacco, tipiche risposte ad uno stress importante²³. Si evidenzia anche quella che alcuni autori hanno definito come "Sindrome di Damocle"²⁴ quando permane l'incertezza sull'aver o meno superato la malattia.

Lo stress sembra incidere su tre grandi sistemi: cardiovascolare, metabolico e immunitario. Esistono studi confortanti che valutano l'influenza di un intervento psicologico sul sistema neuroendocrino (ad es. sul cortisolo) ed altri indicatori come la proliferazione dei linfociti e la produzione di citochine TH1^{25,26}. Lo stress va quindi riconosciuto, valutato e trattato. Per i primi due aspetti si è sempre più orientati ad un primo screening attraverso strumenti brevi, di facile utilizzazione perché autosomministrati, ed utilizzabili in contesti diversi, quindi anche in riabilitazione; lo strumento raccomandato dalla NCCN è il Termometro del Distress e la Lista dei Problemi: questo strumento appare adeguato per escludere patologie più importanti come depressione e disturbi d'ansia; in una scala da 0 a 10 un valore oltre 4 indica quantomeno la necessità di utilizzare strumenti diagnostici più specifici²⁷ e l'invio per valori uguali o superiori a 5 a specialisti del settore. La maggior parte dei test per la valutazione dello stress nascono nell'ambito della medicina del lavoro, tra questi è stato scelto l'MSP che permette la valutazione su più piani del funzionamento umano. Nell'analisi dei singoli items oltre agli elementi statistici, sono emersi elementi clinici che ci aprono ad ulteriori domande; ad esempio la scarsa consapevolezza di alcune pazienti di posture antalgiche, di contratture muscolari, di zone dolenti del proprio corpo. L'approccio di trattamento scelto dagli Autori, fortemente influenzato dalle psicoterapie a mediazione corporea²⁸, in particolare dalla Psicoterapia Funzionale, ha limitato l'intervento all'obiettivo di contenere lo stress. Il compito era quello di ampliare l'intervento in un ambito di bisogni non soddisfatti per le nostre pazienti, ritenendo indispensabile, nei casi più gravi, la necessità dell'intervento di uno psicologo/terapeuta che integri il lavoro dell'equipe riabilitativa. Anche il semplice esercizio fisico viene a volte sottovalutato: Simonton già da molti anni suggerisce l'utilità di esercizio fisico regolare nei pazienti oncologici per almeno un'ora tre volte a settimana²⁹. Studi più recenti dimostrano l'influenza che l'esercizio fisico può avere sulla qualità della vita nelle donne operate per ca. della mammella³⁰. La letteratura dimostra inoltre che gli interventi psicosociali sono non solo efficaci, ma anche economici³¹. In accordo con quanto scrivono gli psico-oncologi italiani "...qualunque sia la diagnosi, la prognosi, la risposta alle terapie, non esistono tumori di scarsa rilevanza. Il cancro infatti rappresenta sempre, per il paziente e per la sua famiglia ma anche per i terapeuti, una prova esistenziale sconvolgente..."³². La possibilità di una diagnosi precoce, l'aumento dell'aspettativa di vita, la conseguente maggiore richiesta di interventi riabilitativi, ci pone una serie di sfide: in particolare in campo oncologico, quella di cogliere tutti i bisogni dei nostri pazienti, e non solo quelli per cui, come operatori, ci sentiamo già in qualche modo "attrezzati". Come scrive Sterzi "entrare in relazione con questi pazienti è impegnativo, faticoso, e a volte anche doloroso e richiede un coinvolgimento profondo come professionisti e come persone, nodo cruciale di ogni relazione che cura e guarisce"⁹. Questo lavoro ha dimostrato che il cammino lungo questa strada è possibile.

Bibliografia

- Giovagnoli A, Pasqua G, Savron M, Sponza RD, Morsolin C. Riabilitazione territoriale: un ambulatorio dedicato alle donne operate al seno. EUR MED PHYS 2004;40 (Suppl.1 to N° 3):476-80.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D *et al.* The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 1983; 249:751-756
- Holland J. Distress Management in Cancer: Standard and Clinical Practice Guidelines. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York. Available from: <http://www.ipos-society.org>
- Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B *et al.* The prevalence of psychological distress by cancer site. Psychooncology 2001;10:19-28
- Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreuz DM, *et al.* Psychological, Behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. J Clin Oncol.2004;22:3570-80.
- McGregor BA, Antoni MH, Boyers A, *et al.* Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. Journal of psychosomatic research.2004;56:1-8.
- Muszbec K, Hungarian Hospice Foundation, Budapest, Hungary. Anxiety and adjustment disorders in cancer patients. Available from: <http://www.ipos-society.org>
- Jiemi Holland. Gestione del disagio emotivo nel cancro: Standard e linee guida per la pratica clinica. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New-York. Available from : <http://www.ipos-society.org>
- Sterzi S, Romanelli A, Bozzone A *et al.* Riabilitazione in oncologia. Eur Med Phys 2003;39(Suppl.1 to N°3):455-9.
- Michellini S, Campisi C, Failla A, *et al.* Stadiazione del linfedema: proposte a confronto. La linfologia Italiana 2005;1:5-8
- Ricci M. Il linfedema: classificazione e stadiazione. Ital J Rehab Med-MR 2008;22:235-6
- Di Nuovo S, Rispoli L, Genta E. Misurare lo stress. Franco Angeli. 2000 Milano
- Rispoli L. Esperienze di base e sviluppo del Se'. L'evolutive nella Psicoterapia Funzionale. Milano. Franco Angeli; 2004.
- Risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'Unione europea (2002/2279 (INI)). Strasburg, 05/06/2003
- Carlson LE, Bultz BD. Benefits of Psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. Health Qual Life Outcome.2003 Apr17;1:8. Review.
- Andersen B. Psychosocial interventions for cancer patients to enhance the quality of life. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992, 60:552-68.
- Shneiderman N, Antoni MH, Saab PG and Ironson G. Health Psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. Annu Rev Psychol 2001, 52:555-80.
- Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreutz D *et al.* Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. Brain, behaviour, and immunity. 2007;21:953-61.
- Phillips KM, Antoni MH, Michael H *et al.* Psychosomatic Medicine Volume 70(9), November/December 2008, pp 1044-49.
- Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a metaanalysis.
- Antoni MH, Wimberly SR *et al.* Reduction of Cancer-Specific Thought Intrusion and Anxiety Symptoms With a Stress Management Intervention Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer.
- Stoney DJ, Waters RA, Hibberd CJ *et al.* Clinically relevant fatigue in cancer outpatient: the Edinburgh Cancer Center symptom study. Annals of Oncology 2007;18:1861-69.
- Holland JC, Reznik I. Pathways for Psychosocial Care of Cancer Survivors. Cancer 2005;104(11 suppl.):2624-37.
- Koocher GP, O'Malley JE. The Damocles syndrome: psychosocial consequences of surviving childhood cancer. New York: McGraw Hill, 1981.
- McGregor BA, Antoni MH. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. Brain Behav Immun. 2009;23:159-66.
- Ferragut E *et al.* Emozione e trauma: il corpo e la parola. KOINE'-Centro Interdisciplinare di Psicologia e scienze dell' Educazione-Roma; 2006.
- Mitchell AJ. Pooled Result From 38 Analyses of the Accuracy Of Distress Thermometer and Other Ultra-Short Methods of Detecting Cancer Related Mood Disorders. Journal of Clinical Oncology, 2007;25:4670-81.
- Ferragut E *et al.* Psicosomatica: il corpo ed il dolore. KOINE'-Centro Interdisciplinare di Psicologia e scienze dell'Educazione-Roma, 2004.
- Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton JL. Ritorno alla salute. Edizioni Amrita, Torino, 2005.
- Valenti M, Porzio G, Aielli F *et al.* Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors. Int J Med Sci.2008;5:24-8.
- Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. Psychooncology. 2004;13:837-49.
- Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. Società Italiana di Psico-Oncologia, 1998.