



“Cosa mi sta succedendo?”: la narrazione e l’approccio metaforico come supporti alla comunicazione

Ludovica Broglia*, Momcilo Jankovic**

*Docente di scuola primaria, Dottorato di ricerca in Scienze umanistiche, Dipartimento di educazione, Università di Modena e Reggio Emilia; **Pediatria emato-oncologo, Clinica pediatrica, Università di Milano-Bicocca, Fondazione MBBM, Monza

La malattia, considerata una *biographical disruption*, e di conseguenza l’ospedalizzazione, creano nel bambino un alto livello di ansia e stress con risvolti a livello fisico, cognitivo e psicosociale. In un’ottica di alleanza terapeutica, l’attenzione deve essere posta sulla relazione, la quale è il prerequisito essenziale per poter avviare in modo efficace il progetto di cura. Solamente il riconoscimento dell’altro favorisce l’instaurarsi di un clima di empatia e di fiducia, il quale rende il bambino e la sua famiglia alleati preziosi. Si può dunque affermare che senza relazione non può essere avviato il percorso di cura: a oggi, non si parla più di curare (tenere sotto controllo i sintomi fisici), ma di “prendersi cura”, ovvero di “prendere in carico” (“*to care*”), tenendo in considerazione aspetti fisici, emotivi, affettivi e sociali. Alla base della relazione vi è la comunicazione, che deve essere chiara, trasparente e soprattutto educativa: appositi strumenti comunicativi possono stimolare il processo di rielaborazione dell’evento traumatico e di attribuzione del significato, essenziali per costruire in modo significativo la propria identità. Adottando un approccio narrativo secondo il quale il paziente costruisce storie per comprendere la realtà, due strumenti di supporto alla comunicazione autentica sono la letteratura per l’infanzia e la metafora: tramite storie che narrano avventure di personaggi che sono costretti a vivere gli stessi eventi negativi e tramite immagini evocative, il bambino può conoscere, comprendere, rielaborare e attivare strategie di coping idonee.

The disease, considered a “biographical disruption”, and consequently hospitalization create in the child a high level of anxiety and stress difficult to manage from a physical, cognitive and psycho-social level. Looking at a Therapeutic Alliance, the attention must be addressed to relation, which is the essential prerequisite to be able to effectively startle project of care. Only the recognition of others helps the establishment of a trust and empathy environment, which makes children and their families precious allies. It can therefore be said that without a relationship the path of care cannot be started: till today there is no more talk of cure (to monitor the physical symptoms) but “to take care of” or “to take charge of a disease (2to care)” considering physical, emotional, affective and social aspects. Based on the relationship there is communication that must be clear, transparent and almost educational: appropriate communication tools can induce reworking process of traumatic event and attribution process of meaning, essential for significantly building own identity. Adopting a narrative approach according to which the patient builds stories to understand the reality, two authentic communication support tools are the children’s literature and the metafora: through stories that tell adventures of characters forced to live the same negative events and through evocative images, the child may know, understand, rework and activate suitable coping strategies.

Pratiche narrative e comprensione della patologia e dell’ospedalizzazione: quale legame?

La malattia e il dolore sono alcune delle paure più profonde dei bambini e degli adolescenti [1]: si tratta di traumi che hanno implicazioni di tipo fisico, psicologico, sociale e relazionale. Ogni paziente può rapportarsi alla patologia in modo differente ma, in ognuno di questi casi, è chiaro che l’ospedalizzazione e la so-

ferenza sono due fattori di rischio per la crescita e per lo sviluppo. In questo panorama le relazioni diventano l’unica possibilità per confrontarsi ed elaborare la propria esperienza, che è fonte di apprendimento [2]. I medici e tutta l’équipe curante devono condividere una serie di buone prassi che permettono di coinvolgere correttamente sia il paziente sia la sua famiglia: per fare questo, devono padroneggiare determinate competenze co-

municative, che sono alla base della buona riuscita dell’intervento e del successivo piano terapeutico [3].

Una comunicazione aperta e appropriata è in grado di sviluppare resilienza: essa è un processo narrativo e relazionale che lega strettamente il narratore e l’ascoltatore [4]. Secondo la recente prospettiva olistica, il paziente non è solamente l’insieme dei sintomi fisici, ma è anche l’unione delle sue storie personali, dei suoi aspetti emotivi e relazionali. È doveroso, dunque, porsi alcuni interrogativi: “Come il paziente si considera e si percepisce? Come interpreta il suo stato e a quali motivi lo attribuisce?”; solamente in quest’ottica di riconoscimento, la relazione può diventare di aiuto e di supporto.

Si tratta di saper ricostruire, a partire dagli elementi dati, una narrazione significativa fatta di aspetti medici, sociali, personali. Questa narrazione risulta essere autentica se condivisa [5]. La storia di malattia del bambino ricoverato deve essere stimolata attraverso strumenti narrativi specifici, quali la letteratura per l’infanzia e l’approccio metaforico. Alcuni studi confermano che una comunicazione positiva correla fortemente con l’aderenza al trattamento prescritto [6]. Negli ultimi anni questi dati sono stati presi in considerazione e l’attenzione è stata infatti rivolta alle carriere accademiche dei medici, le quali devono prevedere interventi appositi per sviluppare e stimolare le abilità empatiche e narrative.

1. La comunicazione e la relazione: il punto di partenza del piano terapeutico

L’obiettivo ultimo della *narrative medicine*, approccio comunicativo sempre più diffuso, è quello di conoscere “quel” paziente, con “quel” vissuto, con le sue caratteristiche fisiche, sociali e con gli eventi che hanno caratterizzato la sua esistenza e di entrare in empatia con lui [7]. Secondo questo approccio patient-centered, gli elementi centrali nel percorso di cura ri-

sultano essere i racconti di malattia. Le storie che si intersecano durante l'ospedalizzazione sono due, quella del medico e quella del paziente [8]: il primo deve fornire una serie di terapie e consigli, ma solamente dopo aver ascoltato i sintomi fisici, la storia personale e sociale del paziente, ovvero dopo aver analizzato il suo contesto di vita.

La relazione è già di per sé elemento terapeutico ed è il prerequisito per la buona riuscita dell'intervento [9]: essa è a sua volta basata sulla comunicazione. Nel trasmettere informazioni è necessario ricordare che non contengono un messaggio solo le parole, ma soprattutto i silenzi, le pause, la postura e la mimica [10]. Quando si comunica con un paziente pediatrico, si "mette in comune", ovvero da una parte si instaura un contatto, un legame e dall'altra si scambiano informazioni [11]. Si tratta dunque di bilanciare aspetti verbali e non nel tentativo di fornire informazioni corrette che assecondano gli stati d'animo e i dubbi del paziente e lasciano uno "spazio bianco vuoto" che ognuno riempie come meglio crede [12].

La comunicazione deve essere riconosciuta come elemento *sine qua non* dell'intervento in quanto responsabile dell'attivazione del processo di *meaning-making*, ovvero di attribuzione del significato, essenziale ai fini della rielaborazione dell'evento traumatico.

Il primo passo per instaurare una comunicazione autentica è quello di promuovere un atteggiamento di fiducia, il quale è favorito da determinate competenze relazionali del medico [13]: il saper ascoltare, l'essere disponibile, il dimostrare di avere sentimenti, il rapportarsi con il bambino in modo adeguato rispetto all'età, il saper infondere sicurezza, l'essere capace di comprensione psicologica.

In secondo luogo, il bambino deve percepirsi come individuo attivo: a oggi si parla infatti di "alleanza terapeutica", intesa come processo decisionale condiviso che coinvolge bambino, genitori, medici e altri operatori sanitari e non. Viene promossa di conseguenza una relazione che deve essere equilibrata e non basata su uno squilibrio di ruoli e potere [14].

L'individuo malato diventa un soggetto capace di prendere posizione nel suo percorso di cura; da un approccio di tipo paternalistico che aveva come scopo il proteggere il paziente tenendolo all'oscuro delle informazioni accurate circa il suo stato di salute, si è passati all'idea di condivisione [3].

Alcune strategie che supportano l'instaurarsi di un setting comunicativo favorevole che conduce all'elaborazione della nar-

razione del paziente sono le seguenti [15]: utilizzare domande-aperte che favoriscono l'espressione libera ("Spiegami quello che è successo, c'è qualcosa che ti spaventa?, Cosa pensi al riguardo?, Se avessi una mano magica, cosa faresti), non interrompere e identificare un posto adatto alla comunicazione senza interferenze e utilizzare gli interessi, i dubbi, le curiosità come punto di partenza.

Di seguito, gli step che si dovrebbero alternare nel corso della comunicazione della diagnosi, la quale è l'inizio e il punto focale della relazione medico-paziente:

- 1 *Accoglienza/riconoscimento dell'interlocutore.* Il medico deve creare un ambiente accogliente e familiare e prima di fornire informazioni deve conoscere, riconoscere e accogliere il singolo bambino (identità, nome, passioni, scuola, ecc.). In seguito, deve presentare sé stesso e il suo compito in parole-chiave semplici ("Il mio compito sarà quello di aiutarti per qualsiasi bisogno e lo farò in questo modo..."). Segue un momento di riconoscimento delle emozioni, necessario per creare un clima basato sull'empatia: in questo momento, sono fondamentali i segnali non verbali, come i movimenti del corpo.
- 2 *Comunicazione vera e propria.* Attraverso strumenti specifici (come l'approccio metaforico), il medico, dopo aver analizzato la situazione emotivo/affettiva del bambino, fornisce le indicazioni necessarie circa la patologia e il piano terapeutico. Le informazioni devono essere date con un linguaggio comprensibile e comune e devono spiegare nel dettaglio la progettazione degli eventi futuri.
- 3 *Valutazione della comprensione.* Il medico deve assicurarsi che il bambino abbia compreso ciò che gli è stato detto, tramite opportune domande-stimolo oppure tramite attività successive ludiche ("Cosa succede quindi quando...? Abbiamo detto che nel nostro corpo succede questa cosa, ma me la vuoi spiegare ancora un attimo con parole tue?").

Un approccio di questo tipo, individualizzato e calato sui bisogni dei bambini, permette loro di esplorare le paure e di evitare la formazione di fantasie negative, le quali sono stimulate da incomprensioni e non detti.

In quest'ottica di alleanza, più operatori prestano le proprie competenze: la scuola, per esempio, partecipa al processo di rielaborazione e diventa simbolo di rassicurazione e contenimento delle esperienze di dolore, in quanto permette di trasformare

i vissuti di malattia destabilizzanti in occasioni di crescita [16].

2. La comunicazione in pediatria: l'approccio narrativo e metaforico

Come già accennato, la malattia e l'ospedalizzazione sono fonte di emozioni negative in età pediatrica le quali influenzano l'autostima, la percezione delle competenze e l'immagine di sé [17]. La malattia sviluppa alcuni ostacoli a livello di formazione dell'identità personale e sociale; lo studente malato si pone spesso i seguenti quesiti: "Chi sono io? Perché sono così? Cosa mi manca di quello che facevo prima? Come mi vedono le altre persone?". Le reazioni dei pazienti sono varie: dopo un primo momento di chiusura in sé stessi caratterizzato da passività e paura, i bambini sperimentano momenti di opposizione e rabbia, sino ad arrivare all'accettazione [11].

Il paziente pediatrico si pone domande, sperimenta nuove emozioni, si chiede cosa sta succedendo e si risponde attraverso la creazione di storie autobiografiche [18]. La capacità di narrare è la dimensione fondamentale del pensiero umano: il pensiero narrativo porta l'individuo a dare una sequenza temporale degli eventi, individuarne la causalità in modo da garantirne la coerenza. La storia è uno strumento per conoscere e per capire quello che sta succedendo: l'essere umano tende a "narrativizzare" il mondo e ad attribuire significato agli avvenimenti e al proprio vissuto [19].

I pazienti possono servirsi del linguaggio narrativo, fatto di similitudini e metafore per dare un ordine agli elementi caotici dell'esperienza. Infatti numerosi studi hanno stabilito che le memorie e le narrazioni traumatiche risultano essere frammentate, disorganizzate, non codificate e integrate nella memoria come gli altri ricordi [20].

Il trauma, come l'insorgere di una malattia, agisce come un vuoto dal quale potrebbe derivare un racconto senza ordine, senza coerenza e senza emozioni [21]: gli operatori hanno il compito di supportare il paziente nel ri-organizzare il proprio discorso, nel creare connessioni temporali e causali e nell'ipotizzare strategie di azione.

La capacità di strutturare una storia che lega insieme più eventi appartiene agli adolescenti mentre i bambini narrano singole esperienze tramite la forma tipica della storia, problema-risoluzione [22].

Con gli studenti più piccoli, si può costruire una storia consapevole del fatto che quest'ultima non viene inserita completamente in un quadro generale legato a eventi passati e futuri, ma che permette di rielaborare, in ogni caso, gli eventi traumatici soprattutto in un'ottica presente.

I pazienti devono, infatti, essere supportati nella ricerca di una coerenza globale del proprio discorso e nell'avanzamento di una valutazione emotiva e cognitiva dell'accaduto tramite determinate domande-stimolo:

- 1 Come ti sei sentito quando hai iniziato questo nuovo percorso? Quali sensazioni ricordi?
- 2 Ci sono stati dei cambiamenti nella tua vita? Sia positivi che negativi?
- 3 Come ti descriveresti adesso? Quali sono le tue caratteristiche principali?
- 4 Se potessi esprimere più desideri, quali elencheresti?

Un supporto alla costruzione della storia personale può essere la letteratura, ovvero racconti che propongono le vicende di personaggi che stanno vivendo situazioni simili al paziente (biblioterapia affettiva): tramite lo spostamento del focus dall'interno all'esterno, il bambino dovrebbe essere facilitato nel valutare gli accadimenti. Questo tipo di intervento è particolarmente diffuso con bambini più piccoli, ma, a oggi, vi sono numerose proposte editoriali che affrontano il tema della malattia anche per adolescenti: questi testi si preoccupano di fornire conoscenze sul nuovo contesto, di analizzare gli aspetti emotivi connessi e di dare valore alle diversità sorte dall'esistenza di una patologia.

In una realtà finzionale, i bambini possono simulare i loro problemi personali e sociali senza preoccupazione, usando la creatività e l'immaginazione; materiale letterario significativo permette di attivare meccanismi di identificazione, di catarsi emotiva e intuizione [23]. Tramite un'interazione dinamica tra la storia e il lettore, questo tipo di intervento riesce ad assisterlo nell'individuare strategie d'azione e comportamenti innovativi. Si tratta di tradurre in parole i conflitti e i problemi del proprio mondo interno e di incoraggiare gli individui a effettuare connessioni personali con i personaggi del testo [24].

È necessario dunque selezionare testi che favoriscono l'atteggiamento di empatia data la similarità delle situazioni narrate con la realtà, ma che diano importanza anche al pensiero controfattuale, ovvero che diano la capacità di formulare ipotesi su ciò che sarebbe potuto accadere in passato, ciò che potrebbe accadere in futuro e, dunque, su ciò che è inesistente e diverso dal reale [25].

Le domande di rispecchiamento sono il fattore cruciale che permette al lettore di costruire la propria narrazione:

- 1 Pensi di assomigliare a qualche personaggio?

- 2 Qualche personaggio ti ricorda qualcuno che conosci?
- 3 Come vorresti cambiare i personaggi, l'inizio o la fine della storia?
- 4 È mai successo a te qualcosa che è successo ai personaggi?
- 5 Cosa pensi che potrebbe succedere in futuro ai personaggi?

Focalizzandosi, invece, sul linguaggio metaforico, si può sottolineare come esso sia in grado di stimolare una reale immaginazione della patologia tramite figure concrete, significative.

Con metafora si intende quella somiglianza istituita tra due termini, in forza della quale avviene un trasferimento di significato: una parola o un segmento eredita uno dei significati della seconda parola o segmento. Le metafore non sono estranee al mondo medico, anzi vengono usate spesso nei colloqui tra medici e pazienti adulti: emblematica è la metafora della guerra per simboleggiare la malattia, la quale viene vista come una battaglia da combattere e sconfiggere.

Già a partire dagli anni Novanta, è stato ampiamente evidenziato il valore educativo che le metafore hanno sulla vita dei pazienti, incidendo sulla percezione di sé, sull'identità e sul percorso terapeutico [26].

In ambito pediatrico, in base alla patologia chiamata in causa, la metafora utilizzata deve essere differente, ma deve comunque chiamare in causa oggetti e fenomeni familiari/conosciuti: emblematica è quella utilizzata da Jankovic [27] per permettere ai pazienti di comprendere al meglio la leucemia e le sue problematiche. Il corpo viene paragonato a un giardino fiorito, i componenti del midollo, ovvero le piastrine, i globuli rossi e i globuli bianchi agli elementi del giardino, ovvero l'erba, i fiori e le piante.

Ogni elemento corporeo ha una funzione che può essere paragonata a immagini semplici e concrete: l'erba copre il giardino come le piastrine chiudono le ferite impedendo che il sangue esca, i fiori procurano cibo agli insetti e lo stesso fanno i globuli rossi che portano il nutrimento a tutto il corpo. Infine, le piante proteggono il giardino dagli eventi atmosferici e allo stesso modo i globuli bianchi sorvegliano il corpo e allontanano i pericoli ("sentinelle dell'organismo"). La patologia (nel caso di Jankovic la leucemia) può essere comparata a un evento non desiderato che, però, può capitare, come le erbacce nel giardino: come queste ultime lo invadono senza permesso, allo stesso modo esistono cellule pericolose conosciute come blasti che danneggiano quelle buone.

Durante la comunicazione, non viene fornita solamente una metafora verbale ("il giardino"), ma anche un supporto visivo, ovvero un'immagine, la quale ha lo scopo di rendere ancora più chiaro il concetto spiegato (Figura 1). Il medico diventa così un alleato del bambino e lo aiuta a prendersi cura di sé stesso attingendo dalle proprie risorse.

Gli obiettivi dell'utilizzo delle metafore nella comunicazione della diagnosi e in tutta la durata del percorso di cura sono i seguenti:

- 1 Creare un clima rilassato nel quale poter porre domande e quesiti.
- 2 Immaginare la patologia e comprenderla tramite immagini evocative.
- 3 Possedere un linguaggio condiviso da medico e paziente: utilizzo di parole-chiave.
- 4 Favorire la reale condivisione di esperienze.
- 5 Promuovere un ascolto attivo: rispondere in base alle necessità.

Questo percorso ideato da Jankovic può essere utilizzato come esempio per proporre metafore relative ad altre patologie: in ogni singola comunicazione, il medico deciderà, in base all'età e allo stato emotivo del bambino, se prestare più attenzione all'aspetto verbale oppure a quello figurativo.

Tramite l'approccio metaforico, i pazienti hanno la possibilità di accedere ad alcune informazioni preparatorie, necessarie per regolare le aspettative, promuovere un atteggiamento di fiducia, ridurre il sentimento di incertezza dovuto all'ignoto, sviluppare la capacità di reagire, e quindi l'abilità di coping, ridurre il livello di stress e ottimizzare gli esiti della procedura [28].

Ai fini di una comunicazione autentica, è necessario che il messaggio ricevuto sia lo stesso di quello inviato; vi deve essere, dunque, un feedback per evitare interpretazioni errate da considerarsi dannose perché in grado di modellare sia i pensieri che le azioni.

Con i pazienti pediatrici più piccoli, per esempio, i feedback possono essere stimolati da alcune attività ludiche, quali la drammatizzazione, il gioco di ruolo ("Adesso tu sei il medico e mi visiti...") e l'utilizzo ludico del materiale sanitario ("Un ago può diventare...").

Il gioco simbolico e la narrazione non assolvono la funzione di adattare gli schemi alla realtà, ma tendono a piegare la realtà ai propri scopi. Il bambino rappresenta la realtà a suo piacere e non si preoccupa di esprimerne versioni che possono essere comprensibili anche ad altri o incompatibili con gli eventi vissuti. Per proporre queste attività, è utile una continua colla-



Figura 1. L'immagine di un giardino, utilizzato come metafora della leucemia [27].

borazione medica con insegnanti ed educatori, i quali hanno la possibilità di gestire le situazioni ludico-narrative e di riferire, in seguito, ciò che emerge dall'atteggiamento del paziente.

3. Conclusioni: verso una pratica medica narrativa

Si può concludere che, se la relazione è da considerarsi l'elemento prioritario dell'approccio medico, la narrazione può essere adottata come metodo privilegiato: il linguaggio metaforico e le situazioni ludico-narrative favoriscono la comprensione e, di conseguenza, l'accettazione dell'evento negativo.

Le due domande che guidano i medici e gli altri operatori nell'intervento con il paziente malato dovrebbero essere:

- 1 Come si percepisce e come inserisce questo trauma nella sua cornice di vita?
- 2 Come aiutarlo nell'attivare risorse, strategie di coping seguendo un approccio narrativo?

In pediatria però, ancora oggi, questi protocolli narrativi sono poco diffusi in quanto si pensa che possano provocare una perdita di tempo. La pratica clinica deve diventare atto narrativo basato sulla quotidiana interpretazione dei racconti del paziente: la storia di malattia non deve includere solamente la parte del disease, ovvero l'insieme dei sintomi e delle manifestazioni fisiche ed organiche obiettivamente rilevabili, ma anche il vissuto del soggetto che sopporta quello stato clinico, altrimenti detto illness.

In futuro, sarebbe utile predisporre per ogni patologia e ogni situazione un piano narrativo di intervento che dovrebbe ruotare attorno ai seguenti punti focali: ap-

proccio comunicativo interattivo, utilizzo di materiale letterario e metaforico inerente ("Quale testo utilizzare/quale metafora proporre per la seguente situazione?"), co-creazione del racconto del bambino.

Affinché ogni operatore possa conoscere la storia di malattia del paziente e condividere le strategie utilizzate (per esempio una metafora, un libro particolare), sarebbe necessario un continuo confronto che permetterebbe a tutti di riferirsi alla patologia nello stesso modo facendo riferimento alla metafora scelta (giardino, macchina, mare, ecc.) e ai protagonisti del libro letto ("Come va oggi? Ti senti come...?"). La condivisione di parole-chiave e di immagini significative tra tutti gli operatori crea credibilità, fiducia e comprensione.

✉ momcilo@libero.it

1. Capurso M, Trappa M. La casa delle punture: la paura dell'ospedale nell'immaginario del bambino. Magi Edizioni, 2005.
2. Luciano E. Tracce di educazione attorno alla malattia infantile. *Revista Latinoamericana de Educacion infantil* 2013;2:121-37.
3. Biasco, G. Comunicare e curare. Asmepa Edizioni, 2013.
4. Smorti A, Donzelli GP. La medicina narrativa in pediatria. Come le storie ci aiutano a capire la malattia. SEID Editore, 2015.
5. Robertson C, Clegg G. Storytelling in medicine: How narrative can improve practice. CRC Press, 2016.
6. Zolnierek KBH, Dimatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826-34.
7. Charon R. The Patient-Physician Relationship. *Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust*. *JAMA*. 2001 Oct 17;286(15):1897-902.

8. Zaharias G. What Is Narrative-Based Medicine? *Narrative-based Medicine 1*. *Can Fam Physician*. 2018 Mar;64(3):176-80.
9. Jankovic M, Vallinoto C, Spinelli M, et al. La relazione terapeutica con il bambino e l'adolescente affetti da leucemia. *Supplemento B. Psicologia*. 2008;30:B71-B76.
10. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, 1971.
11. Capurso M. *Gioco e studio in ospedale*. Erickson Editore, 2001.
12. Jankovic M. *Ne vale sempre la pena*. Baldini-Castoldi Editore, 2018.
13. Venturelli L. La comunicazione medico-paziente in pediatria, indicazioni al buon uso. <https://www.sipps.it/pdf/golfar2006/Venturelli.pdf>.
14. Drigo P, Verlato G, Ferrante A, Chianchetti L. *Il silenzio non è d'oro*. Piccin Editore, 2011.
15. Peterkin A. Practical Strategies for Practising Narrative-Based Medicine. *Can Fam Physician*. 2012 Jan;58(1):63-4.
16. Capurso M. Diritto all'istruzione e corso di vita di studenti malati: percorsi scolastici per garantire la continuità educativa. *Focus On Lifelong Lifewide Learning*. 2014;9:23.
17. Maggiolini A, Grassi R, Adamoli L, et al. Self-image of Adolescent Survivors of Long-Term Childhood Leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol*. Sep-Oct 2000;22(5):417-21.
18. McAdams, DP. The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*. 2001;5:100-22.
19. Bruner J. *La fabbrica delle storie*. Laterza Editore, 2006.
20. Ehlers A, Clark DM. A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Behav Res Ther*. 2000 Apr;38(4):319-45.
21. Calabrese S. *La fiction e la vita*. Letteratura, benessere, salute. Mimesis Editore, 2017.
22. Habermas T, Bluck S. Getting a Life: The Emergence of the Life Story in Adolescence. *Psychol Bull*. 2000 Sep;126(5):748-69.
23. Shrodes C. *Bibliotherapy*. The Reading Teacher. 1955;9:24-9.
24. Rozalski M, Stewart A, Miller J. Bibliotherapy: Helping children cope with life's challenges. *Kappa Delta Pi Record*. 2010;47:33-7.
25. Calabrese S. *Letteratura per l'infanzia: fiaba, romanzo di formazione, crossover*. Bruno Mondadori Editore, 2013.
26. D'Oria M. La ricerca sulle metafore linguistiche: aspetti metodologici e impatto sulle pratiche educative. Uno studio nell'ambito della Medicina Generale. In: *Formare alla ricerca empirica in educazione*. Atti del Convegno Nazionale del Gruppo di Lavoro SIPED, Teorie e Metodi della Ricerca in Educazione. Università di Bologna, 2017:348-57.
27. Jankovic M., Loiacono NB, Spinetta JJ, et al. Telling Young Children With Leukemia Their Diagnosis: The Flower Garden as Analogy. *Pediatr Hematol Oncol*. Jan-Feb 1994;11(1):75-81.
28. Jaaniste T, Hayes B, Von Baeyer CL. Providing Children with Information about Forthcoming Medical Procedures: A Review and Synthesis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2007;14:124-43.