



Le reazioni emotive dei fratelli sani in Oncoematologia Pediatrica: esperienza di intervento psicologico

D'Alfio E,¹ Massaglia P,¹ Zucchetti G,² Vassallo E,² Nesi F,² Barisone E,² Bertolotti M²

¹ Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università di Torino

² S.C. Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

Parole chiave

Oncoematologia Pediatrica; fratelli sani; stato emotivo e psicologico

Key words

Pediatric Onco-Hematology; siblings; psychological and emotional state

Introduzione

Quando un bambino o ragazzo si ammala di tumore, evento che ogni anno in Italia interessa rispettivamente 1.380 e 780 casi,¹ l'intero nucleo familiare è coinvolto, in termini sia emotivi sia organizzativi, con il conseguente sconvolgimento dell'equilibrio precedente e rilevanti ripercussioni sulla routine quotidiana. I genitori vivono angosce pervasive e sono spesso completamente dediti all'assistenza del figlio malato, per cui si possono trovare psicologicamente e realisticamente in difficoltà nel rispondere alle richieste di cura e di attenzione dei figli sani,² che a loro volta rischiano di sviluppare problematiche emotive, comportamentali e scolastiche.³ L'attenzione all'esperienza dei fratelli in Oncologia Pediatrica è relativamente recente, anche se l'importanza della presenza di un fratello o di una sorella nello sviluppo della psiche del bambino è da tempo riconosciuta, in particolare per quanto riguarda la costruzione della propria identità e la sperimentazione delle prime relazioni sociali e affettive: si tratta della scoperta dell'altro, in termini di somiglianze e di differenze. Quindi la malattia grave e potenzialmente mortale di un fratello interferisce con questi fondamentali processi evolutivi.⁴

Le ricerche sul funzionamento psicologico dei fratelli hanno messo in luce la presenza di un rilevante disagio emotivo, in rapporto a sentimenti di paura, di ansia, di angoscia per sé e a una conseguente estrema vulnerabilità sia fisica sia sociale.⁵⁻⁶ Il vissuto emotivo è inoltre gravato da rabbia e da gelosia nei confronti del fratello malato, cui pur sono legati, ma a causa del quale perdono l'interesse dei genitori. I fratelli vivono quindi sentimenti intensi e contrastanti, che possono suscitare profondi sensi di colpa e necessitano di uno spazio in cui venire accolti e riconosciuti, attra-

verso un ascolto partecipe del professionista.

Somatizzazioni sia generiche, come malessere fisico generale, sia più specifiche, come la riedizione dei segni d'esordio della malattia del fratello, costituiscono altri segnali significativi di profondo disagio e di richiesta di attenzione.⁷ Infine, come descritto in una recente monografia nella collana Medicina e Storia, intitolata "fratelli d'ombra", i fratelli da un lato passano inosservati dall'altro rischiano di sviluppare un comportamento silenzioso e ritirato, per non "disturbare ulteriormente" i genitori, già profondamente provati dalle angosce scaturite dalla situazione di malattia; peraltro possono anche sperimentare forte rabbia nel ricercare e rivendicare attenzione e protagonismo nella famiglia.⁸

L'esperienza emotiva dei fratelli donatori, caratterizzata da un coinvolgimento fisico diretto e da un coinvolgimento mentale particolare sia

qualitativamente sia quantitativamente, vede in campo una maggior intensità di sentimenti depressivi e ansiosi,⁹ accanto a solitudine, isolamento, ritiro, bassa autostima e rabbia nei confronti dei genitori.¹⁰ Parallelamente è anche descritta la possibilità di un buon adattamento, legato in particolare a una maggiore maturità, un miglior livello di competenza sociale e a una maggiore intimità con i riceventi.¹¹ Rispetto all'età dei donatori, emergono come preoccupazioni prevalenti nell'infanzia la possibile modificazione corporea e il dolore, mentre in adolescenza i timori riguardano maggiormente la procedura di donazione e le possibili conseguenze per il ricevente.¹² Scarseggiano in Letteratura report di esperienze cliniche con i fratelli donatori e non, che consentano di esplorare in profondità i loro vissuti.

Nel presente lavoro si analizzano sentimenti ed emozioni espressi dai fratelli di bambini con patologia on-

cologica nell'ambito di colloqui psicologici, proposti di routine rispetto alla donazione o effettuati su richiesta in rapporto a problematiche connesse all'esperienza di malattia nell'arco di cinque anni (2009-2013) nell'ambito del lavoro di sostegno psicologico presso la S.C. di Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti dell'Ospedale Infantile Regina Margherita, Azienda O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. L'obiettivo del nostro studio è rivolto sia all'approfondimento della conoscenza dell'esperienza emotivo-relazionale e dei bisogni dei fratelli sia alla possibile successiva ricaduta clinica con eventuale riformulazione delle linee d'intervento. Nell'organizzazione dell'attività psicologica generale la presa in carico dei fratelli, inizialmente non predisposta, ha avuto una sua evoluzione specifica fino alla modalità attuale,¹³ che prevede per i fratelli la possibilità di interventi diretti (di contenimento, di approfondimen-

Riassunto

Obiettivo. Descrivere le maggiori reazioni emotive dei fratelli di bambini con tumore attraverso l'analisi dei loro colloqui psicologici clinici. **Metodo.** Presso la S.C. Oncoematologia Pediatrica e Centro Trapianti dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, all'interno del percorso di cura di bambini e adolescenti affetti da patologia oncologica, è stato offerto un percorso di sostegno psicologico dedicato ai fratelli. Il percorso ha seguito un approccio psicodinamico con un setting flessibile in linea con i bisogni e le necessità del singolo individuo. Negli ultimi 5 anni 35 fratelli ($N_{\text{femmine}}=19$; range età=4-22; $N_{\text{donatori}}=9$) hanno beneficiato dei colloqui clinici. Sul protocollo dei colloqui è stata condotta un'analisi qualitativa di tipo molecolare. **Risultati.** L'analisi ha consentito di individuare tre macrocategorie riguardanti gli stati emotivi maggiormente espressi dai fratelli: depressione e sofferenza, rabbia, ansia. Lo stato emotivo dell'ansia risulta differente tra fratelli donatori e fratelli non donatori. **Conclusioni.** Si è quindi evidenziato che, accanto ai fratelli iper-responsabilizzati e soli, descritti in Letteratura, vi sono quelli arrabbiati e ostili, sulla base di un assetto narcisistico, la cui modulazione necessita di un intervento a lungo termine. In tutti gli altri casi ricevere accompagnamento e sostegno all'esperienza in atto risulta protettivo per l'equilibrio emotivo dei fratelli sani e per la qualità delle dinamiche familiari.

Abstract

Aim. To describe the main emotional reactions of siblings of children with cancer through the analysis of their clinical psychological interviews. **Methods.** Structured clinical psychological interviews are dedicated to the siblings in the Pediatric Hematology Oncology Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy Division of the Regina Margherita Children's Hospital in Turin. These interviews follow a psychodynamic theoretical framework with a flexible setting according to the individual needs of the siblings. In the last 5 years 35 siblings ($N_{\text{girls}}=19$; age range=4-22; $N_{\text{donor}}=9$) have benefited from clinical interviews. A qualitative analysis has been conducted on the protocols of clinical psychological interviews. **Results.** Findings showed 3 macro categories that corresponded to the main siblings emotional reactions: 1) depression/suffering 2) anger 3) anxiety. The anxiety state was different between donor and non donor siblings. **Conclusion.** In addition to the siblings too invested of responsibility and always left alone already described to the literature, siblings are also angry and hostile. So, for these siblings a long-term intervention can be useful in order to modulate their narcissistic attitude. In general, a supportive psychological intervention can be protective for the siblings emotional state and for the quality of the familiar dynamic.

to diagnostico, di sostegno e di psicoterapia) e indiretti (di sostegno della funzione genitoriale). Tali possibilità vengono prospettate a tutte le famiglie dai curanti nell'ambito della comunicazione diagnostica; mentre con tutti i fratelli donatori sono effettuati colloqui di conoscenza e di contenimento, cui può seguire un successivo intervento personalizzato.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra Gennaio 2009 e Dicembre 2013, su 196 fratelli 35 (circa il 18%) hanno usufruito dell'intervento psicologico: si tratta di 16 maschi e 19 femmine, di età compresa tra i 4 e i 22 anni, di cui 9 hanno effettuato la donazione di midollo. (Tabella 1)

L'intervento psicologico è stato condotto secondo l'orientamento psicodinamico, attraverso lo svolgimento di colloqui e/o sedute di osservazione individuali, la successiva registrazione scritta dettagliata e la regolare supervisione.

Per ogni caso è stata svolta sulle trascrizioni un'analisi qualitativa di tipo molecolare, relativa cioè alle singole parole e frasi. Di queste è stata poi eseguita una codificazione identificando una serie di singole categorie più ampie, le macrocategorie, che racchiudessero al loro interno le precedenti informazioni specifiche. La metodologia utilizzata si ispira a quella proposta dalla *Grounded Theory* per l'analisi qualitativa.¹⁴

La presa in carico dei 35 fratelli si è svolta in base al bisogno individuale e ha compreso: 8 consultazioni (1-2 sedute), 10 psicodiagnosi (3-5 sedute), 7 interventi brevi (6-8 sedute), 10 sostegni psicologici (più di 8 sedute). Il consenso informato per la presa in carico psicologica (sia dei fratelli che dei pazienti stessi) è stato firmato dai genitori in occasione della firma del consenso riguardante l'inizio dell'iter terapeutico.

| | <i>Non Donatori</i> | <i>Donatori</i> |
|---------|---------------------|-----------------|
| Maschi | N=11 | N=5 |
| Femmine | N=15 | N=4 |

Tabella 1. Descrizione del campione oggetto di studio

| <i>Vissuti</i> | <i>Fratelli ND</i> | <i>Donatori</i> |
|--------------------------|--------------------|-----------------|
| Depressione e Sofferenza | 16 | 4 |
| Rabbia | 8 | 2 |
| Ansia | 2 | 3 |

Tabella 2. Macrocategorie dei Vissuti Emotivi

Risultati

L'analisi dei colloqui ha permesso l'individuazione delle tre seguenti macrocategorie che rappresentano gli stati emotivi maggiormente espressi: "Depressione e Sofferenza", "Rabbia" e "Ansia". Come evidenziato dalla Tabella 2, depressione e sofferenza risultano prevalenti nei due sottogruppi, mentre la rabbia è meno rappresentata nei donatori. Non si è rilevata alcuna relazione tra le macrocategorie, l'ordine di genitura e l'età dei fratelli.

Si illustrano, anche attraverso brevi esemplificazioni cliniche, le varie sfaccettature di vissuto nell'ambito di ogni macrocategoria.

Depressione e Sofferenza

All'interno della macrocategoria "Depressione e Sofferenza" rientrano tutte le informazioni relative a vissuti di tristezza e di autentico dispiacere provati dal bambino nei confronti della situazione di malattia del fratello. Vi sono inoltre compresi stati di preoccupazione per la vita del fratello malato, timori di morte e vissuti di perdita. Infine sono inclusi sentimenti di nostalgia per la situazione di salute e serenità antecedente alla diagnosi, così come vissuti di isolamento e abbandono da parte della

famiglia.

Si riporta un breve, ma significativo passaggio di una seduta di psicodiagnosi con F., un bambino di 8 anni, al cui fratello minore L. è stato diagnosticato un neuroblastoma di quarto stadio molto grave. Le comunicazioni verbali e non (sguardo, silenzi) esprimono tristezza, sofferenza e timore, accanto a nostalgia di una felicità perduta:

F. comunica: "A L. è aumentata la febbre". La psicologa esprime partecipazione con un sorriso dispiaciuto e si interessa a come si senta. F. risponde a bassa voce: "Eh...un po' triste..." Silenzio.

Si esplora quindi come vede in questo periodo il fratellino, cosa ne pensi... Lui dice che ci sono dei giorni che sta bene, altri che sta male e poi, sgranando gli occhi aggiunge: "ha un occhio grande grande... enorme... grande così!". Lo ripete mettendosi una mano davanti all'occhio destro come a mostrare la dimensione del rigonfiamento.

Si commenta che gli sembra proprio un po' strano, anche un po' spaventoso questo occhio. Lui annuisce tristemente: l'atmosfera emotiva si appesantisce molto. Dopo un lungo silenzio, la psicologa cerca di esplorare che idea si sia fatto di tutta questa situazione, se abbia pensato a qual-

cosa. Il bambino annuisce, ma resta in silenzio per un po' prima di comunicare: *"Oggi, mentre ero a scuola contavo le ore che passavano perché non vedevo l'ora che arrivassero le tre, così papà mi passava a prendere, venivo da te e poi andavo da L."* Annuisce nuovamente e aggiunge a bassa voce: *"Ci sono volte che L. mi fa proprio arrabbiare, altre che sento che gli voglio bene. Vorrei che anche lui ricevesse dei regali il prossimo Natale, anche a lui piacciono queste macchine"*. Inizia a raccontare del mare e delle vacanze: a loro due piace il mare, andare a pescare con il cugino e lo zio. Conclude la descrizione dettagliata e viva con: *"A volte vorrei che ritornassero questi giorni..."*.

L. è in grado di utilizzare la relazione terapeutica dedicata e riservata, nell'ambito della quale riesce a esprimere i propri stati emotivi, vivendo un'esperienza di condivisione e di contenimento.

In altri casi il lavoro con i fratelli può aprire la possibilità di ritrovare anche con i genitori, la madre in particolare, una migliore espressione della loro funzione di sostegno e di tutela dei figli sani.

M., di anni 8, giunto dalla Romania con la madre e il fratello maggiore, necessitante di cure adeguate per una condizione grave di malattia, si ritrova nella quotidianità inserito in strutture di accoglienza temporanea con un importante turnover degli ospiti e dei referenti adulti.

A lui è stato offerto un sostegno psicologico a cadenza settimanale per circa tre mesi, durante il quale è stato possibile incontrare e dare voce al disagio e alla sofferenza derivanti innanzitutto dall'esperienza reale di solitudine ed estraneità. Parallelamente si è svolto un lavoro con la madre per aiutarla a prendere consapevolezza di come, paradossalmente, proprio il portarlo con sé avesse esposto M. all'abbandono. Recupe-

rare uno spazio nella propria mente per il figlio sano ha consentito a questa madre di collaborare nel ripensare a uno "spazio fisico" più adatto a rispondere ai bisogni del bambino, decidendo che per lui fosse meglio ritornare in Romania e attendere nella casa in cui era cresciuto, accudito dai nonni e dal padre, il rientro, avvenuto alcuni mesi dopo, della madre e del fratello in via di guarigione.

Rabbia

I sentimenti di rabbia vengono messi in luce da frasi e momenti durante i colloqui in cui è possibile cogliere stati mentali di profonda ostilità nei confronti sia del fratello malato, verso cui si prova invidia poiché riceve tutte le attenzioni dei genitori, sia della situazione di malattia che ha scombuscolato la quotidianità familiare non permettendo più il regolare svolgimento di attività e di interessi. Quando prevale la rabbia, il fratello, totalmente autocentrato, non riesce a identificarsi con la sofferenza, ma mantiene una posizione onnipotente, vivendo unicamente il sentimento astioso di sentirsi deprivato di qualcosa. A volte il rancore intenso può generare rilevanti sentimenti di colpa persecutoria che vanno riconosciuti.

Si riporta un estratto della seduta di intervento breve con C., un bambino di 12 anni, al cui fratello minore M. è stato diagnosticato un tumore al fegato a cattiva prognosi.

"...lo vorrei stare di più con mamma. Lei è sempre qui e io non la vedo mai... A volte chiedo a papà di fare cambio, ma non si può, a volte gli chiedo di stare di più con me, ma lui deve anche lavorare... e poi mi dicono che non devo farli preoccupare, devo andare a scuola, fare il bravo, non farli preoccupare!" Si commenta, quindi, che è la mancanza della mamma a pesargli molto. *"Sì è così, a volte mi arrabbio perché non la lasciano neanche mangiare in*

pace! Pranziamo in ospedale io, lei e papà, e subito qualche infermiera la viene a chiamare per andare da N., perché c'è bisogno di lei. Ma così con me non sta mai!" C. precisa che ciò che più gli pesa in questo momento è dormire dagli zii, quando mamma è qui e papà fa il primo turno. *"Io vorrei dormire a casa, non in giro... E poi vorrei stare di più con la mamma, ma lei è sempre qui... forse domani sera ritornano a casa... forse!"*. Poi aggiunge: *"Da quando c'è N. io ho avuto meno spazio, lui veniva sempre prima di me. C'erano delle volte che pensavo ma N. non puoi stare un attimo fuori che voglio la mamma?"*. Silenzio.

"E forse qualche volta avrai sperato che andasse via, che non ci fosse più..." propone la psicoterapeuta.

Lui conferma: *"Sì, due volte, nel gennaio e maggio 20XX. Lui mi ha fatto arrabbiare e speravo che gli capitasse qualcosa di brutto (...) questo è il secondo dei miei desideri che si è avverato"* e abbassa lo sguardo, restando in silenzio.

All'invito a spiegarsi meglio, precisa, sempre a bassa voce: *"Beh, prima desideravo un fratello ed è nato, poi ho desiderato non averlo più, che gli capitasse qualcosa... e anche questo è successo..."*.

In questo caso non è stato possibile, nell'ambito dell'intervento svolto, modulare l'onnipotenza di C., che ha mantenuto un atteggiamento rigidamente autocentrato, distanziandosi completamente dal profondo dolore dei genitori sia durante la malattia sia nel lutto.

Ansia: differenze tra i vissuti emotivi nell'esperienza dei fratelli in rapporto alla donazione

Mentre per quanto riguarda i vissuti di depressione/sofferenza e di rabbia dall'analisi del materiale clinico non sono emerse differenze rilevanti rispetto alla condizione di donatore, il vissuto ansioso mostra specificità tra

i fratelli donatori e non donatori, già nei colloqui di consultazione.

Per i fratelli non donatori timori e preoccupazioni appaiono ad ampio raggio: riguardano la salute del fratello malato, la precarietà del presente e il deterioramento delle condizioni fisiche. Si riporta a esemplificazione la comunicazione di M., una ragazza di 14 anni alla cui sorella minore S. è stato diagnosticato tumore cerebrale: *“Era un periodo tranquillo e poi S. si è ammalata e io non vedo l’ora che si riprenda...è tanto cambiata dopo la chemio, è più gonfia, più nervosa...e se non dovesse farcela? E se la nostra vita cambiasse totalmente? Se non tornassero più i giorni di una volta quando tutti eravamo sereni?”*.

Nel caso dei fratelli donatori, invece, l’ansia è circoscritta maggiormente all’esperienza dell’espianto e all’esito della donazione, come esprime C., di 18 anni: *“È la prima volta che vengo ricoverata...non sono mai entrata in un ospedale prima d’ora...i medici mi hanno detto che mi faranno l’anestesia...però non so...anche se non sentirò niente ho un po’ di paura...sa è comunque un’operazione (...) e se poi, nonostante tutta la mia fatica, le mie cellule non attecchissero? E se poi G. continuasse a stare male?”*

A proposito della donazione è doveroso sottolineare come i fratelli donatori, nonostante venga chiesto il loro consenso all’espianto, sentano spesso l’obbligo di sottoporsi al prelievo di midollo per non deludere i genitori e per non privare il fratello di una possibilità di cura. L’ansia e le preoccupazioni in merito a tale procedura possono intrecciarsi ad aspettative salvifiche *“io lo salverò perché il mio midollo è sano”*.

Tutti questi vissuti, se non adeguatamente riconosciuti e affrontati nel corso della presa in carico psicologi-

ca, possono essere fonte di ulteriore ansia e preoccupazione, non sempre manifestata apertamente, come nel caso di F, una donatrice di 10 anni. F., che mostrava a casa e in ospedale un atteggiamento adulto e collaborativo, in realtà non solo coltivava fantasie onnipotenti riguardo alla donazione, ma nutriva anche profondi timori rispetto all’intervento, come se attraverso il “passaggio” di midollo il fratello malato potesse in qualche modo “infettarla”, infine sentiva molto forte su di sé la responsabilità di *“far felici papà e mamma”* con il suo gesto. Non percepiva alcuno spazio per esprimere le proprie insicurezze, anzi si sentiva gravata da grandi aspettative di forza e di coraggio, cui cercava di corrispondere. In questo caso si è svolto un intervento breve prima dell’espianto, per permetterle di esprimere l’autenticità dei suoi sentimenti e di sentirsi accolta e sostenuta rispetto alle sue fragilità. F. ha affrontato l’intervento con un’ansia meno intensa e più manifesta, con una maggiore consapevolezza dei propri vissuti e soprattutto con la sicurezza dell’attenzione e della vicinanza da parte degli adulti.

Discussione

L’esperienza condotta conferma, come descritto in Letteratura, che la situazione di malattia oncologica del fratello e/o sorella rappresenta per i bambini/ragazzi un evento sfavorevole con ricadute negative sulla qualità di vita nel presente e possibili interferenze nel percorso di sviluppo. Si è inoltre evidenziato che accanto ai fratelli iper-responsabilizzati, che spesso vivono sentimenti di colpa o solitudine, vi sono quelli arrabbiati e ostili, sulla base di un assetto narcisistico, peraltro sempre più frequente.¹⁵ In questi casi, come di fronte a

configurazioni psicopatologiche preesistenti, occorre una presa in carico individuale a lungo termine con un parallelo lavoro sulla funzione genitoriale. In tutte le altre situazioni l’accompagnamento psicologico descritto (setting flessibile rispetto alle caratteristiche personali e familiari), risulta fondamentale per i fratelli per aiutarli a comprendere la realtà di malattia, altrimenti spesso occultata o distorta dai familiari nel tentativo di evitare ritorsioni e sofferenze.

La presa di consapevolezza della situazione da parte dei fratelli è in grado non solo di proteggere il loro equilibrio emotivo, ma anche di migliorare le dinamiche relazionali all’interno del nucleo familiare: risulta infatti favorita una comunicazione più sincera, che prelude a una maggiore possibilità di condivisione e sostegno reciproci.¹⁶⁻¹⁷ La malattia, indipendentemente dal suo esito, diventa così una prova difficile e dolorosa, affrontata e superata insieme, che contribuisce a rinforzare il legame genitori-figli sani. Si auspica pertanto una sensibilizzazione rispetto al “bisogno di cura” dei fratelli (che rischia di passare inosservato ai genitori stessi), da un lato di tutti gli operatori dei Centri di oncoematologia pediatrica, dall’altro dei Pediatri di famiglia, che possono nell’assistenza diretta ai fratelli sani svolgere efficacemente il ruolo di interlocutori autorevoli e attenti alle ricadute reali ed emotive dell’esperienza di malattia, fornendo un contributo fondamentale nella prevenzione e nella riduzione del costo psicologico a loro carico. Per i Pediatri di famiglia maturare attenzione ai fratelli sani può risultare prezioso anche in tutti gli altri casi di malattia cronica e/o disabilità, in cui le cure genitoriali sono polarizzate sul figlio affetto.

Bibliografia

1. Pession A et al. I tumori dei bambini e adolescenti in Italia. Prospettive in *Pediatria*. 2013;43(172):226-32.
2. Alderfer MA et al. Family issues when a child is on treatment for cancer. In: Brown RT, editore. *Comprehensive handbook of childhood cancer and sickle cell disease: A biopsychosocial approach*. Oxford: New York: 2006. p. 53-74.
3. Alderfer MA et al. Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. *Psychooncology*. 2010;19(8):789-805.
4. Nolbris MJ et al. Grief related to the experience of being the sibling of a child with cancer. *Cancer Nurs*. 2010;37(5):1-7.
5. Murray JS. A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer. *J Pediatr Nurs*. 2002;17:327-37.
6. Nolbris M et al. Experience of siblings of children treated for cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2007;22:227-33.
7. Massaglia P et al. Psicologia e gestione del bambino portatore di tumore e della sua famiglia. In: Saccomani R, editore. *Tutti bravi. Psicologia e clinica del bambino malato di tumore*. Milano: Raffaello Cortina; 1998. p 13-128.
8. Tringali D et al. Fratelli d'ombra. *Medicina & Storia*. 2014;5:11-22.
9. Packman WL et al. Psychosocial consequences of bone marrow transplantation in donor and nondonor siblings. *Dev Behav Pediatr*. 1997;18(4):244-53.
10. Packman WL et al. Psychosocial adjustment of adolescent siblings of hematopoietic stem cell transplant patients. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2004;21(4):233-48.
11. MacLeod KD et al. Pediatric sibling donors of successful and unsuccessful hematopoietic stem cell transplants (HCST): A qualitative study of their psychosocial experience. *J Pediatr Psychol*. 2003;28(4):223-31.
12. Heiney SP et al. Preparing children to be bone marrow donors. *Oncol Nurs Forum*. 2002;29(10):1485-9.
13. Massaglia P. Il supporto ai fratelli e alle sorelle dei bambini malati in oncematologia pediatrica. In: Tringali D, Lauro Grotto R, Papini M (a cura di). *Fratelli d'ombra*. ETS; 2014. p. 35-49.
14. Corbin J et al. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage publications, 2014.
15. Pietropolli Charmet G. et al. *Narciso innamorato. La fine dell'amore romantico nelle relazioni tra adolescenti*. BUR, 2014.
16. Bertolotti M et al. La comunicazione nel percorso terapeutico del minore malato. In: *Minorigiustizia*. Franco Angeli: 2005(n.2). p. 80-89.
17. Bertolotti M et al. *Psycho-Oncology in Childhood and Adolescence: The Italian Experience*. *Neuropathological Diseases*. 2012;1(1):71-93.

Per contattare l'Autore **Pia Massaglia**: pia.massaglia@unito.it

