Fattori legati all'immagine corporea delle donne dopo un intervento per tumore al seno: un modello triadico

Factors related to the body image of women after breast cancer surgery: A triadic model

Denise Vagnini*°, Sara Molgora*^, Antonia Sorge*°°, Emanuela Saita*^^

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore,
Largo Agostino Gemelli, 1, 20123, Milano, Italia.
° e-mail: denise.vagnini@unicatt.it.
^ e-mail: sara.molgora@unicatt.it.
°° e-mail: antonia.sorge@unicatt.it.
^^ e-mail: emanuela.saita@unicatt.it.

Ricevuto: 09.12.2024 **Accettato:** 03.04.2025
Pubblicato online: 06.08.2025

Riassunto

La percezione dell'immagine corporea rappresenta un complesso processo intrapsichico e interpersonale, che coinvolge la percezione, la valutazione e la definizione del Sé, anche attraverso le esperienze emotive vissute nelle relazioni con gli altri. Nel contesto della malattia oncologica, quando l'organo colpito riveste un forte valore simbolico, associato culturalmente alla femminilità, alla bellezza e alla fertilità, le ripercussioni psicologiche possono avere un impatto significativo e duraturo sulla qualità di vita della donna. L'obiettivo del presente studio è l'individuazione di un modello che illustri quali variabili siano significativamente legate alla percezione dell'immagine corporea nell'immediato post-operatorio di donne italiane neo-operate di carcinoma mammario, ipotizzando l'esistenza di tre classi di fattori interagenti: (1) variabili socio-demografiche e mediche; (2) variabili intrapsichiche; e (3) variabili interpersonali-diadiche.

Il disegno di ricerca è osservazionale trasversale. Attraverso una strategia di campionamento di convenienza, sono state reclutate 162 donne italiane a seguito di un intervento chirurgico per rimozione di un tumore al seno. Le informazioni mediche delle pazienti sono state estratte dalla cartella clinica. Tramite un *booklet* di questionari sono state, invece, raccolte: (1) informazioni socio-demografiche: età e stato civile; (2) misure intrapsichiche: immagine corporea (*Body Image Scale*), tratti di

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

personalità (*Big Five Questionnaire Short Form*), strategie di *coping* individuale (*Mini-Mental Adjustment to Cancer* e *Perceived Ability to Cope with Trauma*) e sintomatologia ansioso-depressiva (*Hospital Anxiety and Depression Scale*); e (3) misure interpersonali-diadiche: *coping* diadico (*Dyadic Coping Questionnaire*) e percezione di vicinanza del partner (*Inclusion of the Other in the Self*).

È stato condotto un modello di regressione lineare multipla. I risultati hanno messo in luce che l'operazione chirurgica (variabile medica), la disperazione (variabile intrapsichica) e il *coping* diadico negativo (variabile interpersonale-diadica) sono significativamente legati alla percezione dell'immagine corporea delle donne del campione considerato.

In accordo con quanto riportato nella letteratura scientifica, si evidenzia che la qualità dell'immagine corporea percepita dalle pazienti con pregresso carcinoma mammario scaturisce da un intreccio complesso di caratteristiche individuali distintive, dinamiche interpersonali e influenze contestuali strettamente interrelate.

Parole chiave: immagine corporea; tumore al seno; fattori interpersonali; approccio relazionale.

Abstract

Body image perception implies a complicated intrapsychic and interpersonal process that includes self-perception, self-evaluation, and self-definition, as well as emotional experiences in interpersonal interactions. In the context of oncological disease, when the affected organ holds a strong symbolic value, culturally associated with femininity, beauty, and fertility, the psychological repercussions can have a significant and lasting impact on women's quality of life. Assuming the presence of three classes of interacting factors – (1) sociodemographic and medical variables; (2) intrapsychic variables; and (3) interpersonal-dyadic variables – the aim is to find a model that demonstrates which variables are significantly related to body image perception in the immediate postoperative period in a sample of Italian breast cancer patients.

This is a cross-sectional observational study. Through a convenience sampling strategy, 162 Italian women who had already undergone surgery for breast cancer removal were recruited. The patient's medical information was extracted from the medical record. Through psychometric questionnaires, the following were collected: (1) socio-demographic information: age and marital status; (2) intrapsychic measures: body image (Body Image Scale), personality traits (Big Five Questionnaire Short Form), individual coping strategies (Mini-Mental Adjustment to Cancer and Perceived Ability to Cope with Trauma), and anxiety and depressive symptomatology (Hospital Anxiety and Depression Scale); and (3) interpersonal-dyadic measures: dyadic coping (Dyadic Coping Questionnaire) and perception of partner closeness (Inclusion of the Other in the Self).

A multiple linear regression analysis revealed that the type of surgery (medical factor), hopelessness (intrapsychic factor), and negative dyadic coping

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

(interpersonal-dyadic factor) are significantly related to women's perception of their body image.

In accordance with the scientific literature, it is shown that the quality of the body image perceived by patients with preexisting breast cancer stems from a complex network of individual distinctive characteristics, interpersonal dynamics, and closely interrelated contextual factors.

Keywords: body image; breast cancer; interpersonal factors; relational approach.

Introduzione

La forte connotazione simbolica legata al corpo femminile e i numerosi significati culturalmente attribuiti al seno rendono ancor più difficile, in presenza di una neoplasia al seno, superare lo stigma corporeo ed accettare le conseguenze dell'intervento chirurgico, sia esso conservativo o di asportazione radicale della mammella. Nella società occidentale il seno è delineato quale simbolo evocativo di femminilità, bellezza e fertilità; rappresenta un organo importante nelle principali fasi di sviluppo psico-fisico della donna, è un attributo simbolo della dimensione della sessualità ed un emblema dell'intima e primaria relazione tra madre e figlio (Esplen et al., 2020; Fang et al., 2013).

L'assunzione di tali eredità socio-culturali nel proprio sistema di credenze intrinseche e valoriali favorisce la coniugazione di una doppia perdita o frammentazione percepita durante l'esperienza di malattia. Da un lato l'asportazione del tessuto leso dalle cellule tumorali può generare un sentimento di disarmonia estetica o parzialità di funzionamento, mentre dall'altro la donna è chiamata ad arginare il dolore di una profonda ferita identitaria sentendosi, allo stesso tempo, una *outsider* nell'abitare il proprio corpo. Quest'ultimo, infatti, gioca un importante ruolo nella strutturazione identitaria della donna ed una soddisfacente percezione della propria immagine favorisce la costruzione di un equilibrato senso di coerenza e integrità del Sé (Esplen et al., 2020; Hopwood & Hopwood, 2019; Kling et al., 2018; Langellier & Sullivan, 1998).

All'interno di una prospettiva salutogenica, Aaron Antonovsky afferma che la percezione di un senso di coerenza nel proprio modo di essere, pensare ed agire è strettamente connessa ad un'intrinseca e positiva *self-confidence* nel fronteggiamento degli *stressors* a cui si è esposti. Una fonte di resilienza che, in particolar modo nelle donne aventi un carcinoma mammario, assume il ruolo di fattore protettivo nella valutazione della propria immagine corporea, nell'elaborazione emotiva della malattia e nell'adattamento all'interno delle relazioni interpersonali (Antonovsky, 1966; Jabłoński et al., 2019).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Il raggiungimento del miglior grado di qualità di vita possibile e l'accettazione degli *outcomes* legati alla malattia evolvono, essenzialmente, nell'attribuzione di significato e rappresentazione di se stessi attraverso tre dimensioni fondamentali per il benessere individuale: fisica, psicologica e relazionale (Zehra et al., 2020). La malattia, perciò, non comporta soltanto la necessaria definizione di una nuova relazione con il proprio corpo, ma anche una nuova simbolizzazione di Sé in relazione all'Altro significativo a seguito dell'evento critico incontrato (Grassi et al., 2003; Scabini & Iafrate, 2003; Vagnini et al., 2024a).

Quanto descritto, pertanto, sottolinea che il trattamento del carcinoma mammario non sia di competenza esclusivamente chirurgica, ma richieda un programma terapeutico multidisciplinare che attenzioni la pluridimensionalità del vissuto della donna in questo specifico contesto (National Cancer Institute, 2020; Vagnini et al., 2023; Vagnini et al., 2024b, 2024c). La prospettiva bio-psico-sociale nasce proprio all'interno di un approccio olistico alla cura che, adottando uno sguardo integrativo, conferisce importanza centrale alla complessità della persona (Engel, 1977, 1980).

Coerentemente, un aspetto cruciale della definizione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (1948) si ritrova proprio nell'inclusione e riconoscimento di uno stato di benessere non solo fisico, ma anche mentale e sociale dell'individuo (World Health Organization, 1986). In questo senso, l'esperienza soggettiva si inserisce in un continuum di interconnessioni tra fattori biologici, intrapsichici, relazionali e culturali. Considerando l'interdipendenza tra l'individuo e l'ambiente circostante, pertanto, il costrutto stesso di salute risulta indissolubilmente legato sia alla capacità di riconoscere e accogliere i propri bisogni individuali, sia all'abilità di adattarsi in modo funzionale all'ambiente per rispondervi e attribuirne un senso (Canguilhem, 2009; Engel, 1980; Grassi et al., 2003; Holland, 2018; Istituto Superiore di Sanità, 2018; Karimi & Brazier, 2016).

Questo rende comprensibile il motivo per cui la percezione di un elevato grado di compromissione nella propria immagine corporea possa avere una decisiva influenza negativa sulla qualità di vita, la sessualità e la vita sociale della donna che ha subito un intervento chirurgico al seno. L'immagine corporea, quale rappresentazione di noi stessi che formiamo nella nostra mente, infatti, non si limita alla definizione di come un corpo fisico appaia esteriormente, ma è un costrutto multidimensionale che si estende alla comprensione di come una corporeità venga vissuta pienamente dall'individuo. Tale esperienza implica un complesso processo intrapsichico e interpersonale di percezione, valutazione e definizione di Sé anche attraverso i vissuti emotivi esperiti nella relazione con l'Altro, ad indicare che esiste un confine molto labile tra la percezione che abbiamo di noi stessi e il modo in cui pensiamo

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

che gli Altri significativi ci rappresentino (Davis et al., 2020; Hopwood & Hopwood, 2019; Kołodziejczyk & Pawłowski, 2019; Saita et al., 2023; Schilder, 1950).

In questo senso, le trasformazioni dell'immagine corporea conseguenti all'intervento possono diventare un simbolo della malattia e, a seconda delle specifiche caratteristiche di personalità, dei vissuti emotivi esperiti e delle strategie di *coping* adottate, possono influenzare il modo in cui viene vissuto il periodo post-trattamentale.

In questa fase, infatti, non si tratta solo di considerare un tempo post-traumatico in un'accezione negativa, ma anche di riconoscere la possibilità di una crescita post-traumatica (*stress-related growth*). Questo concetto si riferisce a un autentico processo psicologico di trasformazione positiva che alcune pazienti sperimentano dopo la malattia, riassegnando un nuovo significato all'evento e attribuendogli un senso che favorisca la crescita personale in una o più dimensioni della vita (Tedeschi & Calhoun, 2004). Tale costrutto non implica l'assenza di distress o di sofferenza, piuttosto descrive un atteggiamento peculiare dell'individuo che acquisisce maggiore padronanza della situazione e ristruttura la scala delle priorità nella propria esistenza (Pat-Horenczyk et al, 2015). Molte donne, infatti, riferiscono di apprezzare la vita in modo diverso e più profondo, di prestare maggiore attenzione a situazioni che in passato avrebbero trascurato e di sentirsi più appagate dalla qualità delle relazioni interpersonali costruite (Lelorain, et al., 2010; Vagnini et al., 2024a).

Inoltre, per le donne impegnate in una relazione di coppia, le conseguenze legate all'esperienza di malattia coinvolgono trasversalmente entrambi i partner chiamati a ristabilire congiuntamente ruoli, aspettative e funzioni nella coppia. All'interno di una prospettiva intrinsecamente diadica, lo *spilling over* di una considerevole quantità di tensioni nella coppia può renderla più sensibile e vulnerabile, danneggiandone la capacità comunicativa, la reciproca accoglienza e la qualità della *self-disclosure* dei due membri. Problematiche indirette legate alla mancata accettazione di Sé emergono infatti anche attraverso la percezione di un forte stress, sentimenti di vergogna, imbarazzo o insoddisfazione esperiti nella relazione e nell'intimità con il proprio partner (Bodenmann, 2005; Bodenmann et al., 2010; Kołodziejczyk, & Pawłowski, 2019; Vanstone & Fergus, 2020).

Tali riflessioni hanno ispirato la realizzazione del presente lavoro, il quale si contestualizza tra i percorsi di ricerca con matrice bio-psico-sociale che pongono particolare attenzione alle implicazioni psicologiche e sociali legate alle malattie neoplastiche.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Obiettivo ed ipotesi

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di individuare un modello che illustri le variabili significativamente legate alla percezione dell'immagine corporea nel breve *timing* successivo ad un intervento di chirurgia mammaria per la rimozione di un cancro al seno, su un campione di donne italiane.

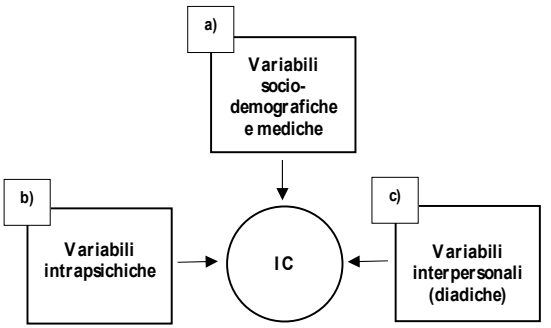
In particolare, le ricerche scientifiche sull'argomento (Boing et al., 2019; Guan Ng et al., 2017; Gul et al., 2015; Moss et al., 2016; Phoosuwan & Lundberg, 2022, 2023; Saita et al., 2022; Zhang et al., 2018; Zhu et al., 2023; Zimmermann et al., 2010) hanno evidenziato risultati eterogenei, suggerendo una possibile variabilità nei fattori in gioco. Sulla base di queste osservazioni, è stata ipotizzata l'esistenza di tre classi di fattori interagenti, la cui presenza potrebbe svolgere un ruolo fondamentale nella definizione del Sé della donna in questo specifico contesto:

a) variabili socio-demografiche e mediche: età, stato civile, diagnosi istopatologica e tipo di operazione chirurgica subita;
b) variabili intrapsichiche: tratti di personalità, stile di *coping* individuale, livello di flessibilità, sintomi ansiosi, sintomi depressivi e *distress*;
c) variabili interpersonali-diadiche: stile di *coping* diadico e percezione di vicinanza con il partner.

Da un punto di vista clinico, quindi, il desiderio è quello di comprendere quali fattori, tra quelli considerati, siano significativamente legati alla variabile di interesse (l'immagine corporea).

La *Figura 1* sintetizza la struttura del modello triadico ipotizzato, in cui si presume che una o più variabili delle tre classi descritte (a, b, c) siano legate in modo significativo alla percezione dell'immagine corporea (IC) delle donne con pregresso carcinoma mammario nell'immediato post operatorio.

Fig. 1 - *Variabili significativamente legate all'immagine corporea (IC) delle donne nell'immediato post-operatorio: il modello triadico ipotizzato*



Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Metodologia

Lo studio ha un disegno di ricerca osservazionale trasversale. L'unità di analisi è la donna, ma l'impianto dell'intero progetto assume uno sguardo relazionale.

Procedura e partecipanti

La presente ricerca è stata realizzata presso la *Breast Unit* di un Istituto Clinico italiano situato nella regione Lombardia in cui vengono affrontate in modo sinergico e secondo un'ottica multidisciplinare medico-chirurgica e clinico-psicologica tutte le problematiche connesse alla prevenzione e al trattamento della patologia mammaria, ma anche alla cura e tutela della salute psico-fisica della donna prima, durante e dopo le terapie oncologiche.

Nello specifico, la presente ricerca ha avuto luogo nell'unità operativa di senologia chirurgica, in parte nell'ambulatorio dove vengono effettuate le medicazioni ed i controlli di *follow-up* per pazienti neo-operate di carcinoma mammario e, in parte, nelle camere del reparto di degenza breve post-operatoria dove, tendenzialmente, le donne permangono per un periodo complessivo di 2-3 giorni prima della dimissione.

I criteri di inclusione delle partecipanti erano i seguenti: essere di genere femminile, saper comprendere la lingua italiana, aver ricevuto una diagnosi di neoplasia alla mammella (destra, sinistra o bilaterale) e aver subito un'operazione di chirurgia mammaria (conservativa o radicale) da 1 a massimo 20 giorni precedenti la partecipazione allo studio. È stato individuato come unico criterio di esclusione la presenza di una precedente diagnosi di disturbo psicologico concernente la percezione o la relazione con il proprio corpo, verificato dal medico di riferimento sulla base di quanto riportato nella cartella clinica della paziente.

Alle donne ricoverate nel reparto di senologia chirurgica è stato presentato il progetto di ricerca da parte del medico di riferimento. A coloro che hanno volontariamente dato la propria disponibilità a partecipare, è stato somministrato in loco un *booklet* di questionari scritti previa firma del consenso informato.

La dimensione del campione è stata calcolata utilizzando il software G*Power, versione 3.1 (Faul et al., 2007, 2009). Per un modello di regressione lineare in cui è stata fissata $\alpha = 0.05$, potenza $1\text{-}\beta$ err prob = 0.95 e il numero di variabili indipendenti considerate nel seguente studio, il software ha indicato la necessità di un campione composto da almeno 160 soggetti per rilevare un piccolo effetto secondo i criteri di Cohen (Cohen, 1988).

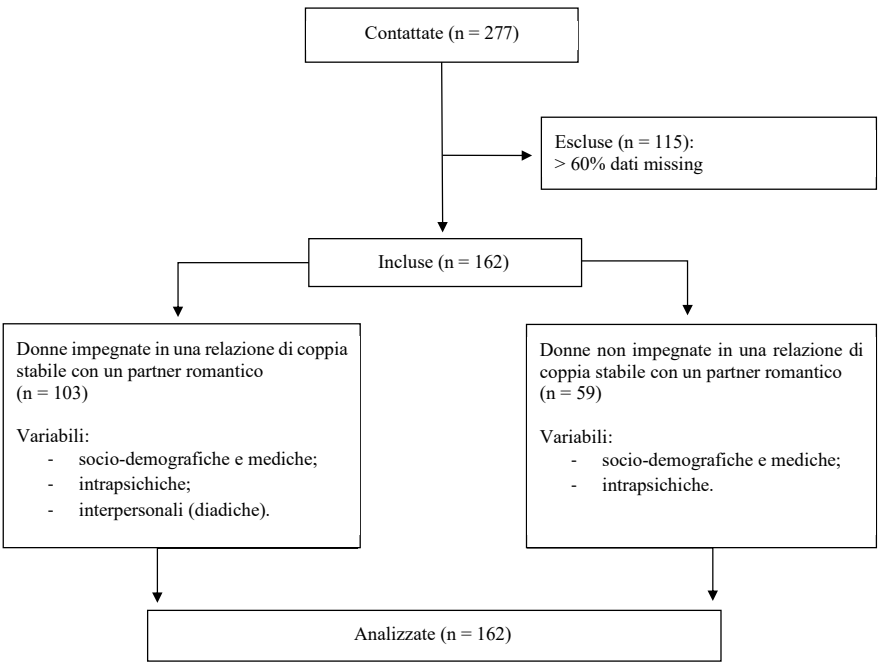
Complessivamente sono stati distribuiti e poi raccolti in formato anonimo 277 questionari, 115 dei quali, tuttavia, sono stati esclusi dalla ricerca in quanto

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

incompleti per più del 60% (range dei dati *missing* nei questionari esclusi: 61-99%). I questionari esclusi non contenevano un numero sufficiente di dati per consentire l'esecuzione di analisi comparative, ad esempio tra le donne che hanno completato il 100% degli *items* e coloro che hanno deciso di interrompere la compilazione, ritirandosi quindi dallo studio. Di conseguenza, non è stato possibile indagare l'eventuale presenza di differenze tra questi due sottocampioni in relazione all'età, allo status relazionale, allo status socio-economico o ad altre variabili di interesse per il presente studio.

In totale, pertanto, sono state condotte le analisi su un campione di 162 donne, la maggior parte delle quali (89.50%, n = 145) risiede in una provincia della regione Lombardia. In linea con gli obiettivi dello studio, le partecipanti che hanno dichiarato di essere coinvolte in una relazione di coppia stabile (n = 103) hanno completato, oltre agli strumenti previsti per la valutazione delle dimensioni socio-demografiche, mediche e intrapsichiche, anche questionari volti all'analisi delle dinamiche relazionali con il partner (per una descrizione dettagliata degli strumenti e delle variabili si rimanda al paragrafo "Strumenti"). Il processo di reclutamento e inclusione delle partecipanti è sintetizzato nel diagramma di flusso riportato in Figura 2.

Fig. 2 - *Study flowchart*



Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Il progetto di ricerca è stato approvato dalla Commissione Etica per la Ricerca in Psicologia (CERPS) del Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (n° protocollo: 94-21; data di approvazione: 18 dicembre 2021).

Strumenti

Tutte le donne (N = 162) hanno compilato un *booklet* di questionari per la raccolta delle variabili socio-demografiche ed intrapsichiche. Le misure interpersonali-diadiche relative alla relazione con il partner sono state raccolte esclusivamente per le donne coinvolte in una relazione di coppia stabile (n = 103).

a) Variabili socio-demografiche e mediche

Per la raccolta dei dati socio-demografici è stata somministrata una scheda anamnestica con domande aperte: età, stato civile (modalità: sposata, convivente, in una relazione di coppia stabile, separata/divorziata, vedova, single).

Le informazioni mediche come la diagnosi istopatologica (modalità: carcinoma in *situ*, stadio I, stadio II, stadio III, stadio IV) e la tipologia di operazione chirurgica (modalità: quadrantectomia, mastectomia) ricevuta sono state estratte dalla cartella medica delle pazienti in formato anonimo dal personale sanitario.

b) Variabili intrapsichiche

Per la raccolta delle misure intrapsichiche è stata utilizzata la validazione italiana delle scale psicometriche di seguito presentate. Per ciascuna di esse, inoltre, sono riportati i valori di affidabilità calcolati per il presente studio.

BIS: *Body Image Scale* (Cheli et al., 2016; Hopwood et al., 2001), uno strumento composto da 10 *items* su scala Likert a 4 passi (0 = mai; 3 = sempre) e validato in Italia con un campione di donne aventi un carcinoma mammario e sottoposte a trattamento (Cheli et al., 2016) che valuta, facendo riferimento ad aspetti affettivi, cognitivi e comportamentali, la relazione del soggetto con la propria immagine corporea. Il punteggio totale è compreso tra 0 e 30: ad un punteggio più elevato corrisponde un'immagine corporea maggiormente compromessa a seguito dei sentimenti esperiti in relazione ai cambiamenti avvenuti al proprio aspetto fisico dopo l'operazione chirurgica o le terapie mediche. Dal momento che in letteratura non sono presenti *cut-offs* per l'identificazione di situazioni cliniche, nel presente studio si è deciso di

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

ricodificare i punteggi in tre classi *ad hoc*, come in un precedente studio condotto dal team di ricerca (Saita et al., 2022): punteggio 0-10 "buona immagine corporea", punteggio 11-20 "moderata compromissione dell'immagine corporea" e, infine, punteggio 21-30 "elevata compromissione dell'immagine corporea". La coerenza interna è molto buona ($\alpha = 0.90$).

BFQ-2: ***Big Five Questionnaire Short Form*** (Caprara et al., 1993), un test di personalità costituito da 15 *items* su scala Likert a 7 passi (1 = non mi descrive affatto; 7 = mi descrive perfettamente), il cui fondamento teorico è riconducibile alla Teoria dei Big Five (Costa & McCrae, 1992) e che è volto all'individuazione e valutazione di 5 dimensioni (ciascuna composta da 3 *items*): energia, amicalità, coscienziosità, stabilità emotiva e apertura mentale. L'affidabilità è discreta per tutte le sottoscale ($0.62 < \alpha < 0.75$).

Mini-MAC: ***Mini-Mental Adjustment to Cancer*** (Grassi et al., 2005; Watson et al., 1988, 1994), uno strumento composto da 29 *items* su scala Likert a 4 passi (1 = completamente in disaccordo; 4 = completamente d'accordo) volto a misurare 5 diverse tipologie di *coping* individuale adottate da soggetti affetti da carcinoma, quali: combattività, disperazione, fatalismo, preoccupazione ansiosa ed evitamento. L'analisi della consistenza interna ha evidenziato valori discreti ($0.60 < \alpha > 0.81$).

PACT: ***Perceived Ability to Cope with Trauma*** (Bonanno & Pat-Horenczyk, 2011; Saita et al., 2017), uno strumento composto da 20 *items* su scala Likert a 7 passi (1 = per niente capace; 7 = estremamente capace) con il quale è possibile misurare sia due processi antitetici di *coping* individuale adottati dai soggetti esposti ad un potenziale evento traumatico quali la concentrazione sull'elaborazione del trauma (trauma focus, composto da 8 *items*; $\alpha = 0.62$) e la concentrazione sul superamento del trauma o orientamento al futuro (*forward* focus, composto da 12 *items*; $\alpha = 0.80$), sia la flessibilità come capacità individuale di utilizzare congiuntamente queste due strategie e modulare la risposta in base alle caratteristiche dello *stressor*, alla percezione soggettiva di controllabilità dello stesso e agli aspetti contestuali. Quest'ultima, viene ottenuta calcolando la somma ed il punteggio di discrepanza tra le due sottoscale: a una discrepanza maggiore corrisponde una minore flessibilità di *coping* e viceversa.

HADS: ***Hospital Anxiety and Depression Scale*** (Costantini et al., 1999; Zigmond & Snaith, 1983), uno strumento composto da 14 *items* utilizzato per l'*assessment* dei vissuti di ansia (HADS-A, composta da 7 item), depressione (HADS-D, composta da 7 *items*) e distress (HADS, punteggio totale) legati allo stress e ai sintomi fisici esperiti dall'individuo in una condizione di malattia organica e sottoposto a un piano terapeutico. In accordo con i *cut-offs* presenti in letteratura, è possibile interpretare i punteggi indipendenti delle due sottoscale di ansia e depressione con la seguente classificazione: 0-7 "normale", 8-10 "borderline" (soggetto a rischio), 11-21 "anormale"

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

(presenza di una sintomatologia ansiosa e/o depressiva rilevante dal punto di vista clinico). L'alpha di Cronbach per HADS-A ($\alpha = 0.81$) e distress ($\alpha = 0.84$) è buona e per HADS-D è discreta ($\alpha = 0.70$).

c) Variabili interpersonali-diadiche

Per la raccolta delle misure interpersonali-diadiche relative alla relazione romantica con il partner è stata utilizzata la versione italiana validata delle scale psicometriche presentate di seguito. I dati raccolti si riferiscono esclusivamente alla valutazione delle donne sulla relazione con il proprio partner, con un focus specifico sul *coping* diadico e sulla percezione di vicinanza e *closeness*. Poiché l'unità di analisi di questo studio è la donna con una pregressa diagnosi di carcinoma mammario, non sono stati somministrati questionari ai partners.

I valori di affidabilità riportati sono stati calcolati specificatamente per il presente studio.

DCQ: *Dyadic Coping Questionnaire* (Bodenmann, 1997, 2000, 2005; Donato et al., 2009), uno strumento composto da 41 *items* su scala Likert a 5 passi (1 = mai; 5 = molto spesso), che misura il *coping* diadico ($\alpha = 0.92$): più elevato è il punteggio totale, maggiore è il *coping* diadico attivato. Lo strumento è composto da 4 sottoscale che misurano rispettivamente il *coping* supportivo ($\alpha = 0.90$), delegante ($\alpha = 0.70$), comune ($\alpha = 0.88$) e negativo ($\alpha = 0.60$); inoltre, una sottoscala misura la comunicazione dello stress ($\alpha = 0.84$), mentre i due *items* finali si riferiscono alla valutazione del *coping* diadico in termini di efficacia e soddisfazione percepita ($\alpha = 0.97$).

IOS: *Inclusion of the Other in the Self* (Aron et al., 1992), uno strumento grafico composto da un solo *item* su scala Likert a 7 passi rappresentati da 7 diagrammi di Eulero-Venn in cui il primo insieme rappresenta il *Self* ed il secondo l'Altro significativo. L'ampiezza dell'intersezione tra i due insiemi indica il grado di interconnessione percepito dall'individuo nella diade, il quale aumenta graficamente in modo lineare: il primo diagramma mostra un'assenza di vicinanza dei partner, il settimo indica invece una quasi totale sovrapposizione dei due insiemi. Lo strumento permette di superare le resistenze soggettive utilizzando un canale comunicativo diverso da quello verbale per misurare il livello di *closeness* o "inclusione dell'Altro nella definizione di Sé".

Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati analizzati con l'ausilio del software IBM SPSS,

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

versione 29.0.1. In primo luogo sono state condotte le statistiche descrittive delle variabili socio-demografiche e mediche e delle variabili psicometriche (intrapsichiche e interpersonali-diadiche); di queste ultime si è anche verificata la normalità della distribuzione, considerando un *cut-off* di ± 1 per i valori di asimmetria e curtosi. Utilizzando il test t per campioni indipendenti e il test del χ^2 sono state esplorate eventuali differenze tra le donne coinvolte in una relazione romantica (n = 103) e le donne single (n = 59) per quanto concerne le variabili socio-demografiche e mediche e le variabili intrapsichiche.

Attraverso il test del χ^2 è stata poi studiata l'associazione tra il livello di compromissione dell'immagine corporea della donna (punteggio totale della scala BIS ricodificato in 3 classi: "buona immagine corporea", "moderata compromissione dell'immagine corporea" e "elevata compromissione dell'immagine corporea") e lo stato civile (modalità: sposata, convivente, in una relazione di coppia stabile, separata/divorziata, vedova, single), la diagnosi istopatologica ricevuta (modalità: carcinoma in *situ*, stadio I, stadio II, stadio III, stadio IV) e il tipo di operazione chirurgica subita (modalità: quadrantectomia, mastectomia).

Successivamente, con il test di correlazione lineare di Pearson è stata studiata la correlazione tra i punteggi ottenuti alla scala BIS (immagine corporea), l'età anagrafica e le variabili psicometriche (intrapsichiche e interpersonali-diadiche) considerate.

Infine, è stata condotta una regressione lineare multipla considerando l'immagine corporea come variabile dipendente e le variabili socio-demografiche e mediche, intrapsichiche e interpersonali-diadiche risultate associate o correlate ad essa in modo statisticamente significativo ($p < 0.001$ o $p < 0.05$) come variabili indipendenti. L'obiettivo era analizzare simultaneamente le relazioni tra più variabili e identificare quelle che mantengono un effetto significativo quando considerate congiuntamente.

In questa fase, le variabili categoriali sono state ricodificate in variabili *dummy* (comprese tra 0 e 1) prima di essere inserite nel modello come variabili indipendenti.

Risultati

Statistiche descrittive

Variabili socio-demografiche e mediche. Le donne incluse hanno un'età media di 60.07 anni (DS = 13.02; range = 27-88 anni). Considerando la variabile "stato civile", il 63.58% (n = 103) del campione è coinvolto in una

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

relazione di coppia stabile con un partner romantico, mentre il restante 36.42% (n = 59) comprende donne che hanno dichiarato di non essere coinvolte in una relazione stabile con un partner di tipo romantico. Tra queste ultime, 9 sono separate/divorziate (5.55%), 30 (18.52%) sono vedove e 20 (12.35%) single.

Prendendo in considerazione la variabile "diagnosi istopatologica", al 14.81% (n = 24) delle donne coinvolte è stato diagnosticato un carcinoma in *situ*, mente l'85.19% (n = 138) ha ricevuto una diagnosi di carcinoma infiltrante. Nello specifico, il 50.00% (n = 81) in stadio I, il 25.93% (n = 42) in stadio II, l'8.64% (n = 14) in stadio III e lo 0.62% (n = 1) in stadio IV.

Infine, considerando la variabile "operazione chirurgica", sul totale delle partecipanti allo studio (N = 162), 118 donne (72.84%) hanno subito una quadrantectomia, mentre 44 (27.16%) hanno subito una mastectomia.

Variabili intrapsichiche e interpersonali-diadiche. La Tabella 1 sintetizza i risultati emersi. La quasi totalità delle donne (83.33%, n = 135) ha una buona immagine corporea. Inoltre, il 58.02% (n = 94) di esse manifesta una sintomatologia ansiosa (HADS-A) nella norma ed il 92.59% (n = 150) del campione esperisce sintomi depressivi o oscillazioni nel tono dell'umore (HADS-D) considerati anch'essi nella norma.

Tab. 1 - *Statistiche descrittive delle misure psicometriche: variabili intrapsichiche e interpersonali-diadiche (N = 162)*

Scale psicometriche (range)		n (%)*	M±DS
Variabili intrapsichiche			
BIS	Immagine corporea (0-30)	162	4.57±6.49
	Classi ad hoc:		
	▪ Buona (0-10)	135 (83.33)	
	▪ Moderata compromissione (11-20)	19 (11.73)	
	▪ Elevata compromissione (21-30)	8 (4.94)	
BFQ-2	Energia (3-21)	162	15.17±4.09
	Amicalità (3-21)	162	19.31±2.04
	Coscienziosità (3-21)	162	17.10±3.84
	Stabilità emotiva (3-21)	162	8.17±3.96
	Apertura mentale (3-21)	162	14.41±4.30
Mini-MAC	Combattività (1-4)	162	3.17±0.66
	Disperazione (1-4)	162	1.58±0.59
	Fatalismo (1-4)	162	2.84±0.68
	Preoccupazione ansiosa (1-4)	162	2.04±0.71
	Evitamento (1-4)	162	2.61±1.02
PACT	*Forward* focus (1-7)	162	5.78±0.92
	Trauma focus (1-7)	162	5.02±1.00
	Flessibilità (0-1)	162	0.83±0.08
HADS	Ansia (HADS-A 0-21)	162	6.89±4.67

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

	Classi cliniche:		
	▪ Livello normale (0-7)	94 (58.02)	
	▪ Livello borderline (8-10)	34 (20.99)	
	▪ Livello anormale (11-21)	34 (20.99)	
	Depressione (HADS-D 0-21)	162	3.35±3.18
	Classi cliniche:		
	▪ Livello normale (0-7)	150 (92.59)	
	▪ Livello borderline (8-10)	4 (2.47)	
	▪ Livello anormale (11-21)	8 (4.94)	
	Distress (0-42)	162	10.23±7.06
Variabili interpersonali-diadiche			
DCQ	*Coping* diadico supportivo (1-5)	103 (63.58)	3.88±0.80
	Coping diadico delegante (1-5)	103 (63.58)	3.69±0.91
	Coping diadico comune (1-5)	103 (63.58)	3.80±0.91
	Coping diadico negativo (1-5)	103 (63.58)	1.66±0.39
	Comunicazione dello stress (1-5)	103 (63.58)	3.36±0.89
	Valutazione del *coping* diadico (1-5)	103 (63.58)	4.14±1.00
	Coping diadico totale (1-5)	103 (63.58)	3.17±0.55
IOS	*Closeness* (1-7)	103 (63.58)	5.59±1.69

***** Dove non indicato % = 100

Esplorazione delle differenze tra donne in una relazione romantica e donne single

Le analisi comparative tra i due sotto-campioni hanno messo in luce l'assenza di differenze statisticamente significative tra le donne coinvolte in una relazione romantica (n = 103) e le donne single (n = 59) rispetto alle variabili di interesse.

Variabili socio-demografiche e mediche. Il confronto tra i due gruppi (donne in coppia vs. single) in relazione alla variabile continua "età" è stato effettuato tramite test t per campioni indipendenti, senza riscontrare differenze significative, adottando una soglia di significatività di $p < 0.05$.

Inoltre, anche il test del χ^2 utilizzato per confrontare i due sotto-campioni rispetto alle variabili categoriali "diagnosi istopatologica" (categorie: carcinoma in situ, stadio I, stadio II, stadio III, stadio IV) e "operazione chirurgica" (categorie: quadrantectomia, mastectomia) non ha evidenziato differenze statisticamente significative, adottando una soglia di significatività di $p < 0.05$.

Variabili intrapsichiche. Il test t per campioni indipendenti è stato impiegato per esplorare le differenze tra donne in coppia e single rispetto alle seguenti variabili: immagine corporea (BIS), energia (BFQ-2), amicalità (BFQ-2), coscienziosità (BFQ-2), stabilità emotiva (BFQ-2), apertura mentale (BFQ-2), combattività (Mini-MAC), disperazione (Mini-MAC),

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

fatalismo (Mini-MAC), preoccupazione ansiosa (Mini-MAC), evitamento (Mini-MAC), *forward* focus (PACT), trauma focus (PACT), flessibilità (PACT), ansia (HADS-A), depressione (HADS-D) e distress (HADS). I risultati dell'analisi non hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi, adottando una soglia di significatività di $p < 0.05$.

Correlazioni tra l'immagine corporea e le misure socio-demografiche, mediche, intrapsichiche e interpersonali-diadiche

Test del χ^2. Le analisi di associazione (test del χ^2) condotte hanno evidenziato una relazione statisticamente significativa tra l'immagine corporea e la variabile medica "operazione chirurgica" ($p < 0.05$), ma con una V di Cramer (compresa tra 0 e 1) di 0.20 che rivela un'associazione debole. Infatti, le differenze tra il conteggio osservato e quello previsto, all'interno della tavola di contingenza, sono contenute. I risultati evidenziano che l'intervento di quadrantectomia è significativamente associato a una buona immagine corporea (e viceversa), mentre la mastectomia mostra una minore probabilità di essere associata a una buona immagine corporea (e viceversa). Analogamente, l'intervento di quadrantectomia risulta meno frequentemente associato a una compromissione moderata o elevata dell'immagine corporea (e viceversa), mentre la mastectomia presenta una maggiore probabilità di essere associata a livelli moderati o elevati di compromissione dell'immagine corporea (e viceversa).

Correlazione lineare di Pearson. Le analisi di correlazione lineare (r di Pearson) hanno mostrato una correlazione statisticamente significativa e positiva tra l'immagine corporea e le variabili intrapsichiche disperazione (Mini-MAC; $p < 0.05$), fatalismo (Mini-MAC; $p < 0.05$), preoccupazione ansiosa (Mini-MAC; $p < 0.001$), ansia (HADS-A; $p < 0.001$), depressione (HADS-D; $p < 0.05$) e distress (HADS; $p < 0.001$) e la variabile interpersonale *coping* diadico negativo (DCQ; $p < 0.05$). È emersa invece una correlazione statisticamente significativa e negativa tra l'immagine corporea ed il *coping* diadico supportivo (DCQ; $p < 0.05$).

La Tabella 2 presenta una sintesi dei risultati ottenuti.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tab. 2 - *Correlazione tra l'immagine corporea (BIS: Body Image Scale) e le variabili socio-demografiche e mediche, intrapsichiche e interpersonali-diadiche considerate*

		Immagine corporea: BIS	
		$\chi^2_{(gl)}$	*p*-value
Variabili socio-demografiche e mediche[a]	Stato civile	$3.58_{(6)}$	0.73
	Diagnosi istopatologica	$8.23_{(8)}$	0.41
	Operazione chirurgica	$6.77_{(2)}$	0.03*[b]
		r	***p*-value**
	Età	0.11	0.15
Variabili intrapsichiche			
BFQ-2	Energia	0.15	0.60
	Amicalità	0.04	0.62
	Coscienziosità	0.01	0.90
	Stabilità emotiva	0.09	0.23
	Apertura mentale	0.15	0.60
Mini-MAC	Combattività	0.06	0.42
	Disperazione	0.24	0.002*
	Fatalismo	0.22	0.006*
	Preoccupazione ansiosa	0.33	0.001**
	Evitamento	0.04	0.65
PACT	*Forward* Focus	0.07	0.37
	Trauma focus	0.10	0.21
	Flessibilità	0.11	0.15
HADS	Ansia (HADS-A)	0.25	0.001**
	Depressione (HADS-D)	0.22	0.004*
	Distress	0.27	0.001**
Variabili interpersonali-diadiche			
DCQ	*Coping* diadico supportivo	–0.20	0.04*
	Coping diadico delegante	0.13	0.18
	Coping diadico negativo	0.22	0.02*
	Coping diadico comune	0.12	0.23
	Comunicazione dello stress	0.05	0.64
	Valutazione del *coping* diadico	0.05	0.60
	Coping diadico totale	0.17	0.09
IOS	*Closeness*	0.02	0.80

[a] Variabili socio-demografiche e mediche: stato civile (modalità: sposata, convivente, in una relazione di coppia stabile, separata/divorziata, vedova, single), diagnosi istopatologica (modalità: carcinoma in *situ*, stadio I, stadio II, stadio III, stadio IV), operazione chirurgica (modalità: quadrantectomia, mastectomia).

[b] V di Cramer (range 0-1) = 0.20

* $p < 0.05$

** $p < 0.001$

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Modello di regressione lineare multipla (variabile dipendente: immagine corporea)

La Tabella 3 presenta una sintesi dell'analisi di regressione lineare multipla condotta al fine di studiare la relazione tra la variabile medica operazione chirurgica (ricodificata in variabile *dummy*), le variabili intrapsichiche disperazione (Mini-MAC), fatalismo (Mini-MAC), preoccupazione ansiosa (Mini-MAC), ansia (HADS-A), depressione (HADS-D) e distress (HADS) e le variabili interpersonali *coping* diadico supportivo (DCQ) e *coping* diadico negativo (DCQ) (variabili indipendenti) con l'immagine corporea (variabile dipendente).

Tab. 3 - *Modello di regressione lineare multipla. Variabile dipendente: Immagine corporea (BIS)*

		Coefficiente standardizzato (Beta)	**t**	***p-value***	**R^2 adattato**
$F(8,94) = 5.95$ $P < 0.001$	(Costant)	NA[a]	– 2.13	0.04	0.28
	Operazione chirurgica[†]	0.34	3.91	0.001**	
	Disperazione (Mini-MAC)[††]	0.24	2.15	0.03*	
	Fatalismo (Mini-MAC)	0.10	1.07	0.29	
	Preoccupazione ansiosa (Mini-MAC)	0.19	1.60	0.11	
	Ansia (HADS-A)	–0.06	–0.44	0.66	
	Depressione (HADS-D)	–0.07	–0.63	0.53	
	Coping diadico supportivo (DCQ)	–0.14	–1.50	0.13	
	Coping diadico negativo (DCQ)[†††]	0.22	2.37	0.02*	

Variabile esclusa: Distress (HADS; variabile intrapsichica)
[a] NA = non applicabile
[†] Variabile medica (modalità: quadrantectomia, mastectomia)
[††] Variabile intrapsichica
[†††] Variabile interpersonale-diadica
*$p < 0.05$
**$p < 0.001$

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tutte le variabili indipendenti considerate tranne il distress (variabile esclusa dal modello; nelle statistiche di collinearità l'indice di tolleranza è prossimo allo 0) spiegano complessivamente il 28.00% della varianza della variabile dipendente.

La $F(8,94) = 5.95$; $p < 0.001$ risulta significativa e denota che il modello è buono.

In particolare, i risultati hanno evidenziato che l'operazione chirurgica (variabile medica), la disperazione (Mini-MAC; variabile intrapsichica) e il *coping* diadico negativo (DCQ; variabile interpersonale-diadica) sono significativamente legate alla percezione dell'immagine corporea (BIS) delle donne nell'immediato post-operatorio.

Discussione

Il presente lavoro si è posto come obiettivo lo studio dei fattori correlati all'immagine corporea di donne neo-operate per carcinoma mammario, partendo dall'ipotesi che variabili interagenti di diversa natura (ossia caratteristiche socio-demografiche e mediche, misure psicometriche intrapsichiche e interpersonali-diadiche) possano avere un legame significativo con la valutazione dell'immagine corporea nell'immediato post-operatorio.

In generale, la maggior parte delle donne coinvolte nello studio risiede nel nord Italia, è in una relazione stabile con un partner di tipo romantico e, per quanto concerne il focus specifico sulla variabile di interesse, la quasi totalità ha mostrato di percepire una buona immagine corporea.

Considerando nello specifico le variabili mediche, alla maggioranza delle partecipanti è stato individuato un carcinoma mammario in *situ* oppure infiltrante, ma con un'estensione anatomica ridotta (stadio I e stadio II). Nel campione coinvolto, inoltre, la diagnosi istopatologica non è risultata associata alla valutazione dell'immagine corporea in fase post-operatoria.

Questo dato è in linea con studi precedenti (Conte et al., 2023; Larsen, 2022), i quali hanno evidenziato come l'attenzione costante dedicata alle campagne di sensibilizzazione e alla corretta informazione sulla prevenzione del tumore al seno e sulla tutela della salute abbia favorito una crescente adozione consapevole di comportamenti orientati alla riduzione del rischio, come la regolare pratica dell'autopalpazione. Tali comportamenti risultano diffusi tra le donne di diverse fasce d'età e contribuiscono non solo ad aumentare le probabilità di diagnosi precoce e di interventi medico-chirurgici meno invasivi, ma anche a promuovere una maggiore consapevolezza del proprio corpo e una gestione più efficace degli effetti collaterali nella fase post-trattamento.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Studi precedenti (Bahrami et al., 2017; Davis et al., 2020) hanno evidenziato come il timore circa le conseguenze di interventi chirurgici considerati invasivi possano generare vissuti di incompletezza e non attrattività nella donna, fattori da non sottovalutare nell'adattamento nel lungo periodo. Moss et al. (2016) in uno studio con un campione di donne del sud Italia operate di carcinoma mammario hanno infatti riscontrato che il tipo di chirurgia mammaria subita è strettamente legato alla qualità del vissuto psicologico nel post-operatorio. In particolare, la quadrantectomia è risultata associata ad *outcomes* più positivi soprattutto per quanto concerne la valutazione del *body shame* percepito ed i livelli di depressione esperiti; mentre la mastectomia è risultata connessa ad *outcomes* più negativi e compromettenti il benessere delle pazienti. In linea con questo studio, anche nella presente ricerca il tipo di operazione chirurgica subita (nella maggior parte dei casi, la quadrantectomia) è risultato significativamente associato al modo in cui l'immagine corporea viene percepita e valutata dalla donna nell'immediato post-operatorio.

La strategia di *coping* più frequentemente messa in atto dal campione coinvolto è la combattività che, in uno studio precedente (Cho et al., 2020), è stata considerata un indicatore di buon adattamento (caratterizzato anche da bassi livelli di disperazione e preoccupazione ansiosa) nelle donne con una diagnosi recente di tumore al seno e un fattore protettivo per una migliore qualità di vita nei tre anni successivi.

Inoltre, dai dati emersi le partecipanti sembrano utilizzare in media poco frequentemente il fatalismo come strategia di *coping* e non manifestano una forte preoccupazione ansiosa o disperazione di fonte agli *stressors*. Queste variabili sono anche risultate correlate in modo significativo alla variabile di interesse e, in particolar modo, è emerso un legame significativo tra un atteggiamento orientato alla disperazione e all'impotenza appresa e una compromissione dell'immagine corporea.

In accordo con quanto descritto, in media le donne mostrano di affidarsi poco frequentemente all'evitamento cognitivo come strategia di *coping* ed è stata evidenziata una buona capacità del campione di modulare in modo flessibile risposte orientate al superamento o all'elaborazione del trauma associato alla malattia. Questo dato è in accordo con la letteratura recente (Aizpurua-Perez & Perez-Tejada, 2020; Izydorczyk et al., 2018) che ha messo in luce come la resilienza psicologica, definita quale processo dinamico che favorisce un adattamento funzionale agli *stressors* legati alla malattia, sia da considerare un fattore protettivo per la salute generale della donna e, di conseguenza, per come viene valutata l'immagine corporea nella fase di *follow-up*.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Come si è visto, la relazione della donna con la propria immagine è strettamente legata alla modalità con cui ella si relaziona agli stimoli provenienti dall'ambiente circostante. Il ricorso al meccanismo della disperazione, presente in letteratura (Kvillemo & Bränström, 2014) tra le strategie involutive di *disengagement coping*, impedisce alla donna di sentirsi dominante nel fronteggiamento dello *stressor* e di porre fiducia e speranza nelle proprie capacità di resilienza. Questo, infatti, si oppone ad un atteggiamento orientato al superamento delle difficoltà e all'accoglimento ed elaborazione dei sentimenti esperiti, portando l'individuo all'auto-estraniamento, identificato da alcuni autori (TenHouten, 2016) quale forma di alienazione dal contesto vissuto.

La costruzione di un quadro negativo della propria condizione presente, la credenza di non poter far nulla per cambiare il corso degli eventi e la mancata percezione di controllo sugli avvenimenti sembrano pertanto condizionare anche la possibilità di adottare uno sguardo positivo nei riguardi della propria immagine nel momento successivo all'intervento chirurgico. È possibile ipotizzare che, all'interno di una simile rappresentazione dell'evento malattia, non ci sia spazio per sentimenti di *self-compassion* ad auto-accettazione (Przezdziecki et al., 2016) che aiutano a volgere uno sguardo accogliente e amorevole verso il Sé, ma al contrario prevalgano i vissuti di perdita e disarmonia con un conseguente aumento della discrepanza percepita tra la propria immagine attuale e quella desiderata (Vartanian, 2012).

Nel campione coinvolto, i livelli di sintomatologia ansiosa e depressiva, quindi il grado di distress generale esperito, rientrano in media in un livello norma. Tali misure, in accordo con la letteratura (Phoosuwan & Lundberg, 2022), sono risultate positivamente correlate con l'immagine corporea post-chirurgia.

Infine, anche per quanto concerne l'indagine dei fattori diadici che entrano in gioco quando si parla di immagine corporea della donna, sono emersi risultati interessanti. Innanzitutto, a conferma dell'impossibilità di affrontare e superare in solitudine un'esperienza di malattia che, inevitabilmente, non tocca solo la donna ma coinvolge anche il contesto relazionale di appartenenza (Saita et al., 2022), due modalità di fronteggiamento diadico, il *coping* diadico supportivo e quello negativo, sono risultate correlate alla valutazione della propria immagine corporea da parte delle pazienti. Nello specifico, dalle analisi delineate è emerso che il fronteggiare la malattia attraverso l'utilizzo di uno stile di *coping* diadico negativo è significativamente legato a una percezione di una peggior qualità di vita da parte della donna, in termini di valutazione di sé, e, pertanto, benessere psicologico e relazionale.

In generale, le donne del campione valutano come mediamente buono il fronteggiamento diadico degli *stressors* con il proprio partner e,

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

coerentemente, utilizzano di rado un *coping* diadico negativo. Pertanto, in media, percepiscono anche una buona vicinanza e intimità con il proprio partner.

La letteratura (Acquati & Saita, 2017) sottolinea che in presenza di un utilizzo considerevole all'interno della relazione con il partner di uno stile di *coping* diadico positivo (supportivo, delegante, comune) la compromissione dell'immagine corporea è molto bassa, e viceversa. Nel campione in oggetto, che non ha dimostrato la presenza di preoccupazioni significative per l'immagine di sé, infatti, tali strategie emergono come quella maggiormente messe in atto. Coerentemente, le donne manifestano, in media, un elevato livello di soddisfazione riguardo alla comunicazione diadica dello stress e alla valutazione complessiva del *coping* diadico della coppia.

Un risultato simile pone l'accento sulla notevole importanza che il peso di un fattore relazionale (diadico) ricopra sulla definizione del proprio Sé che, per questo motivo, non può che assumere la valenza di un "Sé in relazione" (Siegel, 1999). Il legame di coppia, infatti, comporta una ridefinizione dell'identità individuale a seguito dell'instaurarsi di una *partnership* simbolico-etico-affettiva chiamata ad accogliere gli elementi di somiglianza e differenza tra i due membri della diade senza annullarli (Rossi & Bramanti, 2015; Scabini & Iafrate, 2003).

In particolare, diverse ricerche in letteratura (Chen et al., 2021; Rottman et al., 2015; Shi et al., 2021) hanno evidenziato che nelle diadi in cui uno dei due membri ha ricevuto una diagnosi oncologica, la strategia di evitamento e la mancata elaborazione del vissuto emotivo (per definizione opposte alla percezione di un senso di controllo e alla presenza attiva nel qui ed ora) hanno un effetto negativo sia sulla crescita post-traumatica che sulla modalità con cui viene valutato e percepito il sostegno da parte del partner all'interno della relazione.

Riprendendo quanto emerso dal presente studio, è interessante osservare come sia l'atteggiamento individuale di disperazione e impotenza appresa (*helplessness/hopelessness*), sia la percezione di un coping diadico negativo e, quindi, non funzionale, svolgano entrambi un ruolo determinante sullo stesso *outcome* della malattia quale, appunto, il livello di compromissione dell'immagine corporea.

Quando le forme di *coping* diadico messe in atto per sostenere il partner si rivelano inefficaci o "invisibili" (negative), ne risente sia il benessere di coppia che la sicurezza nell'efficacia del "senso del noi" su cui si è fatto affidamento nella ristrutturazione della propria identità. In queste condizioni, il tono emotivo dei due partner peggiora e, conseguentemente aumenta il distress e diminuisce la disponibilità individuale (e perciò l'efficacia) ad una risposta empatica verso l'Altro (Aydogan et al., 2024).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

In generale, quindi, l'appartenenza alla diade e la conseguente formazione di un'identità di coppia, generano un sistema di credenze ed aspettative reciproche che si fondano su un mutuo impegno a "prendersi cura" dell'altro e del legame (Scabini & Iafrate, 2003) che, quando viene meno in presenza di eventi di vita significativi (come l'incontro con la malattia oncologica), può portare a una profonda ferita emotiva e identitaria.

Uno studio precedente degli autori (Saita et al., 2022), infatti, ha sottolineato che quando il *coping* diadico è positivo, emerge quale strumento attraverso cui i partner assumono e integrano il cambiamento (in ogni sua sfumatura) all'interno della propria storia. In questo senso, esso è identificato anche come fattore protettivo fondamentale nel momento in cui la donna è chiamata ad adattarsi alla nuova immagine di Sé, continuando a sentirsi desiderata nell'intimità della diade.

I sentimenti di vicinanza e presenza coinvolgente e gratificante del proprio partner, quindi, sarebbero legati a una maggiore soddisfazione complessiva della donna all'interno dell'unità diadica che potrebbe, di conseguenza, rispecchiarsi in una visione più positiva anche di Sé. In sintesi, quello ipotizzato è una sorta di principio di corrispondenza tra la qualità della valutazione di se stessa da parte della donna e la qualità percepita della relazione intima a cui sente di appartenere che, se deludente, altera in senso peggiorativo anche il giudizio su di sé.

Le ultime considerazioni, quindi, si prefiggono di comprendere perché un fattore diadico potrebbe essere sentito a tal punto "parte costitutiva di Sé" e, nella considerazione dell'individuo quale essere intrinsecamente relazionale, tale da influenzare significativamente il modo in cui la donna valuta la propria immagine corporea nei giorni successivi l'intervento chirurgico.

Conclusione e implicazioni cliniche

I risultati delineati, seppur di natura esplorativa, ci hanno permesso di confermare l'ipotesi avanzata, ossia che variabili interagenti di diversa natura (socio-demografiche e mediche, intrapsichiche e interpersonali-diadiche) giocano un ruolo determinante nella valutazione dell'immagine corporea nell'immediato post-operatorio. Le analisi hanno evidenziato la presenza di tre fattori significativamente legati alla variabile di interesse nel campione coinvolto.

Tra questi, la tipologia di operazione chirurgica a cui le donne si sono sottoposte, ossia quadrantectomia o mastectomia (variabile medica); la disperazione (variabile intrapsichica) come strategia di *coping* individuale, ossia la valutazione cognitiva e l'attribuzione di una connotazione emotiva allo

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

stressor incontrato; infine, il *coping* diadico negativo (variabile interpersonale-diadica) come strategia disfunzionale di fronteggiamento diadico della malattia.

Dal punto di vista clinico, la valutazione dell'immagine corporea delle donne coinvolte in questo studio si estende oltre ad un mero "apparire" ma coinvolge un'esperienza soggettiva, percettiva e affettiva complessa che ha a che fare non solo con l'aspetto del proprio corpo, ma anche e soprattutto con le sue funzioni ed il modo in cui attraverso di esso si entra in relazione autentica con l'Altro.

Studiare l'immagine corporea in modo olistico è coerente con il modello proposto da Cash e Smolak (2011), nel quale vengono proposte diverse dimensioni interdipendenti e simultanee dell'esperienza. Tra queste, gli autori evidenziano una dimensione percettiva (misurabile con l'accuratezza delle stime che si fanno rispetto al proprio corpo), una soggettiva (soddisfazione vs. insoddisfazione generale), una affettiva (sentimenti emotivi associati al proprio corpo), una cognitiva (credenze e processi valutativi su di sé) e una comportamentale (ad esempio, adozione, nel contesto sociale di appartenenza, di comportamenti compensativi per aumentare la soddisfazione percepita).

Inoltre, i nostri risultati sono coerenti con quanto riportato da diversi autori all'interno dell'"*Encyclopedia of body image and human appearance*" (Cash, 2012), suggerendo che la qualità dell'immagine corporea percepita derivi da un intreccio di caratteristiche peculiari e distintive del soggetto, fattori psicosociali, interpersonali ed ambientali fortemente interconnessi (Brunet et al., 2022).

Questo può guidare la ricerca e la pratica clinica volte a intervenire con un approccio multidimensionale sulla compromissione dell'immagine corporea delle donne con pregresso carcinoma mammario, comprendendo e lavorando, in ottica di promozione della salute, sugli antecedenti ed i possibili predittori.

Limiti e prospettive future

Questo lavoro presenta alcune limitazioni. In primo luogo, si tratta di uno studio osservazionale trasversale perciò i risultati ottenuti non possono essere letti affermando l'esistenza di legami di causa-effetto, ma possono solamente essere interpretati considerando la presenza di fattori significativamente legati all'immagine corporea; sarebbero infatti necessari ulteriori studi di tipo prospettico per approfondire quanto rilevato. In secondo luogo, in questo studio è stato coinvolto un campione di convenienza in quanto tutte le partecipanti alla ricerca hanno affrontato l'intervento chirurgico ed i trattamenti

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

medici all'interno del medesimo ospedale. In terzo luogo, ad eccezione delle informazioni presenti nella cartella clinica, sono stati utilizzati esclusivamente strumenti self-report, limitando la possibilità di triangolare i dati con altre fonti di informazione e potenzialmente introducendo *bias* legati all'autovalutazione.

Per quanto concerne gli sviluppi futuri del presente lavoro sarebbe, pertanto, interessante estendere la ricerca coinvolgendo pazienti provenienti da diverse cliniche situate sul territorio nazionale, in modo tale da avere un campione non selettivo e poter così aumentare la validità esterna dei risultati ottenuti dallo studio. Inoltre, sarebbe utile considerare la possibilità di condurre uno studio esplorativo sulle motivazioni che spingono le donne a partecipare a ricerche di questo tipo, sulle loro caratteristiche personologiche, nonché sui fattori relativi alla ricerca che percepiscono come particolarmente gravosi. Nel presente studio, infatti, molte partecipanti (n=115) non hanno completato il numero di item necessari per essere incluse nell'analisi. Una maggiore comprensione delle ragioni alla base di questo comportamento potrebbe contribuire a prevenire il tasso di abbandono in studi futuri.

Si riconosce, poi, la necessità di approfondire le analisi effettuate integrando nel modello lo studio di moderatori, al fine di indagare l'eventuale presenza di terzi fattori che intervengono nel legame tra le variabili indipendenti (mediche, intrapsichiche e interpersonali-diadiche) individuate e l'immagine corporea. Per ultimo, il coinvolgimento dei partner nella ricerca al fine di esplorare l'oggetto di interesse attraverso un impianto metodologico di tipo diadico permetterebbe di esplorare l'interdipendenza tra misure psicometriche considerate.

In questo modo si potrebbe meglio comprendere, ai fini della strutturazione di futuri interventi, quei fattori che in modo diretto o indiretto hanno un impatto sull'immagine corporea; considerando eventualmente, in un'ottica di incremento della qualità di vita, il coinvolgimento non solo della donna ma anche delle figure la cui presenza, in termini di benessere, influisce sugli *outcomes* della malattia: primo fra tutti il partner.

Riferimenti bibliografici

Acquati, C., & Saita, E. (2017). *Affrontare insieme la malattia: Il coping diadico fra teoria e pratica*. Roma: Carocci Editore.

Aizpurua-Perez, I., & Perez-Tejada, J. (2020). Resilience in women with breast cancer: A systematic review. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, *49*, 101854. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101854.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Antonovsky, A. (1966). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*(1), 11-18. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11.

Aron, A., Aron, E., & Smollan, D. (1992). Inclusion of the other in the Self-Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(4), 596-612. DOI: 10.1037/0022-3514.63.4.596.

Aydogan, D., Özgülük Üçok, S. B., & Randall, A. K. (2024). Being One and Staying Two as a Couple: Turkish Married Couples' Sense of We-Ness, Psychological Distress, and Common Dyadic Coping. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 23*(4), 282-304. DOI: 10.1080/15332691.2024.2406812.

Bahrami, M., Mohamadirizi, M., Mohamadirizi, S., & Hosseini, S. A. (2017). Evaluation of body image in cancer patients and its association with clinical variables. *Journal of education and health promotion*, *6*, 81. DOI: 10.4103/jehp.jehp_4_15.

Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping: A systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 47*(2), 137-141.

Bodenmann, G. (2000). *Stress und coping bei paaren* [Stress and coping in couples]. Göttingen, Germany: Hogrefe.

Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-50). Washington, DC: American Psychological Association.

Bodenmann, G., Meuwly, N., Bradbury, T. N., Gmelch, S., & Ledermann, T. (2010). Stress, anger and verbal aggression in intimate relationships: moderating effects of individual and dyadic coping. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*(3), 408-424. DOI: 10.1177/0265407510361616.

Boing, L., Pereira, G. S., Araújo, C. D. C. R., Sperandio, F. F., Loch, M. D. S. G., Bergmann, A., Borgatto, A. F., & Guimarães, A. C. A. (2019). Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Revista de saude publica*, *53*(30). DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000786.

Bonanno, G. A., & Pat-Horenczyk, R. (2011). Coping flexibility and trauma: The Perceived Ability to Cope with Trauma (PACT) Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research and Policy, 3*(2), 117-119. DOI: 10.1037/a0020921.

Brunet, J., Price, J., & Harris, C. (2022). Body image in women diagnosed with breast cancer: A grounded theory study. *Body image, 41*, 417-431. DOI: 10.1016/j.bodyim.2022.04.012.

Canguilhem, G. (2009). What is health? The ability to adapt. *The Lancet, 373*(9666), 371. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60456-6.

Caprara, G. V, Barbanelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the Five Factor Model. *Journal of personality and Individual Differences, 15*(3), 281-288. DOI: 10.1016/0191-8869(93)90218-R.

Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 334-342). Elsevier Academic Press.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.) (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). The Guilford Press.

Cheli, S., Agostini, A., Herd-Smith, A., Calignani, L., Martella, F., & Fioretto, L. (2016). The Italian version of Body Image Scale reliability and sensitivity in a sample of breast cancer patients. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 22*(1), 65-79. DOI: 10.1037/t56642-000.

Chen, M., Gong, J., Cao, Q., Luo, X., Li, J., & Li, Q. (2021). A literature review of the relationship between dyadic coping and dyadic outcomes in cancer couples. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society, 54*, 102035. DOI: 10.1016/j.ejon.2021.102035.

Cho, Y. U., Lee, B. G., & Kim, S. H. (2020). Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow-up study. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, *45*, 101726. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101726.

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Conte, L., De Nunzio, G., Lupo, R., Mieli, M., Lezzi, A., Vitale, E., Carriero, M. C., Calabrò, A., Carvello, M., Rubbi, I., & Federico, M. (2023). Breast Cancer Prevention: The Key Role of Population Screening, Breast Self-Examination (BSE) and Technological Tools. Survey of Italian Women. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, *38*(5), 1728-1742. DOI: 10.1007/s13187-023-02327-3.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The Five-Factor Model of Personality and Its Relevance to Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders, 6*(4), 343-359. DOI: 10.1521/pedi.1992.6.4.343.

Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 7*(3), 121-127. DOI: 10.1007/s005200050241.

Davis, C., Tami, P., Ramsay, D., Melanson, D., MacLean, L., Nersesian, S., et al. (2020). Body image in older breast cancer survivors: A Systematic review. *Psychooncology, 29*(5), 823-832. DOI: 10.1002/pon.5359.

Donato, S., Iafrate, R., Barni, D., Bertoni, A., Bodenmann, G. & Gagliardi, S. (2009). Measuring dyadic coping: The factorial structure of Bodenmann's "Dyadic coping questionnaire" in an Italian sample. *Testing, Psychometrics, Methodology, in applied psychology, 16*(1), 25-47. DOI: 10807/12851.

Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.), 196*(4286), 129-136. DOI: 10.1126/science.847460.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544. DOI: 10.1176/ajp.137.5.535.

Esplen, M. J., Warner, E., Boquiren, V., Wong, J., & Toner, B. (2020). Restoring body image after cancer (ReBIC): A group therapy intervention. *Psycho-Oncology, 29*(4), 671-680. DOI: 10.1002/pon.5304.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Fang, S. Y., Shu, B. C., & Chang, Y. J. (2013). The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment, 137*(1), 13-21. DOI: 10.1007/s10549-012-2349-1.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, *39*(2), 175-191. DOI: 10.3758/bf03193146.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, *41*(4), 1149-1160. DOI: 10.3758/BRM.41.4.1149.

Grassi, L., Biondi, M., & Costantini, A. (2003). *Manuale pratico di psico-oncologia*. Roma: Il pensiero scientifico editore.

Grassi, L., Buda, P., Cavana, L., Annunziata, A., Torta, R., & Varetto, A. (2005) Styles of coping with cancer: The Italian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) Scale. *Psycho-Oncology, 14*(2), 115-124. DOI: 10.1002/pon.826.

Guan Ng, C., Mohamed, S., Kaur, K., Sulaiman, A. H., Zainal, N. Z., & Taib, N. A. (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PloS ONE, 12*(3), e0172975.

Gul, A., Ustundag, H., Andsoy, I. I., & Kalkanli, S. (2015). Anxiety and pain in surgically treated breast cancer patients. *Asian pacific Journal of Cancer Prevention: APCJC, 16*(10)*,* 4261-4264. DOI: 10.7314/apjcp.2015.16.10.4261.

Holland, J. C. (2018). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-oncology, 27*(5), 1364-1376. DOI: 10.1002/pon.4692.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, A. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer, 37*(2), 189-197. DOI: 10.1016/S0959-8049(00)00353-1.

Hopwood, P., & Hopwood, N. (2019). New challenges in psycho-oncology: An embodied approach to body image. *Psycho-Oncology, 28*(2), 211-218. DOI: 10.1002/pon.4936.

Izydorczyk, B., Kwapniewska, A., Lizinczyk, S., & Sitnik-Warchulska, K. (2018). Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *International journal of environmental research and public health*, *15*(6), 1181. DOI: 10.3390/ijerph15061181.

Istituto Superiore di Sanità, ISS (2018). Guadagnare Salute. Accessibile da: https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/programma/corniceriferimento.

Jabłoński, M. J., Mirucka, B., Streb, J., Słowik, A. J., & Jach, R. (2019). Exploring the relationship between the body self and the sense of coherence in women after surgical treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 28*(1), 54-60. DOI: 10.1002/pon.4909.

Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmaco Economics, 34*(7), 645-659. DOI: 10.1007/s40273-016-0389-9.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Kling, J., Wängqvisit, M., & Frisén, A. (2018). "This body is me": Discovering the ways in which the body is salient in people's identities. *Body Image, 24*, 102-110. DOI: 10.1016/j.bodyim.2017.12.009.

Kołodziejczyk, A., & Pawłowski, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Advances in Clinical Experimental Medicine, 28*(8), 1137-1142. DOI: 10.17219/acem/103626.

Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PloS one*, *9*(11), e112733. DOI: 10.1371/journal.pone.0112733.

Langellier, K. M., & Sullivan, C. F. (1998). Breast talk in breast cancer narratives. *Qualitative Health Research, 8*(1), 76-94. DOI: 10.1177/104973239800800106.

Larsen L. (2022). "I think it is a powerful campaign and does a great job of raising awareness in young women": Findings from Breast Cancer Awareness campaigns targeting young women in Canada. *Canadian oncology nursing journal: Revue canadienne de nursing oncologique*, *32*(1), 61-67. DOI: 10.5737/236880763216167.

Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *17*(1), 14-22. DOI: 10.1007/s10880-009-9183-6.

Moss, T., Chirico, A., Mallia, L., Lucidi, F., Fucito, A., D'Aiuto, M., & Giordano, A. (2016). Psychosocial Outcomes of Quadrantectomy Versus Mastectomy in a Southern Italian Sample: Development and Needs of the Italian Derriford Appearance Scale 24. *Anticancer research*, *36*(4), 1519-1526.

National Cancer Institute, NCI (2020). *Types of cancer treatment*. Accessibile da: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment.

Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: Constructive and Illusory Aspects. *Journal of traumatic stress*, *28*(3), 214-222. DOI: 10.1002/jts.22014.

Phoosuwan, N., & Lundberg, P. C. (2022). Psychological distress and health-related quality of life among women with breast cancer: a descriptive cross-sectional study. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 30*(4), 3177-3186. DOI: 10.1007/s00520-021-06763-z.

Phoosuwan, N., & Lundberg, P. C. (2023). Life satisfaction, body image and associated factors among women with breast cancer after mastectomy. *Psycho-oncology*, *32*(4), 610-618. DOI: 10.1002/pon.6106.

Przezdziecki, A., Alcorso, J., & Sherman, K. A. (2016). My Changed Body: Background, development and acceptability of a self-compassion based writing activity for female survivors of breast cancer. *Patient education and counseling*, *99*(5), 870-874. DOI: 10.1016/j.pec.2015.12.011.

Rossi, G., & Bramanti, D. (2015). *La famiglia come intreccio di relazioni: La prospettiva sociologica.* Milano: Vita e Pensiero.

Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., & Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health psychology: official*

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

journal of the Division of Health Psychology, 34(5), 486-495. DOI: 10.1037/hea0000218.

Shi, G., Shi, T., Liu, Y., & Cai, Y. (2021). Relationships between dyadic coping, intimate relationship and post-traumatic growth in patients with breast cancer: A cross-sectional study. *Journal of advanced nursing, 77*(12), 4733-4742. DOI: 10.1111/jan.14946.

Saita, E., Acquati, C., Fenaroli, V., Zuliani, C., & Bonanno, G. A. (2017). A confirmatory factor analysis of the perceived ability to cope with trauma (PACT) scale. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 24*(2), 255-258. DOI: 10.4473/tpm24.2.5.

Saita, E., Acquati, C., Molgora, S., Vagnini, D., Piccolo, E. M., Valenti, F., Stratta, G., & Grassi, M. M. (2023). Locally advanced breast cancer (LABC) and delayed care: a qualitative analysis of psychosocial factors. *Psychology, Health & Medicine*, *28*(2), 408-418. DOI: 10.1080/13548506.2022.2073379.

Saita, E., Ferraris, G., Acquati, C., Molgora, S., Sorge, A., Valenti, F., Grassi, M. M., & Vagnini, D. (2022). Dyadic Profiles of Couples Coping with Body Image Concerns After Breast Cancer: Preliminary Results of a Cluster Analysis. *Frontiers in Psychology*, *13*, 869905. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.869905.

Scabini, E. & Iafrate, R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Bologna: il Mulino.

Schilder, P. (1950). *The image and the appearance of the human body*. New York: International Universities Press.

Siegel, D. J. (1999). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A Clinical Approach to Posttraumatic Growth. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 405-419). John Wiley & Sons, Inc. DOI: 10.1002/9780470939338.ch25.

TenHouten, W. D. (2016). The emotions of powerlessness. *Journal of Political Power*, *9*(1), 83-121. DOI: 10.1080/2158379X.2016.1149308.

Vagnini, D., Grassi, M. M., & Saita, E. (2023). Evaluating Somatic Experiencing® to Heal Cancer Trauma: First Evidence with Breast Cancer Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(14), 6412. DOI: 10.3390/ijerph20146412.

Vagnini, D., Grassi, M. M., Valenti, F., Bombardieri, E., Saita, E. (2024a). Beauty Therapy to Support Psychosocial Recovery from Oncological Care: A Qualitative Research on the Lived Experience of Women with Breast Cancer Treated with Chemotherapy. *Current Oncology, 31*(5), 2527-2541. DOI: 10.3390/curroncol31050189.

Vagnini, D., Natalucci, V., Moi, S., Vallorani, L., Pietrelli, A., Panico R. A., Ferri Marini, C., Lucertini, F., Annibalini, G., Sisti, D., Rocchi, M. B. L., Catalano, V., Saita, E., Emili, R., & Barbieri, E. (2024b). Home-based lifestyle intervention for breast cancer survivors: a surprising improvement in the quality of life during the first year of COVID-19 pandemic. *PloS One, 19*(1), e0296163. DOI: 10.1371/journal.pone.0296163.

Vagnini, D., Sorge, A., Acquati, C., Colafemmina, F. A., & Saita, E. (2024c). Implementing the framed portrait experience with Italian breast cancer survivors: a

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

pilot study assessing short term effects of an existential approach to body image, coping skills, and self-efficacy. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, *18*(6), 1998-2007. DOI: 10.1007/s11764-023-01438-6.

Vanstone, R., & Fergus, K. D. (2020). Online couple interventions in cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 14*(1), 67-73. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000476.

Vartanian, L. R. (2012). Self-discrepancy theory and body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, 2,* 711-717.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine, 18*(1), 203-209. DOI: 10.1017/S0033291700002026.

Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994) The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology, 12*(3), 33-46. DOI: 10.1300/J077V12N03_03.

World Health Organization, WHO (1986). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. Accessibile da: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference.

Zehra, S., Doyle, F., Barry, M., Walsh, S., & Kell, M. R. (2020). Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer, 27*(4), 534-566. DOI: 10.1007/s12282-020-01076-1.

Zhang, C., Hu, G., Biskup, E., Qiu, X., Zhang, H., & Zhang, H. (2018). Depression Induced by Total Mastectomy, Breast Conserving Surgery and Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. *World journal of surgery*, *42*(7), 2076-2085. DOI: 10.1007/s00268-018-4477-1.

Zhu, F., Liu, C., Zhang, W., Qiang, W., Yin, X., & Lu, Q. (2023). The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, *22*(1), 178. DOI: 10.1186/s12912-023-01342-5.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Zimmermann, T., Scott, J. L., & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, *19*(10), 1061-1068. DOI: 10.1002/pon.1660.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org