

# **L'immagine corporea in donne sopravvissute al cancro al seno: il nuovo costrutto *Injured Self* e gli interventi psicologici disponibili**

## **ABSTRACT**

Ad oggi, la ricerca in psicologia sull'immagine corporea è molto cresciuta; tuttavia, la maggior parte degli studi fatica nel riconoscere la sua natura multidimensionale in merito a donne sopravvissute al cancro al seno, che hanno affrontato e continuano a portare i segni di un vero e proprio evento traumatico. La mia tesi di dottorato si concentra sull'impatto dell'immagine corporea sulla qualità della vita in donne con esperienza precedente di cancro al seno. Tuttavia, il costrutto dell'immagine corporea non affronta in modo appropriato tutte le difficoltà legate alla corporeità in campo oncologico. Il progetto propone dunque una rinnovata definizione del Sé corporeo integrando una nuova rappresentazione di sé, chiamata *Injured Self*, sulla base dell'associazione tra la memoria autobiografica e i vissuti della malattia oncologica. Tre studi di ricerca hanno approfondito il ruolo dell'immagine corporea e dell'*Injured Self* attraverso metodi quantitativi e qualitativi. In primo luogo, uno studio di revisione e meta-analisi ha dimostrato l'efficacia di interventi integrati e condotti da psicologici. Di seguito, un secondo studio basato su esercizi fisici e incontri di supporto psicologico adattati alle specifiche problematiche dell'*Injured Self* ha dimostrato un aumento del benessere in donne dopo il tumore al seno. Infine, è stato proposto un nuovo intervento psicologico focalizzato sui contenuti della *Body Compassion* volto alla promozione di un *Injured Self* positivo. La presente tesi fornisce inoltre indicazioni future per incrementare una relazione positiva con il corpo dopo il tumore al seno, diminuendo la percezione dei vissuti traumatici.

## **INTRODUZIONE**

Al giorno d'oggi, le sfide principali del sistema sanitario riguardano la cura a lungo termine delle patologie croniche. Malattie un tempo in incurabili sono oggi clinicamente affrontabili, seppur incidano profondamente sulla Qualità di Vita dei pazienti, richiedendo un supporto bio-psico-sociale anche dopo la guarigione. Tra le malattie croniche, il cancro al seno è il tumore più comune nelle donne di tutto il mondo, con una stima di 1,7 milioni di nuovi casi di cancro diagnosticati nel 2012, rappresentando il 25% di tutti i tumori. Inoltre, si tratta della causa più frequente di morte per le donne di età inferiore ai 55 anni (Lahart et al., 2015; Bower et al., 2015). L'American Psychiatric Association ha riconosciuto l'associazione tra la diagnosi di cancro e alcune cause di forte distress e la conseguente comparsa di significative compromissioni in diverse aree (ad esempio, le capacità lavorative e le relazioni intime e sociali) a causa di stati d'animo negativi (principalmente ansia, rabbia, tristezza, sofferenza, senso di colpa e paura della morte) (Arnaboldi et al., 2014; Słowik et al., 2017; Soo et al., 2016), emozioni che possono addirittura partecipare alla promozione della progressione della malattia (Renzi et al., 2016<sup>a</sup>).

A livello fisico, i trattamenti oncologici portano a molti cambiamenti, come scolorimento della pelle, dermatiti, dolori e perdita di capelli (Gorini et al., 2016; Parker et al., 2017). Inoltre, la chemioterapia e la terapia ormonale sono associate all'aumento di peso, così come l'intervento chirurgico può rimuovere uno o entrambi i seni e lasciare visibili cicatrici (Parker et al., 2017; Trusson & Pilnick, 2017). Inoltre, sono comunemente menzionati effetti avversi come vertigini, nausea, formicolio alle dita delle mani e dei piedi e gonfiore delle articolazioni (Kim et al., 2020), con disturbi anche cinque anni dopo (Fang et al., 2016). In aggiunta, menopausa indotta, secchezza vaginale e perdita della fertilità possono minacciare la soddisfazione generale di sé, con ripercussioni sulla sessualità e sulla femminilità. Ad esempio, aver avuto un cancro al seno può impattare negativamente sull'identità sessuale e sull'intimità con il partner a causa dell'imbarazzo per il proprio corpo (Male et al., 2016; Woertman & Van den Brink, 2012). Ciò potrebbe essere associato alla paura legata all'insicurezza del proprio corpo derivante dai cambiamenti nella forma e nella sensibilità del seno, nonché al timore che il partner non accetti tali differenze (Fioretti et al., 2017). Inoltre, la relazione con il partner è spesso minacciata anche dall'impossibilità di poter rimanere incinta (Rowland et al., 2009).

Tutti questi cambiamenti fisici influenzano la percezione che le donne hanno della propria immagine corporea (Brunet et al., 2022; Słowik et al., 2017). Inoltre, le sensazioni corporee (ad esempio, malessere e dolore) possono essere un costante promemoria dell'esperienza della malattia e, in particolare, dell'angosciante possibilità di una recidiva. Allo stesso tempo, i segni corporei (ad esempio, i tatuaggi e le bruciature della radioterapia e la perdita di una parte o di entrambi i seni) sono un ricordo costante della malattia (Trusson et al., 2016; Fang et al., 2016). Di conseguenza, i "comportamenti di controllo" (ossia toccare quotidianamente le aree fisicamente sensibili, alla ricerca di noduli o anomalie) possono essere una caratteristica comportamentale tipica dopo la diagnosi (McGinty et al., 2016). Thewes e colleghi (2012) hanno dimostrato che le donne che hanno avuto un tumore al seno praticano una continua e giornaliera auto-palpazione, data l'elevata paura delle recidive. In altre parole, le sensazioni interocettive un tempo ignorati, a partire da possibili dolore al seno e al torace, sono ora fortemente salienti e dirompenti sul piano emotivo, in quanto percepiti come possibili minacce per la propria vita (Falbjork et al., 2013; Harris et al., 2017; Paterson et al., 2016). La maggioranza riferisce dunque che le alterazioni fisiche sono un ricordo incarnato e permanente della malattia (Thomas-MacLean, 2005). Tuttavia, per altre tali cambiamenti non sono del tutto un'esperienza negativa, ma una fonte di orgoglio che ricorda la loro forza nell'affrontare la malattia.

A livello psicologico, alcuni studi hanno dimostrato che i trattamenti oncologici possono portare a disturbi dell'umore e disfunzioni cognitive (Arnaboldi, et al., 2014; Park et al., 2017). Inoltre, la diagnosi di cancro al seno arriva spesso in un'età in cui le donne sono nel pieno dei progressi legati alla propria carriera o nel corso della crescita di figli ancora piccoli. Per questi motivi, le donne spesso non si sentono pronte e in grado di affrontare una malattia cronica (Hermann et al., 1996). L'anticipazione di esiti negativi, l'incertezza sul futuro e i cambiamenti nello stile di vita dopo la diagnosi possono causare un forte disagio emotivo (Ng et al., 2017). Da un punto di vista cognitivo, gli effetti collaterali dei trattamenti oncologici possono compromettere alcune funzioni, tra cui attenzione, apprendimento, memoria e funzioni esecutive (Ibrahim et

al., 2017). Molte pazienti sottoposte a trattamenti oncologici lamentano il cosiddetto "*chemobrain*" (McAllister et al., 2004), un declino cognitivo associato all'intossicazione cerebrale (Butler & Haser, 2006). I sintomi del "*chemobrain*" spesso persistono anche dopo il completamento della terapia e causano forte disagio emotivo, data la fatica nel tornare alla vita quotidiana precedente. Infine, un'altra questione rilevante riguarda il processo decisionale durante la cura del cancro. Come è noto, il percorso di cura è caratterizzato da diverse fasi (ossia prevenzione, screening, diagnosi, trattamento, sopravvivenza o fine della vita) e ognuna di esse richiede un coinvolgimento decisionale da parte del paziente (Reyna et al., 2015; Gorini et al., 2018). Di conseguenza, sono necessarie buone capacità cognitive e flessibilità per fare la scelta migliore, promuovendo cambiamenti appropriati nello stile di vita (Arnaboldi et al., 2016). Idealmente, lungo il percorso oncologico, le decisioni dovrebbero basarsi su benefici svantaggi che il paziente riesce pienamente a comprendere sulla base delle diverse opzioni di trattamento previste (Reyna et al., 2015). Le pazienti affette da cancro al seno devono essere consapevoli di ciò che sta accadendo loro e dello stato attuale della malattia, confrontando tutte le diverse opzioni di trattamento e valutando le loro emozioni in corso (Renzi et al., 2016<sup>b</sup>).

In conclusione, un evento di vita traumatico come il tumore al seno, influenza profondamente l'immagine corporea e il benessere generale, dovendo affrontare sfide importanti sia sul piano psicologico che pratico (Gudenkauf et al., 2015; Sebri et al., 2019; 2020<sup>b</sup>). La percezione di un senso di impotenza è spesso associata a una concezione di sé negativa, che spesso influisce sull'autostima e sulla percezione della femminilità (Chung et al., 2017; Wilmoth, 2001). È quindi importante esplorare i problemi dell'immagine corporea in donne sopravvissute al cancro al seno e gli interventi psicologici disponibili per promuovere il benessere.

### **Dal concetto di immagine corporea all'*Injured Self***

Come già scritto, la malattia oncologica non colpisce solo il corpo e il suo aspetto estetico (Jabłoński et al., 2019; Trusson et al., 2016). Un numero crescente di pubblicazioni dimostra che il cancro al seno compromette seriamente l'immagine corporea, definita come una "rappresentazione mentale del proprio aspetto esteriore" (Thompson et al., 1999, p. 4). Si tratta dunque di una rappresentazione complessa del proprio corpo e delle emozioni correlate all'interno di un senso complessivo del sé corporeo (Lewis-Smith et al., 2018) a diversi livelli: attitudinale (ad esempio, la soddisfazione soggettiva nei confronti del proprio corpo), affettivo (sensazioni ed emozioni), percettivo (ad esempio, essere in grado di stimare le dimensioni del corpo), cognitivo (in merito alle credenze sull'aspetto del proprio corpo) e comportamentale (ad esempio, la pratica di comportamenti compensativi come l'attività fisica e la dieta) (Cash & Smolak, 2011). In definitiva, l'immagine corporea è il risultato dell'integrazione di molteplici input, alcuni dei quali provengono dalla percezione del corpo stesso (ad esempio, gli input interocettivi), altre dall'ambiente e dalla circostante (Longo et al., 2010).

Considerando il background presentato, le donne si sentono spesso inadeguate (Falk Dahl et al., 2010; Dua et al., 2015) e tendono a scrutare costantemente il proprio aspetto fisico e i segni correlati ai trattamenti

oncologici (Triberti et al., 2017; 2019). A livello comportamentale, l'atto quotidiano di vestirsi può diventare un problema. Gli sforzi per camuffare i difetti fisici con cappelli o trucco, l'eccessiva cura del corpo e i cambiamenti nella dieta e nell'abbigliamento possono diventare comportamenti frequenti (Phillips, 2008). Allo stesso modo, le donne evitano scollature, che potrebbero rivelare una cicatrice o la parte superiore della protesi, così come situazioni sociali in cui non si sentono sicure di sé. Pertanto, le relazioni sociali sono talvolta vissute con una certa dose di vergogna e ansia a causa di un'inadeguata idea di sé (Bartky, 1990). Inoltre, la fatica nella relazione con la propria immagine corporea impatta sulle capacità di affrontare la diagnosi e i trattamenti oncologici. Alcuni studi hanno riportato che le capacità di gestire la malattia potrebbero essere compromesse a causa delle forti e costanti preoccupazioni per il proprio corpo (Speck et al., 2010).

In sintesi, la percezione del proprio corpo e le interazioni sociali si combinano in una visione integrata di "me". Da questo "io" si sviluppa un'aspettativa su come il corpo dovrebbe rispondere in determinate situazioni, aspettative spesso deluse dai cambiamenti fisici a causa del cancro (Hungry et al., 2017). L'intervento e i trattamenti oncologici rappresentano molto più di un semplice cambiamento/perdita di una parte del corpo, poiché incidono profondamente sull'autostima e sulle relazioni sociali. Pertanto, le donne dopo il cancro tendono a ricostruire la propria identità, influenzata da trame articolate intorno ai ricordi autobiografici legati alla malattia (Nieto et al., 2019). Nonostante l'importanza di questi temi sul piano psico-patologico (Sherman et al., 2018; Torres et al., 2020), nella letteratura attuale manca una teoria che definisca cosa significa "immagine corporea" per le donne che hanno avuto un tumore al seno, i possibili fattori d'influenza e le relative conseguenze. Per questo motivo, la presente tesi di dottorato propone l'integrazione di una nuova rappresentazione di sé, il cosiddetto *Injured Self* (Sebri et al., 2020b).

### *Injured Self: definizione e implicazioni cliniche*

Come riportato in precedenza, donne che hanno avuto un tumore al seno sono affette da "ferite" al sé, al di là dell'efficacia dei trattamenti oncologici. Tuttavia, attualmente non esiste una specifica rappresentazione di sé associata all'esperienza di malattia. La presente tesi di dottorato propone il costrutto dell'*Injured Self*, una rappresentazione di sé legata alla malattia che influisce attivamente sul Sé complessivo e sulle decisioni quotidiane. Donne sopravvissute al cancro al seno sono chiamate a integrare l'*Injured Self* in un Sé rinnovato al fine di promuovere un senso complessivo e coerente del Sé, soprattutto in termini di immagine corporea (Sebri et al., 2020b). Il sistema di memoria episodica, in particolare, svolge un ruolo essenziale nella definizione dell'*Injured Self* (Conway, 2005). A livello cognitivo, la percezione interocettiva durante e dopo un'esperienza oncologica può influenzare il sistema di memoria del Sé (SMS). In particolare, il SMS è coinvolto nell'interconnessione stretta e reciproca tra il Sé e i ricordi autobiografici (Conway, 2005) ed è caratterizzato da vividezza, connessione a preoccupazioni o conflitti irrisolti e un'elevata capacità di rievocazione (Singer & Salovey, 1993). In questo modo, le informazioni rilevanti per la malattia, che fanno parte del SMS, diventano più salienti e accessibili rispetto ad altre (Clemmey & Nicassio, 1997), influenzando emozioni, comportamenti e il significato degli eventi di vita (Conway, 2005; Franco et al., 2017).

La flessibilità del SMS è essenziale per consentire la regolazione delle emozioni e raggiungere gli obiettivi individuali (Josephson et al., 1996). Al contrario, l'identificazione di sé in quanto paziente/sopravvissuto al cancro predice l'emergere di processi di pensiero autobiografici disadattivi (Sansom-Daly et al., 2018). Nieto e colleghi hanno evidenziato che i ricordi intrusivi delle esperienze di cancro e il conseguente evitamento sono associati ad una memoria autobiografica disfunzionale e alla presenza di pensieri depressivi. Di conseguenza, la mancata corrispondenza tra i ricordi autobiografici e le rappresentazioni di sé può distruggere la percezione di un Sé globale, con rilevanti conseguenze in termini di ansia, depressione e angoscia (Conway et al., 2005; Woertman & Van den Brink, 2012).

E' bene che le donne sopravvissute al cancro al seno possano riconoscere e gestire l'*Injured Self* come una nuova rappresentazione di sé che influenza i loro atteggiamenti e comportamenti, da integrare nel sé complessivo in modo coerente e funzionale (Markus & Nurius, 1986; Zacks et al., 2001). Nello specifico, five aree rilevanti potrebbero essere influenzate dall'*Injured Self*:

- *adesione ai trattamenti*: l'*Injured Self* può causare sintomi depressivi e, quindi, uno scarso impegno in comportamenti funzionali (Kaplan et al., 2010), promuovendo, ad esempio, scarsa e passione adesione ai trattamenti. Ciò risulta evidente quando emerge un'astensione dal prendere attivamente le decisioni, nonostante la rilevanza del ruolo attivo del paziente nel suo processo di cura (Kondylakis et al., 2017);
- *visione del futuro*: le rappresentazioni positive di sé sono essenziali per adottare stili di coping adattativi (Zhang et al., 2010). Al contrario, l'*Injured Self* può aumentare la paura di pensare al futuro, portando a concentrarsi solo sulla rappresentazione di sé come paziente (Sansom-Daly et al., 2018). Gli obiettivi di vita risultano così seriamente limitati a causa di una generale mancanza di speranza;
- *lo stile di vita quotidiano e le relazioni*: l'*Injured Self* compromette seriamente la routine e le relazioni sociale ed intime (Jacobs et al., 2018). Le donne che hanno avuto un cancro al seno potrebbero rimanere intrappolate nell'idea di non essere autosufficienti o, al contrario, nel desiderio di dimostrare a tutti i costi di essere in grado di gestire la propria quotidianità, aumentando disagio e malessere psicologico;
- *regolazione delle emozioni*: l'*Injured Self* può portare a compromissioni dei ricordi autobiografici e delle rappresentazioni di sé (Giffard et al., 2013). Tuttavia, non tutte le donne sono consapevoli delle proprie sensazioni ed emozioni, motivo per cui è importante supportarle in un percorso di consapevolezza emotiva (Herwig et al., 2010);
- *coerenza e flessibilità del Sé complessivo*: l'*Injured Self* può causare un'interruzione nella percezione della continuità della vita. Ciò influisce sull'identità di sé, rendendo il cancro al seno un aspetto totalizzante delle rappresentazioni di sé (Cheung & Delfabbro, 2016).

Sul piano delle implicazioni cliniche, gli interventi psicologici dovrebbero promuovere la coerenza tra le rappresentazioni di sé e l'*Injured Self*. Un esempio di intervento efficace potrebbe essere, ad esempio, una psicoterapia focalizzata sulla revisione della propria vita, a partire dal recupero di ricordi positivi e dalla

rivalutazione degli eventi traumatici (Kleijn et al., 2018). Pertanto, è necessario esplorare altre caratteristiche associate alle alterazioni del sé legate alla malattia cronica, proponendo un trattamento psicologico specifico e appropriato, a partire dalle principali caratteristiche legate all'*Injured Self*.

### **L'impatto del supporto sociale sull'*Injured Self***

Approfondendo l'*Injured Self* e le sue caratteristiche, è importante considerare il ruolo del supporto sociale (Sebri et al., 2021<sup>c</sup>). Il sostegno sociale è un bisogno umano associato alla possibilità che gli altri abbiano opinioni positive o negative su di noi (Wills, 1991). In generale, è necessario distinguere tra supporto sociale percepito e ricevuto. Da un punto di vista costruzionista (Lakey et al., 1992), gli studi hanno dimostrato che il sostegno sociale è influenzato dalla percezione che il ricevente ha della valutazione di sé e della sua personalità da parte degli altri. Il sostegno sociale percepito è dunque influenzato da tre fonti: dal ricevente, da colui che lo promuove e dalle loro caratteristiche relazionali (Haber et al., 2007). Come noto grazie all'approccio *life-span* (Uchino, 2009), l'ambiente familiare ha un forte impatto sul sostegno sociale percepito. In altre parole, la rete sociale e relazionale influenza il sostegno sociale ricevuto, che è legato al contesto e, quindi, fondato sulle rappresentazioni sociali di sé nel tempo. Per questo motivo, culture familiari restrittive possono limitare le possibilità di sviluppare relazioni di supporto al di fuori del nucleo familiare (Badr et al., 2001). Non tutte le forme di sostegno sociale sono dunque funzionali (Breuer et al., 2017). In primo luogo, il supporto positivo è concepito come un'interazione che promuove affetto e relazioni funzionali (Ahn et al., 2017). Al contrario, il supporto sociale negativo è legato a forme di sostegno percepite come non utile/costrizioni sociali da parte degli altri. Questo secondo tipo ha ricevuto meno attenzione da parte degli studiosi nel corso degli anni (Breuer et al., 2017). Suurmeijer e colleghi (1995) hanno identificato quattro tipi principali di supporto sociale: socio-emotivo, inteso come relazioni basate sull'affetto; strumentale, ad esempio basato sul dare consigli e suggerimenti pratici; orientato al problema, che riguarda la risoluzione di un problema specifico; e il supporto quotidiano, incentrato sull'assistenza sia socio-emotiva che strumentale.

Le donne che hanno avuto un cancro al seno sono particolarmente sensibili alla disponibilità di supporto sociale, specialmente in momenti salienti del percorso di cura (per esempio, al momento della diagnosi). Una elevata percezione di supporto sociale è molto importante nella gestione della salute, promuovendo l'adattamento alla malattia e diminuendo l'angoscia e il rischio di una recidiva (Drageset et al., 2016; Martos-Méndez, 2015). Allo stesso modo, gli altri possono essere percepiti come risorse per ridefinire gli eventi traumatici, attenuando l'angoscia attraverso la garanzia di stima, il senso di sicurezza e protezione, minore percezione di impotenza e perdita di autostima (Zhang et al., 2017). Ciò è in linea con il modello del *buffering*, definibile come un processo di supporto che protegge gli individui dagli effetti potenzialmente negativi degli eventi stressanti (Cohen & Wills, 1985). Al contrario, forme di supporto sociale negativo sono state definite come "supporto oppressivo" (Mazzoni et al., 2017), "supporto problematico" (Revenson et al., 1991) e "supporto negativo" (Shiozaki et al., 2011). In questi casi, le interazioni sociali percepite come dannose possono promuovere strategie di coping di disimpegno, nonostante ci possa essere un intento solidale da parte

dell'altro (Nouman & Zanbar, 2020), oltre a causare bassi livelli di benessere fisico ed elevati sintomi depressivi (Yu & Sherman, 2015). La comunicazione tra paziente e caregiver è uno dei punti principali coinvolti in un'interazione di supporto. Ad esempio, una comunicazione evitante in merito al cancro e alle sue conseguenze generalmente aumenta l'insoddisfazione nella relazione, aumentando l'ansia e la depressione (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011). In conclusione, il supporto sociale disfunzionale non è solo la mancanza di supporto, bensì si riferisce a tutte le interazioni sociali che non soddisfano le esigenze delle pazienti. La natura involontaria del supporto sociale non supportivo talvolta porta a non sapere che tipo di azioni di supporto siano necessarie. È importante dunque conoscerle al fine di impedire un circolo vizioso di interazioni dannose (Shiozaki et al., 2011).

Approfondendo le caratteristiche dell'*Injured Self*, un supporto sociale positivo può aiutare le donne a integrare questo nuovo schema di sé in un unico sé globale e coerente. A tal proposito, interazioni con donne della stessa età e con alle spalle lo stesso vissuto di malattia può promuovere l'appartenenza al gruppo, utile per superare la stigmatizzazione (Pardede et al., 2021). Allo stesso tempo, il sostegno da parte del partner è importante per affrontare i disturbi sessuali causati dai cambiamenti nell'immagine corporea (Yu & Sherman, 2015). In aggiunta, essere trattati come persone, e non solo come sopravvissuti al cancro, è fondamentale per ripristinare il Sé complessivo e promuovere stili di coping adattivi (Schulman-Green et al., 2016; Sebri et al., 2020a), senza mai dimenticare le caratteristiche individuali di ogni persona (Collins & Feeney, 2004).

Considerando i quattro tipi di supporto sociale precedentemente presentati (supporto sociale-emotivo, strumentale, orientato ai problemi e quotidiano proposto da Suurmeijer e colleghi (1995), sono stati esplorati quattro tipi di supporto sociale negativo che possono ulteriormente aggravare le caratteristiche dell'*Injured Self*. In particolare:

- *la negazione della malattia*: la diagnosi può pesare molto sui familiari, che possono tendere a evitare i problemi per tenere i pazienti lontani dall'angoscia (Sauer et al., 2019). Ad esempio, i caregivers possono sopprimere pensieri e sensazioni, sottovalutando le conseguenze sul piano emotivo (Shiozaki et al., 2011). Per esempio, i pazienti che non possono gestire direttamente le loro preoccupazioni, rischiano di vivere un'esperienza di frammentazione del sé caratterizzata da bassa autostima e un'immagine di sé negativa. In conclusione, la negazione della malattia può proteggere le pazienti dal dover fronteggiare la diagnosi di cancro nel breve termine; tuttavia, può causare gravi danni ritardando o ostacolando la gestione della salute nel lungo periodo, con difficoltà nell'integrazione dell'*Injured Self* all'interno di un Sé complessivo;

- *sostituzione*: se i caregivers sono eccessivamente coinvolti nel processo di cura delle pazienti (per esempio, riguardo agli appuntamenti con i medici), le pazienti possono percepire sempre con maggiore vigore una scarsa autosufficienza e una forte vulnerabilità (Boutin-Foster, 2005). È più probabile che ciò accada dopo la diagnosi, quando spesso le pazienti vivono un "blackout emotivo" (Graffigna et al., 2016). Di conseguenza, le donne potrebbero essere più propense ad accettare i comportamenti e le

decisioni dei caregivers in modo passivo, ad esempio rifiutando i trattamenti oncologici o accettandoli solo passivamente, senza un processo decisionale condiviso;

- *scarsa comunicazione con i caregivers*: la comunicazione a volte trova difficoltà nel trattare in modo sensibile e aperto gli argomenti relativi al tumore al seno (Goldsmith & Miller, 2013). Da un lato, le pazienti tendono a proteggere se stesse e gli altri dal disagio di dover parlare di questioni legate al cancro. Ad esempio, le preoccupazioni sessuali e le paure per la progressione della malattia e la morte tendono ad essere nascoste (Yu & Sherman, 2015). L'evitamento di una comunicazione aperta potrebbe anche essere il risultato di suggerimenti indesiderati, informazioni non richieste o critiche ricevute in merito al modo in cui si sta affrontando la malattia (Boutin-Foster, 2005). Tuttavia, meno i caregivers risultano disponibili nel trattare questioni legate al cancro, minori possibilità avranno i pazienti di elaborare la loro esperienza oncologica, il che può aumentare ansia, angoscia e depressione (Munro et al., 2014). Questo potrebbe essere definito come un tipo di supporto strumentale disimpegnato, in cui le pazienti percepiscono di non essere degne di attenzione per quanto riguarda i loro desideri e bisogni;

- *visione di sé e della relazione centrata solo sulla malattia*: oggi gli studi dimostrano l'efficacia dell'intervento psicologico (ad esempio, la terapia di gruppo espressiva di supporto) nel migliorare il benessere emotivo delle donne che hanno avuto un tumore al seno (Bellver-Pérez et al., 2019). Allo stesso tempo, interagire solo in merito a questioni legate al cancro può promuovere lo stigma in quanto malate (Penner et al., 2018). Per questo motivo, gli studi suggeriscono che gli interventi psicologici devono supportare lo sviluppo di un progetto al di là della malattia, incentivando la motivazione intrinseca e speranza (Graffigna et al., 2016; Pene & Kissane, 2019). Viceversa, ignorare obiettivi e sogni futuri può incrementare un senso di isolamento e sensazioni di colpa e vergogna.

In conclusione, un supporto sociale non favorevole può contribuire alla frammentazione del sé. Ciò è particolarmente evidente nelle donne con precedente esperienza di tumore al seno, a causa delle loro "ferite" al sé (Boutin-Foster, 2005). Studi futuri potrebbero approfondire la relazione tra le caratteristiche dell'*Injured Self*, i bisogni personali, le caratteristiche di personalità e il supporto sociale. A tal proposito, potrebbero essere proposti interventi psicologici basati sul supporto sociale positivo per migliorare l'*Injured Self*. Allo stesso tempo, il miglioramento delle strategie di coping legate alle relazioni di supporto sociale potrebbe offrire benefici funzionali all'adattamento psicologico e al benessere (Donovan-Kicken & Caughlin, 2011). Ad esempio, un approccio qualitativo, come le interviste, potrebbe indagare come il supporto sociale può influenzare le capacità di coping adattivo delle donne e la comunicazione tra sopravvissuti e caregivers. Inoltre, potrebbe anche essere importante tracciare un profilo di ciascuna donna per quanto riguarda i tratti di personalità e i bisogni al fine di sviluppare risorse ad hoc ed ottimizzare le strategie di supporto sociale. Gli obiettivi disponibili potrebbero essere la promozione della consapevolezza sulle funzioni del supporto sociale e l'identificazione delle migliori strategie comunicative e relazionali (Cherif et al., 2020; Williams, 2009). Ad esempio, lo sviluppo di un intervento psicologico che promuova l'importanza del consenso del paziente a



ricevere consigli può sostenere il suo coinvolgimento attivo nei processi decisionali (Boutin-Foster, 2005). Inoltre, potrebbe essere interessante esplorare come gestire il l'*Injured Self* attraverso un supporto sociale positivo, esaminando lo stadio del cancro, il momento del trattamento, il background culturale e i tratti di personalità (Shiozaki et al., 2011). In questo modo, gli interventi potranno essere rivolti sia ai pazienti che ai caregivers al fine di promuovere condotte di supporto più efficaci e aumentare la consapevolezza delle opportunità e dei rischi legati ai diversi tipi di supporto sociale.

## GLI STUDI DI RICERCA

### **L'efficacia dell'intervento psicologico sull'immagine corporea in donne dopo il tumore al seno: uno studio di revisione sistematica e meta-analisi (Studio 1)**

La presente revisione sistematica e meta-analisi sintetizza e quantifica l'efficacia degli interventi psicologici volti a migliorare l'immagine corporea nelle pazienti con cancro al seno e nelle sopravvissute. Inoltre, poiché il funzionamento sessuale è un aspetto rilevante nelle distorsioni dell'immagine corporea, è stata esplorata l'efficacia degli interventi psicologici anche sul funzionamento sessuale correlato all'immagine corporea. La ricerca bibliografica di contributi rilevanti in letteratura è stata condotta a Marzo 2020 tramite le seguenti banche dati elettroniche: Scopus, PsycINFO e ProQUEST. Sono stati inclusi solo gli articoli disponibili in inglese e che presentavano interventi psicologici focalizzati sull'immagine corporea in pazienti con cancro al seno o sopravvissute. Sono stati selezionati sette articoli con 17 independent effect-size. Le variabili sono state raggruppate in: immagine corporea (sei studi, nove independent effect-size) e sessualità (quattro studi, otto independent effect-size).

La meta-analisi a tre livelli ha mostrato un effetto statisticamente significativo per quanto riguarda l'immagine corporea [ $g = 0,50$ ; 95% CI (0,08; 0,93);  $p < 0,05$ ] ma nessun risultato significativo per il funzionamento sessuale correlato all'immagine corporea [ $g = 0,33$ ; 95% CI (-0,20; 0,85);  $p = 0,19$ ]. I risultati suggeriscono che molteplici interventi psicologici sono efficaci per promuovere l'immagine corporea delle pazienti affette da cancro al seno e delle sopravvissute, con una dimensione media dell'effetto. È interessante notare che sono stati coinvolti interventi cognitivi, sessuali, sociali, di mindfulness, arteterapia e trattamenti basati sul web, senza che un solo approccio sia considerabile come migliore. Di conseguenza, i risultati positivi non dipendono dalle caratteristiche specifiche degli interventi psicologici, ma dal soddisfacimento dei bisogni e delle preferenze dei pazienti, come affermato da Möller et al. (2019) e in linea con la definizione di immagine corporea in quanto costruito multidimensionale. Pertanto, sono necessari interventi psicologici personalizzati (ad esempio, Aschieri et al., 2015; Durosini et al., 2017) per affrontare le problematiche legate all'immagine corporea, considerando le caratteristiche e i vissuti specifici di ogni singola donna. Inoltre, la maggior parte degli interventi psicologici è prolungato e costante nel tempo (da 5 a 14 settimane per ogni intervento). In

aggiunta, gli psicologi che conducono gli interventi devono promuovere molti aspetti dell'immagine corporea e dei cambiamenti emotivi e sociali correlati, evitando la frammentazione del sé. Infine, nonostante la forte associazione tra immagine corporea e funzionamento sessuale (Woertman & Van den Brink, 2012), il quest'ultimo non mostra miglioramenti tra i contributi esaminati. È possibile che gli interventi finora proposti non siano efficaci a causa della mancanza di un focus specifico sulla sessualità.

In conclusione, questo studio ha esplorato l'efficacia degli interventi psicologici coinvolgendo sia gli aspetti individuali che relazionali legati all'immagine corporea. Sono stati presentati esiti positivi, con il coinvolgimento di interventi psicologici sia individuali che di gruppo condotti da professionisti qualificati. Come limitazione, si rilevano i criteri rigorosi per la selezione dei dati e le differenze culturali. Inoltre, sono state escluse la letteratura grigia e le tesi di dottorato, così come non sono state utilizzate parole chiave relative a interventi psicologici specifici. Per questo motivo, la ricerca della letteratura potrebbe essere insufficiente a fornire un quadro esaustivo e completo delle evidenze, escludendo alcuni studi che non sono stati identificati come adeguatamente rispondenti ai criteri di selezione. Inoltre, in questo studio vi è il coinvolgimento di solo tre banche dati prive di fonti mediche, che avrebbero potuto essere rilevanti. Ricerche future potrebbero migliorare le misurazioni, presentare un maggior numero di caratteristiche psicologiche e modificare i criteri di inclusione nella selezione degli studi. Inoltre, si potrebbero esaminare anche studi qualitativi per esplorare le dimensioni dell'immagine corporea e implementare interventi psicologici personalizzati incentrati sulla malattia al fine di valutare le percezioni individuali. Infine, gli interventi psicologici dovrebbero valutare l'immagine corporea e i costrutti correlati in termini di apprezzamento dell'immagine corporea e del funzionamento sessuale come raccomandazioni per la pratica clinica. Potrebbe essere importante incentivare interventi personalizzati in grado di soddisfare i bisogni, dando più spazio al funzionamento sessuale. Lo scarso numero di studi disponibili incentrati sull'immagine corporea dimostra infatti che questo aspetto deve essere maggiormente esplorato nella letteratura attuale.

### **Come promuovere l'*Injured Self*: un intervento fisico e psicologico (Studio 2)**

Come precedentemente dimostrato dallo studio di revisione e meta-analisi (Sebri et al., 2021b), approcci nuovi e integrati possono promuovere efficacemente il benessere nelle donne che hanno avuto un tumore al seno (Björneklett et al., 2013). Un possibile intervento può includere sia sessioni psicologiche che attività fisiche, ad esempio. Da un lato, gli interventi psicologici (ad esempio, programmi di promozione cognitiva, sociale e sessuale) riducono efficacemente il disagio emotivo e i comportamenti disfunzionali, al fine di sostenere l'adattamento alla malattia ed evitare la frammentazione del sé (Jabłoński et al., 2019). In particolare, alcuni studi hanno evidenziato che gli interventi psicologici possono ridurre il disagio fornendo metodi di risoluzione dei problemi e di rilassamento (Blanco et al., 2014). Questo può essere utile grazie alla modifica favorevole della percezione del proprio corpo (Blanco et al., 2014). Allo stesso modo, le attività fisiche sono modalità sicure e accessibili per diminuire la percepita distorsione del sé (Yang et al., 2017) con

effetti duraturi su cognizione, emozioni e comportamenti (Morel et al., 2015). La letteratura ha dimostrato che la combinazione di fitness aerobico e di resistenza, che aumentano la forza muscolare e la capacità funzionale di svolgere attività, potrebbe migliorare la percezione della salute e un'immagine corporea appropriata (Speck et al., 2010; Woertman & Van den Brink, 2012). Allo stesso tempo, uno studio condotto da Stan e colleghi (2012) ha mostrato miglioramenti significativi della Qualità di Vita, sull'umore e sull'immagine corporea dopo 12 settimane di programmi di Pilates in gruppo. In generale, la consapevolezza del proprio corpo e delle sue sensazioni possono essere particolarmente utili per sentirsi più padrone del proprio corpo, riducendo il senso di vergogna, i dubbi su se stesse e un'immagine di sé negativa. Infine, nello sviluppo di un programma di esercizio fisico per donne che hanno avuto un tumore al seno è importante tenere in considerazione le differenze individuali relative al livello di forma fisica, allo stato di salute, ai protocolli di trattamento, agli effetti collaterali (ad esempio, fratture dovute alle terapie ormonali) e agli interventi chirurgici effettuati (Kirkham et al., 2016; Schmitz et al., 2010). In altre parole, gli interventi devono essere adatti alle capacità fisiche dell'individuo per ottenere il massimo beneficio ed evitare lesioni sul piano fisico (Kirkham et al., 2016).

Negli ultimi anni, l'emergenza COVID-19 ha aumentato i livelli di preoccupazione, ansia e depressione (Sebri et al., 2021a). Di conseguenza, sono stati implementati numerosi interventi online per affrontare i problemi psicologici e fisici dei pazienti oncologici (Weiner et al., 2020). Gli interventi online non sono stati utilizzati solo per monitorare l'allenamento a casa (Grazioli et al., 2020), ma hanno offerto l'opportunità di fornire un'assistenza psicosociale personalizzata. Inoltre, i pazienti hanno potuto completare le sessioni di formazione online a loro piacimento, con l'ulteriore vantaggio di rivedere le sessioni di allenamento, qualora registrate (Esplen & Trachtenberg, 2020). Ancora oggi, gli interventi online stanno guadagnando popolarità in quanto economicamente vantaggiosi (Esplen & Trachtenberg, 2020). Studi attuali hanno dimostrato l'efficacia degli interventi online sull'immagine corporea, migliorando la Qualità di Vita e diminuendo la percezione di fatica (Weiner et al., 2020). Più specificamente, a livello psicologico, Esplen e colleghi (2018) hanno riportato l'efficacia di un intervento di gruppo online della durata di 8 settimane con l'obiettivo di ripristinare una buona immagine corporea e reazioni emotive funzionali dopo il cancro. Questo programma ha migliorato significativamente l'immagine corporea e la Qualità di Vita delle partecipanti grazie a: tecniche di terapia di gruppo per affrontare le reazioni emotive; esercizi di immaginazione guidata; l'utilizzo di materiali psicoeducativi per stimolare le discussioni di gruppo sulle influenze socioculturali che ostacolano l'adattamento. Allo stesso tempo, Sherman e colleghi (2018) hanno recentemente condotto uno studio randomizzato basato su un intervento psicologico di scrittura online (My Changed Body) per alleviare il disagio legato all'immagine corporea in donne che avevano avuto un cancro al seno. L'intervento My Changed Body è stato breve (una sola sessione) e basato su un'attività di scrittura online auto-compassionevole. Similmente, Campo e colleghi (2017) hanno condotto uno studio pilota basato su un intervento in videoconferenza progettato per giovani adulti sopravvissuti al cancro. L'intervento di gruppo consisteva in sessioni settimanali di 90 minuti per 8 settimane, con esercizi individuali supportata da audio-registrazioni.

Infine, uno studio italiano di Grazioli e colleghi (2020) ha rivelato gli effetti positivi di 2h a settimana di allenamento a casa sotto costante supervisione, per un totale di sedici settimane. Le partecipanti hanno riportato grandi miglioramenti nella Qualità di Vita e nella una minore percezione di fatica. Inoltre, hanno partecipato a tutte le sessioni di formazione, dimostrando la sostenibilità di questo metodo alternativo in grado di migliorare il benessere. In sintesi, gli interventi online condotti in questi anni hanno migliorato la percezione dell'immagine corporea nelle donne che hanno avuto un tumore al seno, endpoint cruciale nella valutazione della Qualità di Vita.

È importante notare il contesto socio-culturale più ampio in cui è inserita la percezione della propria immagine corporea, cogliendo le principali caratteristiche dell'ambiente culturale di riferimento (Hungry et al., 2017). Per questo motivo, la letteratura evidenzia l'efficacia di interventi psicologici di gruppo per al fine di migliorare il benessere e la profonda comprensione del loro mondo psicologico interiore, grazie a forme di supporto sociale positivo. Paulo e colleghi (2019) hanno evidenziato che le attività fisiche di gruppo aumentano le percezioni positive e la soddisfazione per la propria immagine corporea, migliorando l'autostima, la motivazione e le relazioni sociali nella condivisione di esperienze, paure e sfide. Allo stesso tempo, Mehnert e colleghi (2011) hanno sottolineato l'efficacia dell'esercizio fisico condotto per 10 settimane al fine di migliorare l'immagine corporea individuale, il benessere generale e la forma fisica. Gli autori hanno indicato che l'intervento di gruppo ha portato a maggiori benefici rispetto a quello individuale grazie alla combinazione tra l'allenamento e l'elevata partecipazione. In questo modo, l'appartenenza a un gruppo aumenta l'efficacia grazie alla possibilità di dare e ricevere feedback, condividendo idee, anche a distanza (Lloyd et al., 2020). Gli interventi di gruppo promuovono infatti il proprio e altrui, la condivisione delle esperienze, l'intimità e il riconoscimento da parte degli altri. Gli autori hanno affermato che un contesto sicuro con membri che hanno vissuto esperienze di vita simili può essere utile per esplorare le esperienze di malattia e formalizzare gli obiettivi, creando un senso di responsabilità e facilitando i cambiamenti sul piano comportamentale (Michie et al., 2011; Speck et al., 2010). Più specificamente, l'appartenenza al gruppo incrementa l'acquisizione di conoscenze e competenze strategiche, incoraggiando la riflessione critica sul Sé e sui possibili cambiamenti nel modo di stare con gli altri e promuovendo la comprensione reciproca. Inoltre, anche la presenza di un moderatore esperto del gruppo può essere importante (Rabin et al., 2016). Precedenti interventi basati su forum online attraverso siti web (Rabin et al., 2016) o Facebook (Valle et al., 2013) hanno riportato un basso coinvolgimento dei partecipanti, forse dovuto alla mancanza di moderazione di uno psicologo attento a sostenere l'impegno dei partecipanti e a promuovere cambiamenti funzionali (Lloyd et al., 2020; Valle et al., 2013).

Nel presente studio, le partecipanti avevano più di 18 anni e una precedente diagnosi di tumore al seno. Si trattava di volontarie reclutate online tramite e-mail e piattaforme social (ad esempio, Facebook). I criteri di esclusione erano i seguenti: assenza di più di una sessione di intervento psicologico individuale; non voler continuare a partecipare al programma; lo sviluppo di metastasi in altre parti del corpo durante la ricerca. La dimensione del campione necessario è stata determinata utilizzando G\*Power 3 (Faul et al. 2007). È stato

stimato un totale di 17 partecipanti per rilevare una dimensione dell'effetto di Cohen  $d = 0,30$  sull'esito primario, un errore alfa di .05 e una potenza statistica di .80. L'obiettivo dello studio era quello esplorare un nuovo intervento per migliorare l'*Injured Self* in un campione preferibilmente omogeneo. Le partecipanti sono state divise in due gruppi: il gruppo di intervento che ha seguito il programma focalizzato sull'*Injured Self* ( $n = 26$ ) e il gruppo di controllo senza intervento psicologico ( $n = 25$ ). Per escludere possibili complicazioni legate allo sport, le partecipanti hanno compilato un questionario anamnestico sul loro stato di salute fisica. Inoltre, per quantificare i cambiamenti nei vari aspetti dell'*Injured Self* e dei costrutti correlati, sono stati somministrati i seguenti questionari standardizzati, prima e dopo l'intervento: Body Image Scale (BIS), la versione italiana della Objectified Body Consciousness Scale (I-OBCS), il Patient Health Questionnaire (PHQ), lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e il Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast, (FACT-B), Versione 4. Il progetto si è basato su sei settimane di intervento a domicilio condotte da me in quanto psicoterapeuta e monitorato tramite videochiamata, due volte a settimana, da Febbraio ad Aprile 2021.

Per esplorare le variabili socio-demografiche (età, tipo di lavoro e stato civile) delle partecipanti, è stata eseguita un'analisi descrittiva (frequenze e/o punteggi medi e deviazione standard). Cinquantuno donne soddisfacevano i criteri di inclusione e hanno accettato di partecipare. Il campione completo aveva un'età media di 51,55 anni (range 33-68). La maggior parte del campione ha ottenuto un diploma di scuola media secondaria (34,4%), lavorava in ufficio (17,9%), era sposata (52,9%) e aveva uno o più figli (62,7%). Inoltre, la maggior parte delle partecipanti svolgeva abitualmente attività fisiche (64,7%) e non ha mai preso parte a sedute di psicoterapia (76,5%). È stata inoltre calcolata un'analisi della varianza a misure ripetute (ANOVA) per valutare le eventuali differenze di benessere, depressione, ansia e percezione dell'immagine corporea tra i gruppi prima e dopo l'intervento. I test post hoc sono stati corretti utilizzando il metodo di Bonferroni per i confronti multipli. Le analisi dei dati sono state eseguite utilizzando il pacchetto software statistico SPSS (versione 26.0). L'ANOVA è stata condotta con due condizioni (gruppi sperimentali e di controllo) come fattori tra i soggetti e la batteria di questionari come variabile dipendente. I risultati mostrano effetti significativi della condizione sperimentali sul benessere fisico. In particolare, sono emersi risultati significativi rispetto al benessere fisico,  $F(1,55) = 5,233$ ,  $p = .027$ ,  $\eta_p^2 = .100$ , il che significa che l'intervento online ha aumentato significativamente il benessere delle donne che hanno avuto un tumore al seno ( $M = 24$ ;  $DS = 2.755$ ) rispetto al gruppo di controllo che non ha partecipato all'intervento psicologico ( $M = 23.347$ ;  $DS = 4.839$ ). Non sono emersi risultati significativi riguardanti invece le altre variabili (ansia, depressione e immagine corporea).

In conclusione, questo studio pilota ha valutato in via preliminare un intervento online che abbina il supporto psicologico e sessioni di ginnastica posturale per promuovere il benessere e l'immagine corporea nelle donne che hanno avuto un cancro al seno. I risultati hanno suggerito un effetto positivo sul benessere fisico. Tuttavia, non sono emersi risultati significativi sull'immagine corporea, sull'ansia e sui livelli di depressione. A sostegno dei risultati ottenuti, gli esercizi fisici basati sul rilassamento muscolare progressivo hanno un forte impatto sulla riduzione del dolore nelle donne operate di cancro al seno, in linea con la

letteratura (Odynets et al., 2020). Allo stesso modo, questi risultati presentano miglioramenti a livello di benessere fisico, a sostegno dei programmi utili in cui il corpo è coinvolto come aspetto centrale dell'intervento. Infine, la percezione di appartenenza al gruppo e i legami affiliativi potrebbero aver aumentato la percezione di benessere e la riduzione di sentimenti di separazione e isolamento (), grazie alla connessione sociale (Gilat & Shahar, 2009; Hsiung, 2007; Rice et al., 2016). Al contrario, altre variabili, come l'immagine corporea, l'ansia e la depressione, non sono migliorate positivamente. Seppur alcuni studi evidenzino la promozione positiva delle emozioni e dell'immagine corporea dopo interventi di esercizio fisico (Mifsud et al., 2021; Salam et al., 2022), l'emergenza sanitaria COVID-19 in corso durante lo studio potrebbe aver giocato un ruolo negativo nella promozione delle emozioni positive. In particolare, le misure di isolamento hanno allontanato i pazienti oncologici dai contesti sanitari, generando paura, ansia e preoccupazioni per l'aumento di peso e l'alimentazione disordinata (Moraliyage et al., 2021; Mullarkey et al., 2022; Zhou et al., 2021). Come limiti dello studio, la dimensione relativamente piccola e auto-selezionata del campione può aver influito fortemente sui risultati. Inoltre, studi futuri dovrebbero prendere in considerazione anche la motivazione a partecipare agli interventi psicologici, in quanto potrebbe influenzare l'adesione e i risultati (Durosini et al., 2021). Inoltre, sono necessari ulteriori studi per indagare l'efficacia di questo tipo di intervento online in una popolazione eterogenea, non solo in un campione di donne con precedente esperienza di tumore al seno. Questo potrebbe essere interessante per esplorare eventuali differenze nelle emozioni, nel benessere fisico e nell'immagine corporea tra popolazioni differenti.

### **Il corpo dopo il cancro: Uno studio qualitativo sulla rappresentazione del corpo delle sopravvissute al cancro al seno (Studio 3)**

Considerando l'efficacia degli interventi psicologici rivolte a donne che hanno avuto un cancro al seno, il terzo studio ha proposto un programma di supporto psicologico su misura per promuovere il benessere generale, le emozioni e i pensieri correlati. Questo studio esplora i cambiamenti nella descrizione del rapporto con il proprio corpo, le emozioni e i pensieri dopo un intervento psicologico di gruppo basato sull'autocompassione verso il proprio corpo. Le partecipanti hanno risposto a tre domande aperte relative al proprio corpo prima e dopo l'intervento psicologico, nello specifico: "Come descriveresti la relazione con il tuo corpo?"; "Pensando al tuo corpo, quali emozioni provi?"; "Pensando al tuo corpo, quali sono i principali pensieri?".

Tutte le partecipanti avevano almeno 18 anni e non erano sottoposte ad un trattamento oncologico. I criteri di esclusione riguardavano il deterioramento cognitivo, l'incapacità di comprendere lo studio o di firmare il consenso informato e/o i disturbi mentali. Diciotto donne con una storia di cancro al seno hanno accettato volontariamente di partecipare a questo studio (età compresa tra 38 e 69 anni; età media = 50,6; età media = 8,97). La maggior parte delle partecipanti aveva conseguito una laurea (50%), viveva nel Nord Italia (83,2%) e lavorava come impiegata (83,2%). Inoltre, più della metà di loro non era attualmente impegnata in

una terapia psicologica individuale (55,6%), aveva un partner (72,3%) e uno o più figli (55,6%). Lo studio è stato condotto a Marzo 2022. Tutte le donne hanno risposto a domande aperte all'inizio e alla fine dell'intervento psicologico.

I risultati sono stati analizzati tramite l'Analisi delle Associazioni di Parole attraverso il software T-Lab e l'Analisi Tematica Qualitativa. L'analisi lessicometrica delle risposte ha suggerito un aumento generale dell'uso di parole che comunicano attenzione, apprezzamento e cura verso il corpo. Questa tendenza è stata ulteriormente confermata dall'analisi delle risposte attraverso l'analisi tematica qualitativa.

In primo luogo, i risultati sottolineano una relazione più positiva con il corpo, in termini di accettazione, minore distanza e maggiore fiducia e collaborazione, in linea con i miglioramenti emotivi ottenuti alla fine dell'intervento. Analogamente, gli studi attuali dimostrano l'impatto positivo dell'intervento psicologico incentrato sulla cura di sé e dell'immagine corporea (Lewis-Smith et al., 2018). In particolare, Lewis-Smith e colleghi hanno dimostrato che questo tipo di intervento può promuovere l'apprezzamento e l'accettazione del corpo, riducendo le preoccupazioni relative al peso e alla forma. Inoltre, anche i miglioramenti legati all'autostima, che è fortemente associata alla valutazione della propria immagine corporea, giocano un ruolo rilevante (Fobair et al., 2006). Nonostante alcune partecipanti abbiano riferito aspetti negativi nelle loro relazioni e nelle emozioni relative al corpo anche dopo l'intervento, è stata riscontrata una riduzione della frequenza e dell'intensità delle emozioni negative. La passata esperienza oncologica potrebbe aver avuto un grave impatto su queste dimensioni (Jabłoński et al., 2019), rendendo la durata di questo intervento psicologico non sufficiente. Tuttavia, è stato possibile osservare una maggiore consapevolezza dell'importanza di avere un buon rapporto con il proprio corpo per promuovere il benessere generale, una maggiore agency e un minore senso di impotenza. Similmente, Mifsud e colleghi (2021) hanno evidenziato che un breve intervento di autocompassione sull'immagine corporea può promuovere il benessere in donne che hanno avuto un tumore al seno, favorendo la consapevolezza di sé. Infine, un risultato interessante riguarda la nuova percezione del corpo, strettamente correlata all'obiettivo dell'intervento. All'inizio del programma, le donne hanno dichiarato di non voler né toccare né guardare il loro corpo allo specchio. Al contrario, dopo le sessioni psicologiche è emerso il desiderio di avere un contatto con le parti del corpo, seppur colpite dagli interventi e dai trattamenti oncologici (ad esempio, il seno). Le partecipanti hanno anche ritenuto che le attività salutari (ad esempio, lo sport e il rilassamento) fossero utili per promuovere il benessere e migliorare le loro capacità di gestire le emozioni. In linea con quanto riportato, la letteratura suggerisce che lo sport e l'educazione fisica rappresentano un aiuto importante dopo il cancro, supportando le donne a migliorare le capacità cognitive e la Qualità di Vita (Sebri et al., 2019; Durosini et al., 2021).

In conclusione, le parole e i temi che emersi hanno evidenziato l'impatto della diagnosi di cancro e delle terapie oncologiche. Questo studio descrive dunque il rapporto con il corpo, le emozioni e i pensieri prima e dopo un intervento psicologico online e di gruppo. Evidenzia inoltre la rilevanza dei programmi psicologici volti a migliorare la qualità della relazione con se stessi e con l'altro, rispondendo al bisogno delle

partecipanti di ricostruire contatto, fiducia e collaborazione con il proprio corpo. A livello emotivo, è fondamentale ridurre l'intensità delle emozioni negative legate all'esperienza di malattia e migliorare il senso di gratitudine verso il proprio corpo. Infine, la riduzione del senso di impotenza e il potenziamento del senso di vitalità, percependo il corpo come un aiuto nelle loro attività quotidiane, possono essere l'obiettivo principale da raggiungere anche nella strutturazione di altri interventi psicologici.

Per quanto riguarda i limiti, il disegno dello studio che non includeva né un gruppo di controllo né una valutazione quantitativa dell'efficacia dell'intervento con misure validate e standardizzate. I risultati hanno fatto luce sul processo di cambiamento della percezione corporea durante l'intervento, piuttosto che dimostrare statisticamente l'efficacia dell'intervento. In secondo luogo, un'altra limitazione è rappresentata dalla selezione delle partecipanti. È possibile che le donne che hanno deciso di partecipare all'intervento avessero già un'attenzione e un interesse specifico per il proprio corpo e i suoi cambiamenti. Questo è in linea con il coinvolgimento di quasi la metà del campione in sessioni psicologiche individuali. Per questo motivo, è necessario applicare una certa cautela nel generalizzare i risultati all'intera popolazione. Nonostante questi limiti, si possono proporre alcune importanti implicazioni teoriche, metodologiche e pratiche. La partecipazione all'intervento psicologico incentrato sull'autocompassione verso il proprio corpo può aiutare le donne a migliorare la propria percezione corporea. Inoltre, questo studio adotta due approcci complementari all'analisi testuale: l'approccio lessicometrico è stato utilizzato per identificare, con uno strumento quantitativo, le parole specifiche che costituiscono la rappresentazione corporea (Lancia, 2012), mentre l'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006) ha descritto in profondità il rapporto delle sopravvissute al cancro al seno con il proprio corpo e le relative cognizioni ed emozioni. Questi due approcci all'analisi testuale sono stati raramente applicati nello stesso studio (per rare eccezioni si veda: Cortini & Tria, 2014; Mazzoni & Cicognani, 2014); tuttavia, come ha dimostrato questo studio, possono essere utilmente integrati per ottenere un quadro più dettagliato e coerente del significato dei testi. Infine, è stata evidenziata l'importanza delle sessioni psicologiche di gruppo per migliorare la fiducia nel corpo dopo il cancro. Più specificamente, è necessario implementare interventi psicologici focalizzati sui bisogni, supportando cambiamenti specifici che aiutino a ripensare il proprio corpo, promuovendo uno stato di benessere. Inoltre, studi futuri potrebbero valutare ulteriormente l'efficacia dell'intervento psicologico con misure validate e l'inclusione di un gruppo di controllo. Infine, potrebbe essere interessante esplorare i cambiamenti nella percezione corporea in pazienti con altre malattie croniche.

## **CONCLUSIONI GENERALI**

Abbiamo già visto nell'introduzione di questa tesi quanto il miglioramento dell'immagine corporea sia essenziale per promuovere la Qualità di Vita in donne che hanno avuto un tumore al seno, diminuendo la percezione traumatica legata alla malattia. È fondamentale considerare la relazione tra il cancro al seno e i problemi corporei per esplorare il modo in cui ogni donna li affronta. Attualmente, mancano concettualizzazioni teoriche specifiche delle problematiche corporee, così come degli interventi psicologici



disponibili per gestirle. In particolare, la tesi principale della presente dissertazione è che l'immagine corporea dovrebbe essere valutata non solo a livello estetico. L'immagine corporea si riferisce infatti a un'auto-rappresentazione complessiva del corpo, che evidenzia l'apprezzamento dell'aspetto estetico, così come le sensazioni interne di dolore e disagio e gli effetti del trattamento invasivo e la paura della recidiva, per cui il corpo viene a volte percepita come un "estraneo" o un "traditore". Tuttavia, non essendo un costrutto esaustivo, si è proposto una nuova rappresentazione di sé chiamata *Injured Self*.

L'obiettivo generale del presente progetto di ricerca è stato quello di esplorare il ruolo del sé nelle donne che hanno avuto un tumore al seno. Data la rilevanza dei problemi corporei nella popolazione generale, la presente ricerca si è concentrata sul corpo e sulle relative cognizioni ed emozioni. Lo studio di revisione e meta-analisi ha evidenziato l'efficacia di diversi interventi psicologici sull'immagine corporea. Sulla base di questi risultati, è stato condotto un intervento online che comprendeva esercizi di ginnastica posturale e supporto psicologico focalizzato sull'*Injured Self*. I risultati hanno dimostrato che un intervento integrato tra esercizio fisico e supporto psicologico di gruppo può promuovere il benessere. Infine, il terzo studio qualitativo ha mostrato l'importanza di affrontare il tema dell'*Injured Self* promuovendo la compassione verso il proprio corpo dopo il cancro al seno.

Considerando una panoramica più ampia, è utile arricchire le conoscenze teoriche sulle rappresentazioni corporee per affrontare tutte le sue principali caratteristiche. Dalla presente tesi di dottorato, è possibile trarre quattro conclusioni principali:

- le problematiche corporee hanno un forte impatto sul benessere delle donne che hanno avuto un tumore al seno. Per promuovere la loro Qualità di Vita, è dunque necessario esplorare le caratteristiche e i bisogni del corpo e le relative conseguenze a livello cognitivo, emotivo e comportamentale, al fine di promuovere un miglioramento;
- L'aspetto estetico non è sufficiente a spiegare le problematiche corporee. Di conseguenza, è stato proposto un nuovo costrutto, l'*Injured Self*, come rappresentazione specifica correlata alla malattia oncologica;
- al fine di promuovere la Qualità di Vita, le rappresentazioni corporee e l'*Injured Self* nello specifico richiedono una panoramica più ampia in cui integrare anche altri costrutti, come la compassione verso il proprio corpo dopo il cancro;
- è possibile proporre molti tipi di interventi per affrontare l'*Injured Self*. Il presente progetto ha dimostrato l'efficacia di programmi integrati di attività fisiche e sessioni psicologiche in gruppo, per esempio.

## BIBLIOGRAFIA

Ahn, S., Kim, S., Zhang, H. (2017). Changes in depressive symptoms among older adults with multiple chronic conditions: role of positive and negative social support. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 14:16. <http://doi.org/10.3390/ijerph14010016>

Arnaboldi, P., Lucchiari, C., Santoro, L., Sangalli, C., Luini, A., & Pravettoni, G. (2014). PTSD symptoms as a consequence of breast cancer diagnosis: clinical implications. *SpringerPlus*, 3(1), 1-7. <http://doi.org/10.1186/2193-1801-3-392>

Aschieri, F., De Saeger, H., and Durosini, I. (2015). L'évaluation thérapeutique et collaborative: preuves empiriques. *Prat. Psychol.* 21, 307–317. <http://doi.org/10.1016/j.prps.2015.09.005>

Badr, H., Acitelli, L. K., Duck, S., Carl, W.J. (2001). Weaving social support and relationships together, in *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology*, eds Sarason B., Duck S. (West Sussex: Wiley), 1–14.

Bellver-Pérez A., Peris-Juan C., Santaballa-Beltrán A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 19, 107–114. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001>

Bartky, S.L. (1990). *Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression*. Routledge, New York.

Björneklett, H. G., Rosenblad, A., Lindemalm, C., Ojutkangas, M. L., Letocha, H., Strang, P., et al. (2013). Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. *J. Psychosom. Res.* 74, 346–353. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.005>

Blanco, C., Markowitz, J. C., Hershman, D. L., Levenson, J. A., Wang, S., and Grann, V. R. (2014). A pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed women with breast cancer. *Am. J. Psychother.* 68, 489–495. <http://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.4.489>

Breuer N., Sender A., Daneck L., Mentschke L., Leuteritz K., Friedrich M., et al. . (2017). How do young adults with cancer perceive social support? a qualitative study. *J. Psychosoc. Oncol.* 35, 292–308. <http://doi.org/10.1080/07347332.2017.1289290>

Boutin-Foster C. (2005). In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health Qual. Life Outcomes* 3, 1–7. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-3-1>

Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Crespi, C. M., Winston, D., Arevalo, J., ... & Ganz, P. A. (2015). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*, 121(8), 1231-1240. [Http://doi.org 10.1002/cncr.29194](http://doi.org/10.1002/cncr.29194)

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

Butler, R. W., and Haser, J. K. (2006). Neurocognitive effects of treatment for childhood cancer. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* 12, 184–191. <http://doi.org/10.1002/mrdd.20110>

Campo, R.A., Bluth, K., Santacroce, S.J., et al. (2017). A mindful self-compassion video- conference intervention for nationally recruited posttreatment young adult cancer survivors: feasibility, acceptability, and psychosocial outcomes. *Support Care Cancer*; 25:1759 – 1768

Cash, T. F., and Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York, NY: Guilford Press

Cherif, E., Martin-Verdier, E., Rochette, C. (2020). Investigating the healthcare pathway through patients' experience and profiles: implications for breast cancer healthcare providers. *BMC Health Serv. Res.* 20:735. <http://doi.org/10.1186/s12913-020-05569-9>

Cheung, S. Y., and Delfabbro, P. (2016). Are you a cancer survivor? A review on cancer identity. *J. Cancer Surviv.* 10, 759–771. <http://doi.org/10.1007/s11764-016-0521-z>

Chung, M., AlQarni, N., Al Muhairi, S., et al. (2017). The relationship between trauma centrality, self-efficacy, posttraumatic stress and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees: is gender a moderator? *Journal of Psychiatric Research*, 94:107–115

Clemmey, P. A., and Nicassio, P. M. (1997). Illness self-schemas in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients. *J. Behav. Med.* 20, 273–290. <http://doi.org/10.1023/A:1025556811858>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Edn. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Collins, N. L., Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *J. Pers. Soc. Psychol.* 87:363. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.363>

Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *J. Mem. Lang.* 53, 594–628. <http://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>

Cortini, M., & Tria, S. (2014). Triangulating Qualitative and Quantitative Approaches for the Analysis of Textual Materials: An Introduction to T-Lab. *Social Science Computer Review*, 32(4), 561–568. <https://doi.org/10.1177/0894439313510108>

Donovan-Kicken E., Caughlin J. P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: the mediating role of coping. *J. Health Psychol.* 16, 596–606. <http://doi.org/10.1177/1359105310383605>

Drageset S., Lindstrøm T. C., Giske T., Underlid K. (2016). Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scand. J. Caring Sci.* 30, 340–348. <http://doi.org/10.1111/scs.12250>

Dua, P., Heiland, M. F., and Kracen, A. C. (2015). Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. *Psycho-Oncology* 26, 438–443. <http://doi.org/10.1002/pon.4039>

Durosini, I., Savioni, L., Triberti, S., Guidi, P., & Pravettoni, G. (2021). The motivation journey: a grounded theory study on female cancer survivors' experience of a psychological intervention for quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 950. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030950>

Durosini, I., Tarocchi, A., and Aschieri, F. (2017). Therapeutic assessment with a client with persistent complex bereavement disorder: a single-case time-series design. *Clin. Case Stud.* 16, 295–312. <http://doi.org/10.1177/1534650117693942>

Esplen, M. J., & Trachtenberg, L. (2020). Online interventions to address body image distress in cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(1), 74–79

Falbjork, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., and Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—a two-year follow-up study. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 17, 340–345. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>

- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., and Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116, 3549–3557. <http://doi.org/10.1002/cncr.25251>
- Fang, S. Y., & Lee, K. T. (2016). “From patient to survivor”: women’s experience with breast cancer after 5 years. *Cancer nursing*, 39(3), E40-E48.
- 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
- Fioretti, C., Mazzocco, K., and Pravettoni, G. (2017). Psychological support in breast cancer patients: a personalized approach in *Breast Cancer*, eds U. Veronesi, A. Goldhirsch, P. Veronesi, O. D. Gentilini, and M. C. Leonardi (Cham: Springer), 841–847. [http://doi.org/10.1007/978-3-319-48848-6\\_73](http://doi.org/10.1007/978-3-319-48848-6_73)
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D’Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(7), 579-594. <https://doi.org/10.1002/pon.991>
- Franco, K., Shuk, E., Philip, E., Blanch-Hartigan, D., Parker, P. A., Matasar, M., et al. (2017). Communication between oncologists and lymphoma survivors during follow-up consultations: a qualitative analysis. *J. Psychosoc. Oncol.* 35, 513–530. <http://doi.org/10.1080/07347332.2017.1313352>
- Giffard, B., Viard, A., Dayan, J., Morel, N., Joly, F., and Eustache, F. (2013). Autobiographical memory, self, and stress-related psychiatric disorders: which implications in cancer patients? *Neuropsychol. Rev.* 23, 157–168. <http://doi.org/10.1007/s11065-013-9233-6i>
- Gilat, I., & Shahar, G. (2009). Suicide prevention by online support groups: An action theory-based model of emotional first aid. *Archives of Suicide Research*, 13(1), 52-63. <https://doi.org/10.1080/13811110802572148>
- Goldsmith D. J., Miller G. A. (2013). Conceptualizing how couples talk about cancer. *Health Commun.* 29, 37–41. [10.1080/10410236.2012.717215](https://doi.org/10.1080/10410236.2012.717215)
- Graffigna G., Barello S., Triberti S. (2016). *Patient Engagement: A Consumer-Centered Model to Innovate Healthcare*. Berlin: DeGruyter Open
- Grazioli, E., Cerulli, C., Dimauro, I., Moretti, E., Murri, A., & Parisi, A. (2020). New Strategy of Home-Based Exercise during Pandemic COVID-19 in Breast Cancer Patients: A Case Study. *Sustainability*, 12(17), 6940. <https://doi.org/10.3390/su12176940>
- Gorini, A., Mazzocco, K., Kondylakis, H., McVie, G., and Pravettoni, G. (2016). A web-based interactive tool to improve breast cancer patient centredness. *Ecancermedicalscience* 10, 1–8. <http://doi.org/10.3332/ecancer.2016.659>
- Gorini, A., Mazzocco, K., Triberti, S., Sebri, V., Savioni, L., and Pravettoni, G. (2018). A P5 approach to m-health: design suggestions for advanced mobile health technology. *Front. Psychol.* 9:2066. doi: [10.3389/fpsyg.2018.02066](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02066)
- Gudenkauf, L. M., Antoni, M. H., Stagl, J. M., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Bouchard, L. C., ... & Carver, C. S. (2015). Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 677. <http://doi.org/10.1037/ccp0000020>.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *Am. J. Community Psychol.* 39, 133–144. <http://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>

Harris, R. E., Ichesco, E., Cummiford, C., Hampson, J. P., Chenevert, T. L., Basu, N., et al. (2017). Brain connectivity patterns dissociate action of specific acupressure treatments in fatigued breast cancer survivors. *Front. Neurol.* 8:298. <http://doi.org/10.3389/fneur.2017.00298>

Hermann, B. P., Vickrey, B., Hays, R. D., Cramer, J., Devinsky, O., Meador, K., ... & Ellison, G. W. (1996). A comparison of health-related quality of life in patients with epilepsy, diabetes and multiple sclerosis. *Epilepsy research*, 25(2), 113-118. <http://doi.org/0920121196000241>

Herwig, U., Kaffenberger, T., Jäncke, L., and Brühl, A. B. (2010). Self-related awareness and emotion regulation. *NeuroImage* 50, 734–741. <http://doi.org/10.1016/j>

Hsiung, R. C. (2007). A suicide in an online mental health support group: reactions of the group members, administrative responses, and recommendations. *CyberPsychology & Behavior*, 10(4), 495-500. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000095>

Hungr, C., Sanchez-Varela, V., & Bober, S. L. (2017). Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de Investigación Clínica*, 69(2), 114-122.

Ibrahim, J. E., Anderson, L. J., MacPhail, A., Lovell, J. J., Davis, M. C., & Winbolt, M. (2017). Chronic disease self-management support for persons with dementia, in a clinical setting. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 49. <http://doi.org/10.2147/JMDH.S121626>

Jabłoński, M. J., Mirucka, B., Streb, J., Słowik, A. J., and 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, 54–60. <http://doi.org/10.1002/pon.4909>

Jacobs, M., Johnson, J., and Mynatt, E. D. (2018). MyPath: investigating breast cancer patients' use of personalized health information. *Proc. ACM Hum. Comp. Interact.* 2, 1–21. <http://doi.org/10.1145/3274347>

Josephson, B., Singer, J. A., and Salovey, P. (1996). Mood regulation and memory: repairing sad moods with happy memories. *Cogn. Emot.* 10, 437–444. <http://doi.org/10.1080/026999396380222>

Kaplan, S. H., Billimek, J., Sorkin, D. H., Ngo-Metzger, Q., and Greenfield, S. (2010). Who can respond to treatment? Identifying patient characteristics related to heterogeneity of treatment effects. *Med. Care* 48:S9. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181d99161>

Kirkham, A. A., Bland, K. A., Sayyari, S., Campbell, K. L., & Davis, M. K. (2016). Clinically relevant physical benefits of exercise interventions in breast cancer survivors. *Current oncology reports*, 18(2), 12.

Kondylakis, H., Bucur, A., Dong, F., Renzi, C., Manfrinati, A., Graf, N., et al. (2017). “iManageCancer: developing a platform for empowering patients and strengthening self-management in cancer diseases,” in *2017 IEEE 30th International Symposium on Computer-Based Medical Systems (CBMS)* (Thessaloniki: IEEE), 755–760.

Kim, S., Han, J., Lee, M. Y., & Jang, M. K. (2020). The experience of cancer-related fatigue, exercise and exercise adherence among women breast cancer survivors: Insights from focus group interviews. *Journal of clinical nursing*, 29(5-6), 758-769.

Kleijn, G., Lissenberg-Witte, B. I., Bohlmeijer, E. T., Steunenberg, B., Knipscheer-Kuijpers, K., Willemsen, V., et al. (2018). The efficacy of life review therapy combined with memory specificity training (LRT-MST) targeting cancer patients in palliative care: a randomized controlled trial. *PLoS ONE* 13:e0197277. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0197277>

Lahart, I. M., Metsios, G. S., Nevill, A. M., & Carmichael, A. R. (2015). Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Acta oncologica*, 54(5), 635-654. <http://doi.org/10.3109/0284186X.2014.998275>

Lancia, F. (2012). The logic of the T-LAB tools explained, 2012. Available: <http://www.tlab.it/en/toolsexplained.php>

Lakey, B., Moineau, S., Drew, J. B. (1992). Perceived social support and individual differences in the interpretation and recall of supportive behaviors. *J. Soc. Clin. Psychol.* 11, 336–348. <http://doi.org/10.1521/jscp.1992.11.4.336>

Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., and Harcourt, D. (2018). A pilot study of a body image intervention for breast cancer survivors. *Body Image* 27, 21–31. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.006>

Lloyd, G., Hoffman, S., Welch, W., Blanch-Hartigan, D., Gavin, K.L., Cottrell, A., et al. (2020). Breast cancer survivors' preferences for social support features in technology-supported physical activity interventions: findings from a mixed methods evaluation. *Transl Behav Med*;10(2):423-434. <http://doi.org/doi:10.1093/tbm/iby112>

Longo, M. R., Azañón, E., & Haggard, P. (2010). More than skin deep: body representation beyond primary somatosensory cortex. *Neuropsychologia*, 48(3), 655-668. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.022>

Male, D. A., Fergus, K. D., and Cullen, K. (2016). Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr. Opin. Support. Palliat. Care* 10, 66–74. <http://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000184>

Markus, H., and Nurius, P. (1986). Possible selves. *Am. Psychol.* 41, 954–969. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>

Martos-Méndez, M.J. (2015). Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *J. Behav. Health Soc. Issues* 7, 19–29. <http://doi.org/10.5460/jbhsi.v7.2.52889>

Mazzoni, D., Cicognani, E. (2014). Problematic social support from patients' perspective: the case of systemic lupus erythematosus. *Soc. Work Health Care*, 53, 435–445. [10.1080/00981389.2014.888124](https://doi.org/10.1080/00981389.2014.888124)

Mazzoni, D., Cicognani, E., Prati, G. (2017). Health-related quality of life in systemic lupus erythematosus: a longitudinal study on the impact of problematic support and self-efficacy. *Lupus* 26, 125–131. <http://doi.org/10.1177/0961203316646459>

McAllister, T.W., Hales, T.A., Saykin, A.J., Ferguson, R.J., McDonald, B.C., Lewis, L.D., et al. (2004). Cognitive effects of cytotoxic cancer chemotherapy: predisposing risk factors and potential treatments. *Curr. Psychiatry Rep.* 6, 364–371. <http://doi.org/10.1007/s11920-004-0023-y>

McGinty, H.L., Small, B.J., Laronga, C., and Jacobsen, P.B. (2016). Predictors and patterns of fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol.* 35, 1–9. <http://doi.org/10.1037/hea0000238>

Mehnert, A., Veers, S., Howaldt, D., Braumann, K. M., Koch, U., & Schulz, K. H. (2011). Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. *Oncology Research and Treatment*, 34(5), 248-253.

Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F. F., Dombrowski, S. U., Bishop, A., & French, D. P. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychology & health*, 26(11), 1479-1498. <http://doi.org/doi:10.1080/08870446.2010.540664>

Mifsud, A., Pehlivan, M. J., Fam, P., O'Grady, M., van Steensel, A., Elder, E., ... & Sherman, K. A. (2021). Feasibility and pilot study of a brief self-compassion intervention addressing body image distress in breast cancer survivors. *Health psychology and behavioral medicine*, 9(1), 498-526 <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1929236>

Möller, U.O., Beck, I., Ryden, L., and Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment-a systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer* 19:472. <http://doi.org/10.1186/s12885-019-5648-7>

Moraliyage, H., De Silva, D., Ranasinghe, W., Adikari, A., Alahakoon, D., Prasad, R., ... & Bolton, D. (2021). Cancer in lockdown: impact of the COVID-19 pandemic on patients with cancer. *The oncologist*, 26(2), e342-e344. <https://doi.org/10.1002/onco.13604>

Morel, N., Dayan, J., Piolino, P., Viard, A., Allouache, D., Noal, S., et al. (2015). Emotional specificities of autobiographical memory after breast cancer diagnosis. *Conscious. Cogn.* 35, 42–52. <http://doi.org/10.1016/j.concog.2015.04.016>

Munro H., Scott S. E., King A., Grunfeld E. A. (2014). Patterns and predictors of disclosure of a diagnosis of cancer. *Psychooncology* 24, 508–514. <http://doi.org/10.1002/pon.3679>

Mullarkey, M., Dobias, M., Sung, J., Ahuvia, I., Shumake, J., Beevers, C., & Schleider, J. (2022). Web-Based Single Session Intervention for Perceived Control Over Anxiety During COVID-19: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 9(4), e33473.

Ng, C. G., Mohamed, S., Kaur, K., Sulaiman, A. H., Zainal, N. Z., Taib, N. A., & MyBCC Study group. (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PloS one*, 12(3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172975>

Nieto, M., Navarro-Bravo, B., Moreno, B., Ocana, A., Serrano, J. P., Gras, C.B., et al. (2019). Functioning of autobiographical memory specificity and self-defining memories in people with cancer diagnosis. *PeerJ* 7:e8126. <http://doi.org/10.7717/peerj.8126>

Nouman H., Zanbar L. (2020). Support or stressor? the community as a predictor of perceptions of infertility. *Soc. Work Health Care*, 59, 650–667. <http://doi.org/10.1080/00981389.2020.1852360>

Odynets, T., Briskin, Y., Todorova, V., Pasichna, T., & Yefremova, A. (2020). Effectiveness of yoga intervention enhanced by progressive muscular relaxation on pain in women after breast cancer surgery. <https://doi.org/10.5114/pq.2020.96231>

Pardede, S., Gausel, N., Høie, M.M. (2021). Revisiting the breakfast club: testing different theoretical models of belongingness and acceptance (and social self-representation). *Front. Psychol.* 11:3801. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.604090>

Park, J. H., Chun, M., Jung, Y. S., & Bae, S. H. (2017). Predictors of psychological distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Asian nursing research*, 11(4), 268-275. <http://doi.org/10.1016/j.anr.2017.10.003>

Parker, J. J., Rademaker, A., Donnelly, E. D., & Choi, J. N. (2017). Risk factors for the development of acute radiation dermatitis in breast cancer patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 99(2), E40-E41. <http://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2017.06.688>

Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Toftagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer nursing*, 39(1), E39. <http://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>

Paulo, T.R., Rossi, F.E., Viezel, J., Tosello, G.T., Seidinger, S.C., Simões, R.R., ... & Freitas, I.F. (2019). The impact of an exercise program on quality of life in older breast cancer survivors undergoing aromatase inhibitor therapy: a randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 17.

Pene C.T.H., Kissane D. (2019). Communication in cancer: its impact on the experience of cancer care: communicating with the angry patient and the patient in denial. *Curr. Opin. Support. Palliat. Care* 13, 46–52. <http://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000410>

Penner, L. A., Phelan, S. M., Earnshaw, V., Albrecht, T.L., Dovidio, J.F. (2018). Patient stigma, medical interactions, and health care disparities: a selective review, in *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*, eds Major B., Dovidio J. F., Link B. G. (Oxford: Oxford University Press; ), 183–201

Phillips, K. A., Didie, E. R., Feusner, J., & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1111-1118. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040500>

Rabin, C., Pinto, B., Fava, J. (2016). Randomized trial of a physical activity and meditation intervention for young adult cancer survivors. *J Adolesc Young Adult Oncol*, Mar;5(1):41-47. <http://doi.org/10.1089/jayao.2015.0033>

Renzi, C., Riva, S., Masiero, M., and Pravettoni, G. (2016<sup>a</sup>). The choice dilemma in chronic hematological conditions: why choosing is not only a medical issue? A psycho-cognitive perspective. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 99, 134–140. <http://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2015.12.010>

Renzi, C., Vadilonga, V., Gandini, S., Perinel, G., Rotmensz, N., Didier, F., ... & Pravettoni, G. (2016<sup>b</sup>). Stress exposure in significant relationships is associated with lymph node status in breast cancer. *PLoS one*, 11(2), e0149443. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0149443>

Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, D., Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Soc. Sci. Med.* 33, 807–813. [10.1016/0277-9536\(91\)90385-P](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90385-P)

Reyna, V. F., Nelson, W. L., Han, P. K., and Pignone, M. P. (2015). Decision making and cancer. *Am. Psychol.* 70, 105–118

Rice, S., Robinson, J., Bendall, S., Hetrick, S., Cox, G., Bailey, E., ... & Alvarez-Jimenez, M. (2016). Online and social media suicide prevention interventions for young people: a focus on implementation and moderation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(2), 80.

Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Crespi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R., & Ganz, P. A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast cancer research and treatment*, 118(1), 99-111. <http://doi.org/10.1007/s10549-009-0398-x>

Salam, A., Woodman, A., Chu, A., Al-Jamea, L. H., Islam, M., Sagher, M., ... & Akhtar, M. (2022). Effect of post-diagnosis exercise on depression symptoms, physical functioning and mortality in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Cancer Epidemiology*, 77, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2022.102111>

Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Robertson, E. G., McGill, B. C., Wilson, H. L., and Bryant, R. A. (2018). Adolescent and young adult cancer survivors' memory and future thinking processes place them at risk for poor mental health. *Psychooncology*. 27, 2709–2716. <http://doi.org/10.1002/pon.4856>

Sauer, C., Weis, J., Faller, H., Junne, F., Hönig, K., Bergelt, C., et al. . (2019). Impact of social support on psychosocial symptoms and quality of life in cancer patients: results of a multilevel model approach from a longitudinal multicenter study. *Acta Oncol.*, 58, 1298–1306. <http://doi.org/10.1080/0284186X.2019.1631471>



Schulman-Green, D., Linsky, S., Jeon, S., Kapo, J., Blatt, L., Chagpar, A. (2016). Integrating palliative care into self-management of breast cancer: protocol for a pilot randomized controlled trial. *Contemp. Clin. Trials* 48, 133–138. <http://doi.org/10.1016/j.cct.2016.04.009>

Schmitz KH, Courneya K, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.*, 2010;42:1409–26.

Sherman, K. A., Przezdziecki, A., Alcorso, J., Kilby, C. J., Elder, E., Boyages, J., et al. (2018). Reducing body image–related distress in women with breast cancer using a structured online writing exercise: results from the my changed body randomized controlled trial. *J. Clin. Oncol.*, 36, 1930–1940. <http://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.3318>

Sebri, V., Cincidda, C., Savioni, L., Ongaro, G., & Pravettoni, G. (2021<sup>a</sup>). Worry during the initial height of the COVID-19 crisis in an Italian sample. *The Journal of General Psychology*, 1-33. <https://doi.org/10.1080/00221309.2021.1878485>

Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021<sup>b</sup>). The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: a systematic-review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 407.

Sebri, V., Mazzoni, D., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021<sup>c</sup>). The Impact of Unsupportive Social Support on the Injured Self in Breast Cancer Patients. *Frontiers in Psychology*, 12. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722211>

Sebri, V., Savioni, L., Triberti, S., Durosini, I., Mazzocco, K., and Pravettoni, G. (2020<sup>a</sup>). Do you transfer your skills? From sports to health management in cancer patients. *Front. Psychol.* 11:546. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00546>

Sebri, V., Savioni, L., Triberti, S., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2019). How to train your health: Sports as a resource to improve cognitive abilities in cancer patients. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02096>.

Sebri, V., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2020<sup>b</sup>). Injured self: Autobiographical memory, self-concept and mental health risk in breast cancer survivors. *Frontiers in Psychology*, 11, 2962. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607514>.

Shiozaki, M., Hirai, K., Koyama, A., Inui, H., Yoshida, R., Tokoro, A. (2011). Negative support of significant others affects psychological adjustment in breast cancer patients. *Psychol. Health*, 26, 1540–1551. <http://doi.org/10.1080/08870446.2010.551211>

Singer, J. A., and Salovey, P. (1993). *The Remembered Self: Emotion and Memory in Personality*. New York, NY: Free Press.

Słowik, A. J., Jabłoński, M. J., Michałowska-Kaczmarczyk, A. M., & Jach, R. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatr Pol*, 51(5), 871-88. <http://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63787>

Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-oncology*, 24(1), 70-79. <http://doi.org/10.1002/pon.3596>

Speck, R. M., Gross, C. R., Hormes, J. M., Ahmed, R. L., Lytle, L. A., Hwang, W. T., & Schmitz, K. H. (2010). Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast cancer research and treatment*, 121(2), 421-430. <http://doi.org/10.1007/s10549-009-0550-7>

Stan, D. L., Kathleen Sundt, R. N., Cheville, A. L., Youdas, J. W., Krause, D. A., Boughey, J. C., ... & Pruthi, S. (2012). Pilates for breast cancer survivors: impact on physical parameters and quality of life after mastectomy. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(2), 131.

Suurmeijer, T. P., Doeglas, D. M., Briancon, S., Krijnen, W. P., Krol, B., Sanderman, R., et al. (1995). The measurement of social support in the 'European Research on Incapacitating Diseases and Social Support': the development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT). *Soc. Sci., Med.* 40, 1221–1229. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00253-P](http://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00253-P)

Thewes, B., Butow, P., Bell, M. L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M., ... & Dalley, D. (2012). Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2651-2659

Thomas-MacLean, R. (2005). Beyond dichotomies of health and illness: life after breast cancer. *Nurs. Inq.*, 12 (3), 200e209. Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., and Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/10312-000>

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., and Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/10312-000>

Torres, S., Sales, C., Guerra, M. P., Simões, M. P., Pinto, M., and Vieira, F. M. (2020). Emotion-focused cognitive behavioral therapy in comorbid obesity with binge eating disorder: a Pilot study of feasibility and long-term outcomes. *Front. Psychol.* 11:343. [d http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343](http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343)

Triberti, S., Durosini, I., Aschieri, F., Villani, D., & Riva, G. (2017). Changing avatars, changing selves? The influence of social and contextual expectations on digital rendition of identity. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(8), 501-507. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0424>

Triberti, S., Savioni, L., Sebri, V., and Pravettoni, G. (2019). eHealth for improving quality of life in breast cancer patients: a systematic review. *Cancer Treat. Rev.* 74, 1–14. <http://doi.org/10.1016/j.ctrv.2019.01.003>

Trusson, D., Pilnick, A., and Roy, S. (2016). A new normal?: women's experiences of biographical disruption and liminality following treatment for early stage breast cancer. *Soc. Sci. Med.* 151, 121–129. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.011>

Trusson, D., & Pilnick, A. (2017). The role of hair loss in cancer identity: perceptions of chemotherapy-induced alopecia among women treated for early-stage breast cancer or ductal carcinoma in situ. *Cancer nursing*, 40(2), E9-E16. <http://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000373>

Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: a life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspect. Psychol. Sci.* 4, 236–255. <http://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>

Valle, C.G., Tate, D.F., Mayer, D.K., Allicock, M., Cai, J. (2013). A randomized trial of a Facebook-based physical activity intervention for young adult cancer survivors. *J Cancer Surviv*, 7(3):355-368. <http://doi.org/10.1007/s11764-013-0279-5>

Weiner, L. S., Nagel, S., Su, H. I., Hurst, S., & Hartman, S. J. (2020). A Remotely Delivered, Peer-Led Physical Activity Intervention for Younger Breast Cancer Survivors (Pink Body Spirit): Protocol for a feasibility Study and Mixed Methods Process Evaluation. *JMIR research protocols*, 9(7), e18420.

Williams, K. D. (2009). Ostracism: a temporal need-threat model, in *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 41, ed Zanna M. (New York, NY: Academic Press; ), 279–314

Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships, in *Review of Personality and Social Psychology, Vol. 12. Prosocial Behavior*, ed Clark Thousand Oaks M. S. CA: Sage Publications, Inc.), 265–289

Wilmoth, M.C. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing*; 24:278–286.

Woertman, L., and Van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J. Sex Res.* 49, 184–211. <http://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>

Yang, Y., Wen, Y., Bedi, C., and Humphris, G. (2017). The relationship between cancer patient's fear of recurrence and chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 98, 55–63. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.002>

Yu, Y., Sherman K. A. (2015). Communication avoidance, coping and psychological distress of women with breast cancer. *J. Behav. Med.* 38, 565–577. <http://doi.org/10.1007/s10865-015-9636-3>

Zacks, J. M., Tversky, B., and Iyer, G. (2001). Perceiving, remembering, and communicating structure in events. *J. Exp. Psychol.* 130:29. <http://doi.org/10.1037/0096-3445.130.1.29>

Zhou, Y., & Wade, T. D. (2021). The impact of COVID-19 on body-dissatisfied female university students. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1283-1288. <https://doi.org/10.1002/eat.23521>