



**Università degli Studi di Torino**  
**DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA**

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica: Salute e Interventi nella Comunità

Tesi di Laurea Magistrale

**Essere madre dopo il tumore al seno:  
come cambia la sensibilità materna**

**Candidato/a**

Marialuisa Passarelli

**Relatore**

Prof. Riccardo Torta

**Matricola** 807945

**A. A. 2016/2017**

# INCIDE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 1. IL CARCINOMA MAMMARIO.....</b>	<b>5</b>
1.1 EPIDEMIOLOGIA.....	6
1.2 CAUSE E FATTORI DI RISCHIO.....	10
1.3 SINTOMATOLOGIA.....	12
1.4 GIC.....	13
1.4.1 Diagnosi.....	14
1.4.2 Trattamento.....	17
<b>CAPITOLO 2. IL SENSO DI MATERNITÀ.....</b>	<b>22</b>
2.1 IL PRIMO INCONTRO: LA GRAVIDANZA.....	22
2.2 IL SECONDO INCONTRO: LA GENITORIALITÀ.....	28
2.3 ASPETTI PSICOLOGICI E SOCIALI.....	44
2.4 FATTORI DI RISCHIO E PSICOSOCIALI.....	61
2.4.1 Carcinoma mammario e maternità: un possibile fattore di rischio?.....	65
<b>CAPITOLO 3. LA RICERCA .....</b>	<b>72</b>
3.1 OBIETTIVO.....	72
3.2 METODO.....	72
3.2.1 Procedura .....	72
3.2.2 Strumenti.....	73
3.2.3 Analisi dei dati .....	76
3.3 RISULTATI .....	76
3.4 DISCUSSIONE.....	92
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>102</b>
<b>APPENDICE .....</b>	<b>121</b>

## INTRODUZIONE

Per la donna il seno rappresenta tre grandi temi della vita: femminilità, sessualità e maternità. La scoperta della femminilità avviene in adolescenza, dove il seno inizia a svilupparsi intorno ai 12-13 anni, scoprendo così un'immagine di sé come donna. Nello stesso tempo, rappresenta un elemento centrale dell' "identità sessuale" alla cui strutturazione concorrono fattori biologici, psicosessuali e soprattutto relazionali. In quest'ultimo aspetto, la donna si prepara a una serie di modificazioni corporee, con l'evento della gravidanza per poter accogliere affettivamente l'altro, ovvero il neonato. Simeti (2006), definisce la maternità come "Premessa e incubazione della vita: la generazione si compie con l'unione di due differenti per la formazione di uno [...]". Durante la gravidanza il seno si prepara ad assolvere la sua funzione primaria di allattamento, fonte naturale di nutrimento e sicurezza per il neonato e per molte donne rappresenta il completamento della propria femminilità, ovvero quello della maternità.

Alle volte, modificazioni al seno possono alterare la percezione che la donna ha di sé, della propria immagine corporea e della propria autostima con inevitabili ricadute sul piano relazionale e sessuale. Una possibile alterazione è rappresentata dalla presenza del tumore al seno, rendendolo la neoplasia più diagnosticata nelle donne. Nel 2016 in Italia, sono stati circa 50.000 i nuovi casi di carcinoma mammario ([www.Airtum](http://www.Airtum)), ma nello stesso tempo, cala in maniera significativa, la mortalità (-2,8% nella fascia d'età 35-44) e nel corso del tempo sono migliorati i trattamenti adiuvanti. Durante le cure, la letteratura (Collicelli, 2012) dimostra come le pazienti, ad una fase caratterizzata da sensazioni fisiche ed emotive da cui origina la percezione di essere "svuotate" e di essere incapaci di controllare il proprio corpo ed i segnali che esso invia, segua una fase di "ricostruzione" non soltanto come aspetto a livello fisico e visivo della parte lesionata e/od asportata, ma come recupero dell'immagine di femminilità e dell'integrità di una parte anatomica fondamentale nella vita di una donna.

La tesi è volta a indagare la relazione esistente tra il carcinoma mammario e una delle principali identità della donna, ovvero quella della maternità.

Nel primo capitolo si descrive il carcinoma mammario, dove a una descrizione dell'epidemiologia, fattori di rischio, diagnosi e trattamento, segue una descrizione specifica riferita sia a donne con tumore al seno durante la gravidanza; sia a donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario che hanno poi portato a termine la gravidanza.

Nel secondo capitolo vengono approfonditi i temi della maternità, della gravidanza e della genitorialità con i loro fattori di protezione e di rischio. In particolare si approfondisce la teoria dell'attaccamento che si rivela essere di importanza fondamentale per la comprensione e l'incidenza della rappresentazione materna sullo sviluppo psico-fisico del bambino, attraverso la trasmissione intergenerazionale dei modelli operativi interni (MOI) elaborati da Bowlby (1988). Tale aspetto viene descritto sia attraverso il punto di vista oncologico, come ad esempio la possibilità di allattamento al seno, che psiconcologico, come il tipo di attaccamento instaurato durante una situazione di neoplasia mammaria. E' proprio quest'ultimo aspetto che va a chiudere il secondo capitolo con una riflessione: se, come sostiene l'approccio sistemico-relazionale, la donna in presenza di una psicopatologia, instaura un attaccamento di tipo insicuro verso il proprio bambino, può succedere anche nel caso di una donna con una storia di malattia come quella oncologica? La letteratura è scarsa, ma la maggior parte delle ricerche (Watson et al., 1991) ritengono che questo non vada ad influire sulle strategie di attaccamento e accudimento cui il bambino ha bisogno, anzi al contrario, la nascita di un figlio in donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario rappresenta un elemento propulsivo. Lo sviluppo della nuova vita potrebbe significare la rottura con vecchi schemi di impotenza e di vuoto, e potrebbe consentire alla madre di sviluppare alcune parti di sé che fino ad allora aveva trascurato.

Sulla base di ciò, il terzo capitolo della tesi indaga attraverso una ricerca, se la storia pregressa di carcinoma mammario possa cambiare la sensibilità materna (Ainsworth, 1979) che consiste nella capacità della madre di percepire i segnali del bambino, di comprenderli e di rispondervi in modo adeguato.

## CAPITOLO 1. IL CARCINOMA MAMMARIO

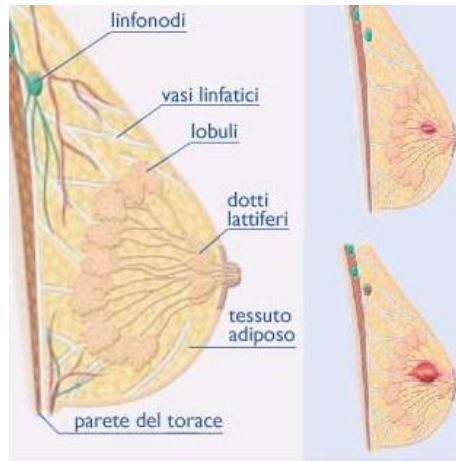
Il tumore al seno (o carcinoma mammario) è una formazione di tessuto costituito da cellule che crescono in modo incontrollato e anomalo all'interno della ghiandola mammaria. Come tutti i tumori, anche quelli della mammella possono essere classificati in:

- **Fibroadenomi**, ovvero non invasivo, quando le cellule crescono solo all'interno dell'organo (dotti, capezzoli, ecc.). Per la loro localizzazione in *situ* (ma potrebbe rappresentare la prima fase del processo invasivo), non costituisce un pericolo e si asportano chirurgicamente.
- **Carcinomi**, ovvero invasivi, quando le cellule riescono a diffondersi oltre la ghiandola mammaria. Se non si effettua il trattamento opportuno, possono invadere i tessuti circostanti e altri organi (con la formazione di metastasi).

La mammella (**Figura 1.1**) è formata da tre tipi di tessuto: adiposo (grasso), connettivo di sostegno e ghiandolare. Quest'ultimo è costituito da due tipi di cellule:

1) **cellule lobulari**, che producono latte.

2) **cellule duttali**, dette così perché formano i dotti (o condotti) che portano il latte al capezzolo. Il carcinoma duttale invasivo (o infiltrante) è il tipo istologico più comune e rappresenta il 70-80% dei casi di tumori alla mammella.



**Fig. 1.1** La medicina distingue due tipi di carcinoma al seno: quello lobulare e quello duttale.

Una parte del tessuto mammario si estende verso il cavo ascellare. La mammella si modifica durante il corso della vita e nelle diverse fasi del ciclo mestruale. Nell'età fertile prevale la componente ghiandolare, mentre dopo la menopausa gradualmente prevale quello adiposo.

Sotto la cute, un pezzettino di tessuto mammario si estende fino al cavo ascellare, che contiene un gruppo di linfonodi. Altri gruppi di linfonodi sono quelli ascellari e quelli della catena mammaria interna. Il tumore impiega molto tempo per manifestarsi: in 6 anni, una cellula di natura maligna si moltiplica fino a creare un nodulo di 1.4 cm con circa 109 cellule. Raggiunta questa fase, in meno di 7 mesi, il numero di cellule triplica e il nodulo diventa di circa 2.

## 1.1 EPIDEMIOLOGIA

L'Unione Europea, all'inizio degli anni Novanta, istituì un programma denominato "Europa contro il Cancro", costituito da un gruppo di Progetti Pilota con l'obiettivo di realizzare dei programmi di screening, non solo rivolto alla popolazione ma anche uno strumento per poter accomunare le diverse posizioni dei professionisti del settore (oncologi, radiologi, ecc...).

Il primo Paese Europeo che sperimentò questi programmi, fu l'Inghilterra, dove larga attenzione venne data alla comunicazione e alla necessità di rafforzare il rapporto tra il servizio e le donne, attraverso un'adeguata informazione sugli aspetti positivi e i

possibili effetti negativi dei programmi di screening. Da qui, nel Nord Europa, si effettuò questo coinvolgimento di tutta la popolazione nazionale, mentre nell'Europa meridionale, come l'Italia, il coinvolgimento in programmi Organizzati, avvennero per funzione "centrifuga", ovvero partendo dagli Enti locali verso l'intera nazione, ovvero è il sanitario regionale che ancora oggi offre, attraverso un programma di sanità pubblica, un servizio di diagnosi precoce di popolazione con livelli controllati di qualità.

Uno dei principali compiti di screening è il resoconto attraverso I Registri Tumori (RT) di popolazione, che sono strutture deputate alla misurazione e all'analisi epidemiologica della patologia oncologica in una specifica popolazione.

In Italia, i RT italiani si sono consociati nell' Associazione Italiana Registri Tumori - AIRTUM<sup>1</sup> - che ne coordina le attività e che ha costituito una Banca Dati comune, informatizzata, che rappresenta la fonte informativa per attività collaborative descrittive e di ricerca sull' epidemiologia oncologica nel nostro Paese.

Nel 2016 sono stati diagnosticati in Italia circa 50.000 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile. Il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (30%) è un tumore mammario (**Tabella 1.1**).

**Tabella 1.1 Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Pool airtum 2008-2012**

**\*Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti**

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (19%)	Mammella (30%)	Mammella (14%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)	Colon retto (13%)
3°	Colon-retto (13%)	Polmone (6%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (5%)	Prostata (10%)
5°	Stomaco (4%)	Utero corpo (5%)	Vescica (7%)

Considerando le frequenze nelle varie fasce d'età (**Tabella 1.2**), i tumori della mammella è più frequentemente diagnosticato tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (41%), sia nella classe d'età 50-69 anni (35%), sia in quella più anziana ≥70 anni (21%).

---

1 [www.Airtum.it](http://www.Airtum.it)

**Tabella 1.2 Primi cinque tumori in termini di frequenza e proporzione sul totale dei tumori incidenti (esclusi i carcinomi della cute) per sesso e fascia di età. Pool airtum 2008-2012**

\*Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti

\*Comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Testicolo (12%)	Prostata (22%)	Prostata (20%)	Mammella (41%)	Mammella (35%)	Mammella (21%)
2°	Cute (melanomi) (9%)	Polmone (15%)	Polmone (17%)	Tiroide (15%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (17%)
3°	Linfoma non- Hodgkin (8%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (14%)	Cute (melanomi) (7%)	Utero corpo (7%)	Polmone (7%)
4°	Colon-retto (8%)	Vescica* (10%)	Vescica* (12%)	Colon-retto (4%)	Polmone (7%)	Stomaco (5%)
5°	Tiroide (8%)	Vie aero-digestive superiori** (5%)	Stomaco (5%)	Utero cervice (4%)	Tiroide (5%)	Pancreas (5%)

Il trend di incidenza del tumore della mammella in Italia appare stabile mentre continua a calare, in maniera significativa, la mortalità (-1,3% per anno). Stesso trend di incidenza, lo riscontriamo nelle fasce di età più giovani, ovvero nelle under 35 e nella fascia di età 35-44, dove in particolar modo la mortalità cala in maniera significativa (-2,8% per anno). L'ampliamento della popolazione target dello screening mammografico in alcune Regioni (tra cui Emilia Romagna e Piemonte) rende ragione dell'aumento significativo dell'incidenza nella classe di età 45-49, dove peraltro la mortalità si mantiene stabile. Interessante invece il calo dell'incidenza e della mortalità della fascia di età oggetto di screening sul territorio nazionale (50-69 anni): l'incidenza cala dello 0,6% per anno e la mortalità dell'1,9%. Stabili sono le curve di incidenza e mortalità nelle ultrasettantenni.

In Italia tale iniziale riduzione di incidenza, viene principalmente riferita ai primi programmi di screening mammografico (Crocetti et al., 2010), degli anni Novanta. Considerando i dati più recenti, le differenze tra macro-aree osservate nel periodo 2008-2012 (**Tabella 1.3 e Tabella 1.4.**), che confermano una maggiore incidenza al Nord (126,9 casi/100.000 donne) rispetto al Centro (111,2 casi/100.000 donne) e al Sud-Isole (98,9 casi/100.000 donne), esprimono dei panorami diversi a seconda della varietà dello screening mammografico e alle disomogeneità nella presenza dei fattori di rischio precedentemente indicati.



**Tabella 1.3 AIRTUM 2008-2012. Tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea per area geografica e sesso (x 100.000)**

Incidenza	Maschi			Femmine		
	Nord	Centro	Sud e isole	Nord	Centro	Sud e isole
Vie aero-digestive superiori*	21,1	15,8	18,3	5,1	4,0	3,5
Esofago	4,9	2,5	2,4	1,2	0,8	0,6
Stomaco	21,8	23,7	15,7	11,0	12,5	8,2
Colon-retto	62,7	68,8	53,6	40,9	41,3	36,0
Colon	43,6	45,1	35,1	29,3	27,8	24,9
Retto	19,1	23,6	18,5	11,7	13,5	11,1
Fegato	21,6	14,4	20,6	6,4	4,8	7,6
Colecisti e vie biliari	4,4	3,9	5,2	4,0	4,0	4,9
Pancreas	14,7	12,1	11,4	10,9	9,0	8,1
Polmone	68,9	64,5	65,8	23,1	21,1	14,4
Osso	1,3	1,4	1,3	0,9	0,9	0,8
Cute (melanomi)	16,1	15,2	8,3	14,6	14,2	7,9
Mesotelioma	3,2	2,0	2,2	1,0	0,3	0,5
Sarcoma di Kaposi	1,5	0,7	1,8	0,3	0,1	0,5
Tessuti molli	3,1	2,8	2,6	2,2	1,4	1,8
Mammella	1,2	1,0	1,0	126,9	111,2	98,9

**Tabella 1.4. AIRTUM 2008-2012. Tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea per area geografica e sesso (x 100.000). Differenze percentuali rispetto al Nord**

Incidenza	Maschi		Femmine	
	Centro	Sud e isole	Centro	Sud e isole
Vie aero-digestive superiori*	-25%	-13%	-22%	-31%
Esofago	-49%	-51%	-33%	-50%
Stomaco	8,7%	-28%	14%	-25%
Colon-retto	10%	-15%	1%	-12%
Colon	3%	-19%	-5%	-15%
Retto	24%	-3%	15%	-5%
Fegato	-33%	-5%	-25%	19%
Colecisti e vie biliari	-11%	18%	0%	23%
Pancreas	-18%	-22%	-17%	-26%
Polmone	-6%	-4%	-9%	-38%
Osso	8%	0%	0%	-11%
Cute (melanomi)	-6%	-48%	-3%	-46%
Mesotelioma	-38%	-31%	-70%	-50%
Sarcoma di Kaposi	-53%	20%	-67%	67%
Tessuti molli	-10%	-16%	-36%	-18%
Mammella	-17%	-17%	-12%	-22%

Per quanto riguarda i dati riportati dalla letteratura scientifica sulla neoplasia mammaria durante la gravidanza, si evidenzia un incremento significativo: negli ultimi trent'anni il numero di donne a cui è stato evidenziato un tumore mammario in gravidanza è raddoppiato. Per dare una stima che definisca le dimensioni del fenomeno in Italia, se sono circa 500.000 le donne che partoriscono ogni anno, 150-200 sono i casi attesi di tumori diagnosticati in gravidanza (Peccatori, 2015).

Per quanto riguarda i dati riportati dalla letteratura scientifica sulla gravidanza dopo la neoplasia mammaria (Lambertini, 2017), sostengono che su 50000 nuove diagnosi all'anno in Italia, circa 3000 sono le pazienti che sotto i 40 anni portano a termine una gravidanza, in particolare a 5 anni di follow-up.

## 1.2 CAUSE E FATTORI DI RISCHIO

Nello specifico della singola neoplasia della mammella, i dati aggiornati al 2016 riportano che il rischio di ammalarsi aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,4% fino a 49 anni (1 donna su 42), del 5,5% tra 50 e 69 anni (1 donna su 18) e del 4,7% tra 70 e 84 (1 donna su 21).

La correlazione con l'età potrebbe essere legata al continuo e progressivo stimolo proliferativo endocrino dell'epitelio mammario nel corso degli anni connesso al danneggiamento del DNA con alterazione dell'equilibrio di espressione tra oncogeni e geni soppressori.

La curva di incidenza cresce sino agli anni della menopausa (intorno a 50-55 anni) e poi rallenta con un plateau dopo la menopausa, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni: tale andamento è legato sia alla storia endocrinologica della donna sia alla presenza e alla copertura dei programmi di screening mammografico.

Sono stati identificati altri fattori di rischio.

- *Fattori riproduttivi*: una lunga durata del periodo fertile, con un menarca precoce e una menopausa tardiva e quindi una più lunga esposizione dell'epitelio ghiandolare agli stimoli proliferativi degli estrogeni ovarici; la nulliparità, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno.
- *Fattori ormonali*: incremento del rischio nelle donne che assumono terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa; aumentato rischio nelle donne che assumono contraccettivi orali.
- *Fattori legati allo stile di vita*: largo uso di alcolici per molto tempo; status sociale medio-alto; stile urbano difatti, studi hanno dimostrato che donne che migrano verso Paesi sviluppati hanno maggiori probabilità di avere un tumore

al seno, rispetto alle compaesane che rimangono nel loro Paese d'origine (Lilienfeld et al. 1972), quindi importante è anche il fattore ambientale.

- *Fattori dietetici e metabolici*: l'elevato consumo di alcool e di grassi animali e il basso consumo di fibre vegetali. Stanno inoltre assumendo importanza la dieta e quei comportamenti che conducono all'insorgenza di obesità in postmenopausa e sindrome metabolica; correlazione con i problemi cardiaci.
- *Familiarità ed ereditarietà*: anche se la maggior parte dei carcinomi mammari sono forme sporadiche, il 5-7% risulta essere legato a fattori ereditari, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA-1<sup>2</sup> e/o BRCA-2<sup>3</sup>. Nelle donne portatrici di mutazioni del gene BRCA-1 il rischio di ammalarsi nel corso della vita di carcinoma mammario è pari al 65% e nelle donne con mutazioni del gene BRCA-2 pari al 40% (Melchor et al., 2013).

Nello specifico si può presentare nei seguenti casi:

- a. Familiare di primo grado donna con diagnosi di Carcinoma Mammario a un'età < 40 anni.
- b. Familiare di primo grado uomo con diagnosi di Carcinoma Mammario a qualunque età.
- c. Familiare di primo grado con diagnosi di Carcinoma Mammario bilaterale e neoplasia primaria diagnosticata a un'età < 50 anni.
- d. Due familiari di primo grado, o un familiare di primo grado e uno di secondo grado con diagnosi di Carcinoma Mammario a qualunque età.
- e. Un familiare di primo o secondo grado con diagnosi di Carcinoma Mammario a qualunque età e un familiare di primo o secondo grado con diagnosi di carcinoma ovarico a qualunque età (almeno uno dei due deve essere di primo grado).
- f. Tre familiari di primo o secondo grado dallo stesso ramo familiare con diagnosi di Carcinoma Mammario a qualunque età.

Infine, un fattore di rischio cui si è a lungo discusso e mette in contrapposizione le

---

<sup>2</sup> gene oncosoppressore che codifica per una proteina, denominata **proteina di suscettibilità al cancro della mammella tipo**, che interviene nel controllo del ciclo cellulare

<sup>3</sup> proteina che appartiene alla famiglia dei geni oncosoppressori e il suo prodotto genico è coinvolto nella riparazione dei tratti cromosomici danneggiati, con un ruolo importante nella riparazione degli errori e delle rotture nel doppio filamento di DNA.

diverse opinioni, è quello della *gravidanza*. Ricordiamo che la gravidanza, è il periodo in cui si modifica profondamente l'assetto ormonale femminile: estrogeni, progesterone e altri ormoni prodotti da ovaio e placenta aumentano in modo importante e poiché il tumore della mammella nel 60% dei casi è ormone-reponsivo, si è pensato che ci potesse essere una relazione anche peggiorativa. Su tale aspetto sono state fatte diverse ricerche che hanno dato risultati confortanti (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2004). Le analisi anatomopatologiche non hanno evidenziato alcuna differenza in termini di caratteristiche biologiche e aggressività tra le pazienti gravide e non (Lambertini, 2017). Nell'indagine condotta da Lambertini la mancanza di rischi è valida non solo nel caso di diagnosi con recettori negativi per gli estrogeni, ER/PR negativi, ma anche per quelle con un tumore positivo per gli estrogeni, un tumore dove gli ormoni sessuali femminili stimolano la crescita delle cellule cancerogene.

Per quanto riguarda le cause dell'incremento dei casi di tumori mammari diagnosticati in gravidanza, non si è sicuri di dare una spiegazione certa a questo fenomeno, ma indubbiamente giocano un ruolo importante due fattori: le donne tendono ad avere figli in età più tardiva rispetto al passato; i tumori in età fertile e in particolare proprio quelli che colpiscono la mammella.

Altri fattori sono l'utilizzo del farmaco LHRH, utilizzato per far addormentare le ovaie, questo poi viene interrotto quando viene interrotta la chemioterapia. Come effetti collaterali vi è l'amenorrea.

Letrozole, cui la stimolazione produce la stessa quantità di ovociti e riduce il 50% i picchi di estrogeno (E2).

### **1.3 SINTOMATOLOGIA**

Negli stadi iniziali del tumore al seno, non dà luogo a sintomi specifici né provoca dolore. Uno studio (Veronesi, 1995) effettuato su quasi mille donne con dolore al seno ha dimostrato che solo lo 0,4% di esse aveva una lesione maligna, mentre nel 12,3% erano presenti lesioni benigne (come le cisti) e nel resto dei casi non vi era alcuna lesione. Il dolore era provocato solo dalle naturali variazioni degli ormoni durante il ciclo.

Da cercare, invece, sono gli eventuali **noduli** palpabili o addirittura visibili, anche se in genere questi sono segni di una forma tumorale già avanzata e non di una forma identificata in fase precoce, quando è più facile da curare. La metà dei casi di tumore del seno si presenta nel quadrante superiore esterno della mammella. Sempre nella sezione della mammella è possibile riconoscere cambiamenti quali: variazioni di dimensioni o forma, presenza di rilievi o infossamenti sulla superficie (pelle a buccia d'arancia), presenza di protuberanza o ispessimento.

Importante segnalare al medico anche alterazioni del **capezzolo** (in fuori o in dentro), perdite da un capezzolo solo (se la perdita è bilaterale il più delle volte la causa è ormonale), cambiamenti della pelle (aspetto a buccia d'arancia localizzato) o della forma del seno, secrezione ematica (in rari casi).

Infine nella sezione del **braccio** si può rilevare la presenza di gonfiore a livello dell'ascella.

La maggior parte dei tumori del seno, però, non dà segno di sé e si vede solo con la mammografia.

## 1.4 GIC

Acronimo di “Gruppo interdisciplinare di cura”, è responsabile per la gestione dei casi di carcinoma della mammella attraverso il coordinamento delle attività cliniche, verifiche formali e revisione dei protocolli. Il GIC mammella è composto da tutti gli specialisti coinvolti nella cura della patologia mammaria: radiologi, medici nucleari, chirurghi della mammella, chirurghi plastici, patologi, oncologi medici, radioterapisti, psicologi, nutrizionisti e infermieri specializzati.

Secondo la normativa regionale del Piemonte, I Gruppi Interdisciplinari Cure<sup>4</sup>, attraverso le Unità Operative Autonome che li compongono, costituiscono per i Centri di Accoglienza e Servizi la fonte informativa dei percorsi diagnostico-terapeutici di cui la Rete deve tenere traccia e che rappresentano la base informativa delle strutture di controllo (Unità di Coordinamento Rete, CPO-Piemonte).

---

<sup>4</sup> <http://www.reteoncologica.it>

I compiti del Gruppo Interdisciplinare Cure sono i seguenti (Appiano S. et al, 2002):

- prendere in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, dalla prescrizione e prenotazione di esami, al follow-up;
- comunicare al Centro di Accoglienza e Servizi la presa in carico di un paziente il cui ingresso non è stato registrato direttamente dal Centro di Accoglienza e Servizi;
- discutere collegialmente i casi trattati, definire e applicare un iter terapeutico univoco nel rispetto delle linee guida e sulla base di protocolli procedurali condivisi;
- curare il paziente nel rispetto dei protocolli procedurali in vigore;
- inserire il paziente in protocolli sperimentali regolarmente approvati;
- assicurare la comunicazione con il paziente e con i suoi familiari, nel rispetto del codice deontologico.

Attraverso il *D.G.R n26-10193 del 2003*, delinea una metodologico-organizzative all'interno della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, per quanto riguarda, in particolare, il Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) ed il Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC).

### **1.4.1 Diagnosi**

Anzitutto viene fatta un'anamnesi familiare, solitamente svolto dal medico di medicina generale. Dopo la visita, se è opportuno, si fa della richiesta al centro accoglienza con successiva indagine da parte del Gruppo interdisciplinare Cure, avviene in questo modo:

- 1) Il paziente accede al Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) a fronte di formale richiesta del Mmg che ha riscontrato un sospetto di patologia oncologica a seguito di visita e/o esami di base.
- 2) Il paziente con la richiesta del MMG, fornisce i propri dati anagrafici all'impiegato amministrativo del CAS e gli comunica eventuali esami o visite già effettuate, viene inviato dall' oncologo presente al CAS per un eventuale visita o colloquio.
- 3) L'oncologo, attraverso la visita, il colloquio e l'analisi degli eventuali esami portati dal paziente, dovrà predisporre il percorso diagnostico successivo (ulteriori esami più approfonditi, visita da uno specialista di organo in modalità GIC, ecc.) Sulla base

delle prescrizioni dell'oncologo, il CAS si occupa di fare le prenotazioni.

4) A seguito della prenotazione della prestazione si possono verificare le seguenti ipotesi: se l'oncologo ha prescritto solo la visita specialistica. Con l'invio del paziente allo specialista componente del GIC si attiva automaticamente il GIC. Se l'oncologo ha prescritto degli esami e una visita specialistica. Il paziente si reca a fare gli esami nel luogo indicatogli dal CAS. Da questo punto si aprono due possibilità:

- A seguito dell'esame, verranno comunicati al paziente data e luogo di ritiro del referto. Ritirato il referto, il paziente si recherà dallo specialista per la consegna dello stesso.

- È possibile che in alcuni casi il referto venga inviato direttamente allo specialista componente del GIC. Se il caso valutato dallo specialista del GIC non rientra nei protocolli, lo stesso caso verrà discusso in modalità GIC secondo le modalità di lavoro interdisciplinare, così da mettere in atto un programma terapeutico del paziente, frutto di una decisione unanime. Se il caso rientra nei protocolli (e non richiede una discussione collegiale dello stesso), lo specialista componente del GIC comunicherà direttamente al paziente le successive fasi del programma terapeutico. Lo specialista componente del GIC attiva il CAS che dovrà prenotare il ricovero o le terapie successive e comunicare telefonicamente al paziente i prossimi appuntamenti. Questa procedura si attiva in altri tre casi: il Mmg invia direttamente il paziente allo specialista d'organo del GIC; al paziente in regime di ricovero viene riscontrato un sospetto di patologia neoplastica; al paziente in pronto soccorso viene riscontrato un sospetto di patologia neoplastica.

Per quanto riguarda le metodiche che aiutano a formulare la diagnosi, sono principalmente la mammografia e l'ecografia.

La **mammografia** è l'indagine strumentale più indicata nello screening dei tumori al seno perché permette al medico di diagnosticare neoplasie della mammella anche in fase molto precoce, o permette di ridurre l'aggressività delle cure e degli eventuali interventi chirurgici, riducendo la mortalità. Tuttavia, un punto aperto nel dibattito internazionale è l'identificazione della procedura di screening più idonea per le donne con prevalente componente fibrogliandolare della mammella che aumenta l'opacità dell'immagine mammografica. I fattori che influenzano la densità della ghiandola mammaria non sono completamente noti, ma vi sono ripetute osservazioni a favore di una associazione con fattori ormonali e con un profilo riproduttivo ad alto rischio per

cancro della mammella (nulliparità, età avanzata al primo parto). Sebbene alcuni programmi di screening mammografico abbiano stimato che il 20-40% della popolazione femminile abbia mammelle a prevalente componente ghiandolare, non sono disponibili risultati di trial randomizzati che abbiano posto a confronto diverse procedure di screening in funzione della densità della ghiandola mammaria. Proprio per i problemi legati alla riduzione di sensibilità della mammografia convenzionale nelle donne con mammelle dense e per i recenti miglioramenti tecnologici della diagnostica ecografica, **l'ecografia** è attualmente oggetto di una attenta considerazione come test di screening per il cancro della mammella, con particolare attenzione alla valutazione comparata dei rischi e dei benefici del suo uso in programmi organizzati.

È una tecnica radiologica che utilizza un fascio di ultrasuoni per forare un'immagine degli organi interni del corpo, utilizzando una sonda. Oltre a stabilire la natura di un nodulo, consente di differenziare i noduli solidi dalle cisti. Lo screening è indolore e dura solo pochi minuti.

Considerando lo stato di gravidanza, può rendere più difficile la diagnosi di tumore mammario? I tipi di tumori più frequenti durante la gravidanza sono gli stessi che si ritrovano nelle donne della stessa età che non aspettano un figlio: sono per lo più **tumori ginecologici (soprattutto della cervice uterina dell'ovaio)**, tumori al **seno** (40% dei casi), **linfomi e leucemie** (20% dei casi), **melanomi**.

La **diagnosi** di un tumore durante la gravidanza resta un evento raro (accade circa in un caso ogni 1.000-2.000 gravidanze), sebbene stia crescendo nei Paesi ricchi con l'aumentare dell'età media in cui le donne decidono di avere un figlio. Un altro elemento da considerare è che durante la gravidanza la ghiandola mammaria modifica il proprio aspetto e la propria struttura, divenendo più voluminosa e nodulare, quindi la condizione fisiologica di “preparazione” all'allattamento, può mascherare il tumore, ritardando la diagnosi. Ma, nello stesso tempo, nei mesi della gestazione ci si sottopone a maggiori controlli medici, per cui alcuni tumori possono essere diagnosticati più facilmente in questa fase, bisogna stare attenti agli strumenti che si vogliono utilizzare. In generale, tutte le **indagini che non prevedono l'uso di raggi x**, come l'ecografia o le biopsie, possono essere eseguite liberamente. Lo stesso vale per gli **esami che sfruttano le proprietà delle fibre ottiche**, cioè tutte le forme di



endoscopia. Se occorre, tuttavia, ci si può sottoporre anche a **radiografie della parte superiore del corpo** (lastra del torace, mammografia), purché si adottino particolari accortezze, come un'apposita schermatura che protegge l'addome.

La **risonanza magnetica** (RM) in genere viene prescritta solo se strettamente necessaria, perché non si può garantire che il mezzo di contrasto a base di gadolinio sia del tutto innocuo per il nascituro, dato che tale sostanza è capace di passare la barriera placentare.

**Controindicata è invece la TC**, soprattutto nel primo trimestre, per l'alta esposizione alle radiazioni che comporta. Il suo uso, come il ricorso agli esami di medicina nucleare (scintigrafia, PET), va limitato ai casi di assoluta necessità, dopo aver accuratamente soppesato rischi e benefici.

## 1.4.2 Trattamenti

La cura del tumore alla mammella si è sempre più perfezionata nel tempo grazie alla gran quantità di trattamenti presenti.

La scelta della terapia dipende da diversi fattori, tra i quali le caratteristiche istologiche e biologiche del tumore e le caratteristiche del paziente.

- **CHIRURGIA**

Il chirurgo può operare su due tipi:

1) *Conservativa*: il chirurgo asporta solo il tumore con un'area di tessuto mammario circostante. È una terapia molto soddisfacente in quanto vi è la partecipazione del chirurgo plastico per la ricostruzione e simmetrizzazione della mammella controlaterale.

La chirurgia conservativa più frequente è la **quadrantectomia** dove, cute, ghiandola mammaria e fascia del muscolo grande pettorale sono asportate con una linfadenectomia ascellare, eseguendo un'unica incisione mammaria.

2) *Demolitiva* (detta *Mastectomia*): il chirurgo asporta tutta la mammella. Viene utilizzata nei casi in cui il tumore è voluminoso, oppure è localizzato dietro il capezzolo, oppure è piccolo, ma con estesa componente intraduttale; oppure è multicentrico e multifocale.

Talvolta la mammella, può essere tributaria di più linfonodi, in questo caso il cavo ascellare è considerato negativo se almeno tre di questi non presentano metastasi all'esame istologico.

In questi casi viene utilizzata una *biopsia del linfonodo sentinella* che, rispetto alla tecnica della *dissezione ascellare*, produce una bassa incidenza di quello che sono gli effetti post-intervento, quali ipomobilità della spalla, linfedema, debolezza e parestesie dell'arto superiore omolaterale e il dolore.

Inoltre, la biopsia del linfonodo sentinella, se eseguito in anestesia locale riduce i rischi correlati all'anestesia generale.

- **RADIOTERAPIA**

La radioterapia (RT) oncologica è una modalità di cura loco-regionale, in quanto agisce sul tumore primitivo, la sua diffusione nei tessuti contigui e lungo le vie linfatiche. Nel tumore della mammella la giusta applicazione del trattamento radioterapico, all'interno di una corretta gestione multidisciplinare della malattia, ha permesso di ottenere brillanti risultati in termini controllo di malattia e aumento della sopravvivenza.

Le modalità più diffuse di radioterapia per il trattamento dei tumori alla mammella sono la *radioterapia a fasci esterni*, la *brachiterapia* e la *terapia intraoperatoria*.

Nello specifico della cura dei tumori mammari, l'irradiazione viene utilizzata in associazione alla chirurgia e chemioterapia, specificatamente per ridurre significativamente il rischio di recidiva di malattia sulla sede del tumore trattata.

L'impatto della radioterapia, come terapia loco-regionale, sulla sopravvivenza delle pazienti affette da cancro mammario è stato per lungo tempo controverso. Sebbene non siano numerosi i lavori che documentano un impatto sulla sopravvivenza, le conclusioni risultate dai più recenti lavori dimostrano che la radioterapia postoperatoria, specie nei casi ad alto rischio, ha un ruolo fondamentale nella cura di tale patologia.

Le radiazioni ionizzanti sono oggi prodotte da moderne apparecchiature, quali gli acceleratori lineari, che emettono fotoni ed elettroni di varie energie, in grado di penetrare i tessuti sino alla profondità voluta, risparmiando nei limiti imposti dai margini di sicurezza stabiliti i tessuti sani circostanti.

Come effetti collaterali posso esserci arrossamenti e "trasudazione" della cute, nausea e fatigue.

- **CHEMIOTERAPIA**

La chemioterapia è un trattamento terapeutico a base di sostanze chimiche che viene utilizzato per eliminare le cellule che crescono più rapidamente delle cellule normali (e quindi anche le cellule tumorali).

Per il trattamento dei tumori alla mammella sono disponibili molti chemioterapici come: antracine, taxani, derivati del fluoro, metotrexate, derivati del platino... Possono essere combinati anche tra loro, ad esempio vi è l'AC (doxorubicina e ciclofosfamide). Il programma viene definito alla luce del potenziale beneficio, dei possibili effetti collaterali secondari al trattamento e delle preferenze della paziente. Convenzionalmente si utilizzano regimi di associazione contenenti antracine e/o taxani per circa 6 mesi.

I possibili effetti collaterali sono: nausea e vomito, alterazione dei valori dell'emocromo (globuli bianchi), caduta dei capelli, stomatite, stipsi, diminuzione dell'appetito, modificazione del gusto, stanchezza, dolori ossei, alterazioni cutanee... oltre che a un forte impatto psicologico.

Alcuni studi hanno evidenziato il ruolo dei marcatori tumorali, le sostanze rilevate in circolazione nei pazienti con tumori maligni, come il CA 15-3, presente in saliva (Frenette et al., 1994), e che potrebbe essere utilizzato in tutte le fasi della cura del cancro, in particolar modo nel monitorare l'efficacia della chemioterapia (Navazesh e Christensen, 1982; Streckfus e Bigler, 2005), in quanto la raccolta della saliva non è invasiva, può essere raccolta facilmente senza produrre del disagio ai pazienti.

- **ORMONOTERAPIA**

Consiste nella somministrazione di farmaci che bloccano l'attività degli ormoni estrogeni, considerati come uno dei fattori di rischio per l'insorgenza del tumore mammario.

Nello specifico della neoplasia mammaria, viene utilizzato il tamoxifene (della classe degli antiestrogeni che impediscono alle cellule tumorali di utilizzare gli estrogeni prodotti dall'organismo, inibendo così la crescita), un modulatore selettivo dei recettori per estrogeni, è il farmaco più utilizzato nel trattamento di tutti gli stadi di carcinoma mammario ed è inoltre approvato per la prevenzione del carcinoma mammario in donne sane ad elevato rischio di malattia con età  $\geq 35$  aa (Rossouw e Anderson, 2002). Il Breast Cancer Prevention Trial ha dimostrato che 4 anni di terapia con tamoxifene porta alla riduzione del 50% del rischio di carcinoma mammario

invasivo e non invasivo, ma nello stesso tempo la terapia con tamoxifene porta anche ad eventi avversi tra cui il rischio di trombosi venosa profonda (TVP) ed embolia polmonare.

Il rischio di tromboembolismo incrementa inoltre nelle donne in post-menopausa ed è tanto maggiore quanto più è la durata della terapia con tamoxifene (Levine, 2007).

Oltre alla trombosi, altri effetti collaterali possono essere vampate di calore e/o sudore o ritenzione idrica, alterazione e/o sospensione della regolarità dei cicli mestruali, secchezza vaginale o perdite vaginali, iperplasia della mucosa uterina, crisi ovariche, polipi uterini, variazioni di peso...

Per quanto riguarda la gestione di un programma terapeutico per carcinoma mammario durante la gravidanza, prevede una accuratezza dell'età gestazionale da poter utilizzare la terapia (Peccatori F, 2007).

Per un intervento chirurgico, è la terapia più utilizzata e indicata nel periodo gestazionale. Se la gravidanza è vicina al termine, è opportuno rimandare l'operazione a dopo il parto.

La chemioterapia è assolutamente controindicata nel primo trimestre della gravidanza in quanto embriotossica.

La radioterapia può essere fatta con modalità particolari di gravidanza, ma in genere viene differita dopo il parto, qualora ritenuta necessaria al completamento del trattamento antitumorale chirurgico e farmacologico.

La terapia ormonale e la terapia immunologica con anticorpo monoclonali anti-HER2 sono invece controindicate per tutta la durata della gravidanza, perché entrambe associate a gravi malformazioni fetali, indipendentemente dall'epoca gestazionale di assunzione.

Invece, per le donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario, esistono diversi approcci farmacologici, conservazione di sperma od ovociti, che non compromettono la fertilità e aumentano le probabilità di avere un figlio al termine di un percorso di cura. Le tecniche più utilizzate sono: **inseminazione intrauterina (IUI)**; **fecondazione in vitro con trasferimento dell'embrione in utero (FIVET)**; **iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo (ICSI)**. Quest'ultima è l'unica tecnica utilizzabile dalle donne, dopo la guarigione da un tumore, che hanno congelato in precedenza i propri ovociti. Le terapie antitumorali ricevute dalla madre

prima del concepimento non sembrano avere ripercussioni negative sullo sviluppo e sulla salute del bambino, né sull'esito del parto. Ciò vale per la chemioterapia e l'ormonoterapia, mentre la radioterapia della regione addomino-pelvica può indurre disfunzioni uterine con conseguente aumento del rischio di aborto spontaneo, parto prematuro, anomalie della placenta e basso peso del bambino alla nascita. La gravidanza deve quindi essere seguita con particolare attenzione, consigliando di rinviare questo desiderio a 2 anni dall'intervento.

## **CAPITOLO 2. IL SENSO DI MATERNITÀ**

### **2.1 IL PRIMO INCONTRO: LA GRAVIDANZA**

La gravidanza è lo stato in cui si trova la donna che reca nel suo seno uno o più prodotti del concepimento in via di sviluppo; essa inizia con la fecondazione e l'annidamento dell'uovo e termina con l'espulsione del feto (o dell'embrione) o con la morte dell'uovo fecondato e quindi dell'embrione o del feto. Nel caso di fecondazione *in vitro*, l'inizio si ha a partire dal reimpianto in utero.

L'attesa del primo figlio costituisce un'importante fase di cambiamento che coinvolge tutte le aree di vita dei futuri genitori. Oltre al cambiamento fisico ed ormonale che avviene nella donna in gravidanza ed ai cambiamenti nella routine quotidiana che la coppia deve affrontare, la transizione alla genitorialità comporta profondi cambiamenti a livello emotivo e relazionale. Questa fase, viene vissuta da entrambi i genitori in maniera differente, ad esempio, può esserci una sorta di "inequità coniugale", dove il marito non essendo coinvolto in prima persona nei processi della gravidanza, può e deve essere in grado di assolvere alle richieste della moglie. Se questo avviene, i processi di adattamento nella coppia alla nascita del figlio saranno facilitati.

La gravidanza permette anche un forte cambiamento di ruolo e identità (Cohen et al., 2000); nonostante il coinvolgimento paterno durante la gravidanza sia un processo che si evolve in modo più lento rispetto a quello materno, ricerche recenti hanno messo in evidenza come nell'ultimo trimestre di gravidanza gli uomini abbiano già elaborato una rappresentazione del bambino e di sé come padre sufficientemente definita ed emotivamente connotata (Ammaniti et al., 2006). A differenza della donna, l'uomo in attesa di un figlio non è coinvolto direttamente nei cambiamenti fisici della gravidanza; questo comporta che il contatto con il bambino, soprattutto all'inizio della

gravidanza, sia mediato dai cambiamenti corporei della madre (Draper, 2002). Le “prove di realtà” dell’esistenza del bambino, come il test di gravidanza, la prima ecografia e la percezione dei movimenti fetali, hanno un ruolo importante per la transizione alla paternità e possono favorire la partecipazione del padre alla gravidanza, consentendogli di percepire il bambino in modo più concreto e diminuendo il senso di esclusione nella relazione con la partner (Draper, 2002; Finnbogadóttir et al., 2003).

Quanto alla donna, Stern (1995) mette in luce come la donna che si prepara a diventare madre entri in uno stato psicologico particolare, definito “Costellazione Materna” caratterizzato da una nuova sensibilità, da nuove fantasie, paure e desideri, che diventano l’elemento dominante della vita psichica della donna durante la gravidanza. Inoltre la donna inizia ad immaginare se stessa come madre del proprio bambino e comincia ad “avere in mente” il proprio figlio ed a costruire una relazione con lui, attraverso quel dialogo interno e continuo che caratterizza il particolare stato mentale del “Pensare per due”.

Ci si prepara, da una relazione diadica a triadica, attraverso un processo circolare. Per esempio, alcune ricerche hanno dimostrato che il modo in cui la donna vive la gravidanza, dipende da come il marito la sostiene durante questo periodo, ma l’adattamento post-partum di quest’ultimo dipende da come la moglie ha vissuto la gravidanza (Wallace e Gotlib, 1990). La partecipazione alla cura del figlio, inoltre, determina un ritorno del desiderio sessuale da parte della moglie (Levy-Shiff, 1994).

La diagnosi di carcinoma della mammella durante la gravidanza rappresenta un evento raro, ma con un profondo impatto psicologico sulla vita della paziente, della sua famiglia e anche del medico. Il conflitto tra il dare la vita e metterla in discussione crea una tensione che necessita di grande saggezza clinica e rispetto per i sentimenti più profondi della paziente, ma anche coscienza dei propri limiti di fronte a decisioni mai semplici. Il giusto mezzo tra massimo beneficio per la paziente e minimo danno fetale non è sempre ottenibile e bisogna saper mettere in campo una precisa conoscenza dei dati della letteratura e dei fenomeni biologici coinvolti, una capacità di ascolto non comune e l’umiltà di sapersi confrontare con altri colleghi per cercare la migliore soluzione condivisa.

La decisione della paziente va poi sempre rispettata, senza facili e gratuiti giudizi e

tenendo conto che i percorsi della coscienza possono essere imperscrutabili.

Viene definito lo stato di carcinoma mammario durante la gravidanza, la condizione in cui una neoplasia mammaria insorge durante la gravidanza, durante l'allattamento o durante i primi 12 mesi dal parto (*Moore, 2000; Woo, 2003*), *ma è da tenere in considerazione che ognuna delle condizioni porta ad un'implicazione pratica ed etica diversa, legata alla presenza del feto in utero*. L'età media della diagnosi è di 33 anni, ma la correlazione con la gravidanza potrà aumentare in futuro. Infatti sempre più di frequente le donne posticipano la gravidanza dopo i 35 anni, quando il rischio di sviluppare una neoplasia mammaria aumenta di 2-3 volte rispetto alle donne che hanno la prima gravidanza prima dei 20 anni (*Pavlidis, 2005*).

Per quanto riguarda la diagnosi di neoplasia mammaria durante la gravidanza, la presentazione clinica più frequente è costituita da un nodulo mammario non dolente, spesso a rapida crescita; in alcuni casi la neoplasia si presenta localmente avanzata, con gli aspetti del carcinoma infiammatorio (*Barthelmes, 2005*). Altre caratteristiche che possono determinare un accertamento o sospetto diagnostico vengono localizzate attraverso un linfadenopatia ascellare, una retrazione cutanea o del capezzolo, o raramente con una fuoriuscita di sangue o materiale purulento dal capezzolo (*Sanders, 1993*).

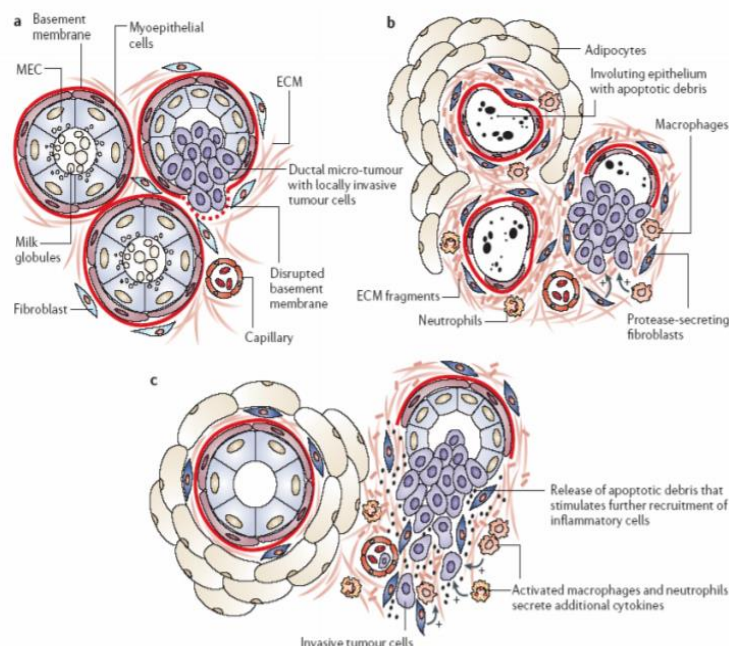
La diagnosi è resa difficile dai cambiamenti cui la mammella va incontro per effetto degli alti livelli di **estrogeni**, che già a partire dal I trimestre, hanno un'azione promuovente sulla proliferazione dell'epitelio della ghiandola mammaria; del **progesterone** ha un'azione proliferativa e allo stesso tempo si oppone all'azione secretoria indotta dalla prolattina prima del parto; della **prolattina**, dopo il parto e con la caduta degli ormoni placentari è in grado di stimolare le cellule secretici ormai mature (*Russo & Russo, 2004*). Alla fine dell'allattamento, la mammella ritorna al suo stato latente conservando però una struttura modificata con dei canali globulari più sviluppati, questo spiega perché sono solitamente più voluminose e piena di linfonodi ascellari (60-90% a seconda delle casistiche) rispetto alle neoplasie diagnosticate in un gruppo di controllo non gravido (*Pavlidis, 2005*). Infine è da tenere in considerazione la presenza di Ki-67 che viene usata per determinare la frazione di crescita del tumore e la Her2-neu che è una proteina superficiale di membrana la cui attivazione comporta un aumento della proliferazione e della differenziazione cellulare.



D'altro canto, le caratteristiche biologiche delle neoplasie mammarie in gravidanza non sembrano differire da quelle di una popolazione di pari età non gravida: il tipo istologico predominante è il carcinoma duttale infiltrante, l'espressione dei recettori per estrogeni e progesterone è rilevabile in circa la metà delle pazienti (soprattutto nelle casistiche più recenti che utilizzano la determinazione immunoistochimica), la frazione proliferativa è elevata nella maggior parte dei casi e vi è una prevalenza di neoplasie poco differenziate, come si verifica nelle pazienti al di sotto di 35 anni (Middleton, 2003).

In uno studio eseguito dall'Istituto Europeo di Oncologia (*Gentilini, 2005*), sono state valutate le caratteristiche cliniche e biologiche di 21 pazienti gravide con diagnosi concomitante di tumore al seno. La determinazione immunoistochimica quantitativa dell'espressione dei recettori per estrogeni (ER) e progesterone (PgR) era così suddivisa: ER e PgR entrambi negativi 6/21; ER o PgR positivi 7/21; ER e PgR entrambi positivi 8/21. Si è giunto ad un follow-up mediano di 25 mesi e in questo lasso di tempo, 14 pazienti sono vive e libere da malattia, 2 vive con malattia e 5 sono morte di malattia. Il tempo medio alla progressione era di 16.8 mesi.

Pur essendo la prognosi delle pazienti con carcinoma mammario in gravidanza piuttosto severa (la sopravvivenza media a 5 e 10 anni è stata riportata del 52% e del 44% rispettivamente), a parità di stadiazione e di fattori prognostici è comunque simile a quella di pazienti non gravide, nonostante gli alti livelli di estrogeni circolanti. Un'ipotesi biologica che potrebbe spiegare l'elevata incidenza di metastasi linfonodali e di micrometastasi a distanza di neoplasie mammarie insorte durante la gravidanza e diagnosticate entro il primo anno dal parto è rappresentata al microambiente mammario e al rimodellamento ghiandolare allo stato pre gravidico (la cosiddetta involuzione ghiandolare post partum) che promuove la crescita del tumore, attraverso fenomeni proinfiammatori legati alla apoptosi delle cellule lattifere, al reclutamento locale di macrofagi e neutrofili, al rilascio di fattori solubili con effetto pro metastatico (**Figura 2.1**)



**Figura 2.1. Modello di progressione tumorale e micrometastatizzazione durante involuzione mammaria post partum.**

**a) acino mammario durante l'allattamento; in alto a destra è mostrato un focolaio di carcinoma duttale con interruzione della membrana basale.**

**b) durante l'involuzione mammaria, le cellule lattifere diventano apoptotiche e vengono sostituite da adipociti. Lo stroma circostante è ricco di fibroblasti che secernono proteasi che alterano la matrice extracellulare e attraggono macrofagi e polimorfonucleati.**

**c) le cellule infiammatorie presenti nello stroma mammario producono fattori solubili (TNF-alfa, IL-1, IL-6, PDGF) che attivano le cellule tumorali, le quali a loro volta rilasciano fattori chemotattici per i macrofagi e i polimorfonucleati. MEC: secretory mammary epithelial cells; ECM: extracellular matrix**

Non vi sono dati che l'interruzione volontaria di gravidanza migliori la prognosi delle pazienti ed è poco probabile che la gravidanza di per se possa influenzare le caratteristiche biologiche e il decorso clinico delle pazienti affette, anche se i dati non sono conclusivi gravido (Pavlidis, 2005). Inoltre, come la letteratura indica, l'interruzione volontaria di una gravidanza non aumenta il rischio di effetti psicopatologici nelle madri gestanti (Gentilini, 2005).

A partire da questa considerazione, ci si è concentrati sugli aspetti legati alla fecondità, la capacità di concepire e, per le donne, portare un gravidanza a termine, nei pazienti in cui gli organi riproduttivi sono stati direttamente coinvolti o negativamente influenzati dal trattamento.

Ad esempio, la chemioterapia possiede un diverso rischio d'infertilità in rapporto a classe, dose e posologia ("intensità di dose") del farmaco impiegato, nonché alla

modalità di somministrazione (per via endovenosa od orale) ed all'eventuale uso combinato. L'ovaio è suscettibile ai danni indotti dalla chemioterapia ed il maggior rischio di infertilità iatrogena è associato agli agenti alchilanti, come ciclofosfamide, ifosfamide (Longhi, 2003).

Tuttavia, il cancro può avere un'ampia gamma di conseguenze per la fertilità: i genitori (potenziali) possono essere preoccupati sui danni indotti dal trattamento per i bambini e la loro capacità di essere genitori buoni e presenti; possono temere che una gravidanza potrebbe avere un impatto sulla sopravvivenza delle donne o l'influenza negativa della loro salute; possono aver subito o prevedere una perdita di reddito che renderà più difficile da sostenere una famiglia; possono ritenere che essi non hanno la forza di far fronte alle angosce dei figli; o la malattia grave può averli resi più consapevole del valore emotivo di avere figli.

Quindi forse l'infertilità sembra meno saliente e angosciante di fronte a questa forma di malattia.

Per le donne più giovani la perdita di fertilità può essere un evento doloroso quasi come il confronto con cancro stesso. Gli studi qualitativi con i sopravvissuti più giovani di cancro al seno rivelano diversi temi: le donne vogliono raggiungere il loro obiettivo e ricongiungersi con il mondo sano della maternità (Jemal, 2007).

Le donne risultano preoccuparsi maggiormente per la salute dei loro figli, ma gli studi confermano che non vi è un tasso eccessivo di deficit alla nascita nei bambini nati dopo che il genitore ha avuto un carcinoma mammario, in particolar modo donne che hanno effettuato un trattamento di chemioterapia mentre, coloro che hanno avuto una precedente irradiazione pelvica, avevano un'alta probabilità di concepire neonati con basso peso (Demeestere, 2012).

In un sondaggio effettuato da un gruppo di ricerca guidato da Schover (2013) ha notato che circa un terzo delle donne che hanno portato a termine una gravidanza abbia pensato che lo stesso bambino possa incorrere nello stesso rischio di carcinoma o averlo subito dopo la nascita.

Interessante è stata la rilevazione delle donne desiderano incontrare altre che hanno sperimentato la gravidanza dopo il cancro al seno. Questo può essere un punto su cui a livello psicologico si può lavorare, in modo da accrescere l'autostima attraverso il confronto.

## 2.2 II SECONDO INCONTRO: LA GENITORIALITÀ

La genitorialità umana si manifesta soprattutto come disposizione psicologica e non consiste solo nel desiderio di avere figli, ma anche nella capacità di crescerli in modo adeguato (dipsosizione cognitiva). Essa è in relazione con quello che un adulto è concretamente in grado di fare e non solo con i suoi modelli ideali e sociali. Essere un genitore adeguato, infatti, non richiede una particolare intelligenza o preparazione culturale (Winnicott, 1952), inoltre, non si manifesta solamente nel rapporto con i propri figli, ma, più in generale, nella disponibilità a dedicarsi alle generazioni successive, favorendo il loro sviluppo e il loro inserimento nel mondo. Tali capacità, infatti, non sono necessariamente una disposizione biologica da parte dei genitori, ma possono essere manifestate anche da coloro che non hanno potuto avere figli, oppure nei confronti di figli altrui (attraverso adozioni e affidamento), creando una molteplice rete di caregivers cui fare affidamento, che vanno da altri componenti della famiglia (nonni, zii, fratelli maggiori) oltre che da maestri, insegnanti, educatori, sacerdoti, psicologi e operatori sociali. La motivazione alla genitorialità, in un giovane adulto, si sviluppa principalmente come conseguenza di queste relazioni e dei relativi modelli di identificazione che vengono trasmessi e interiorizzati.

Il legame affettivo genitore-figlio è caratterizzato biologicamente dall'operare di due sistemi comportamentali e complementari:

**-sistema di accudimento:** si tratta di un sistema biologicamente determinato che consiste nel mettere in atto i primi compiti che i genitori devono affrontare, ovvero garantire nel bambino (prima infanzia) sopravvivenza e accrescimento fisico e quindi il genitore deve essere capace di percepire un pericolo reale o potenziale (Cassidy, 1999). Per promuovere l'accrescimento fisico appropriato all'età e alla salute fisica generale del figlio, i genitori devono soddisfare i bisogni fisiologici di base. Questo viene effettuato inizialmente attraverso l'allattamento al seno.

L'allattamento al seno dopo una neoplasia mammaria è possibile e andrebbe incoraggiato. I vantaggi per il neonato sono indiscutibili e anche per la madre, che dopo aver affrontato la gravidanza dopo la diagnosi di neoplasia, la donna può constatare che effetti sulla salute fisica e psichica sono positivi.

In termini generali, l'allattamento materno è la fonte naturale di nutrimento e sicurezza per il neonato e per molte madri rappresenta il completamento della propria femminilità, offrendo una meravigliosa opportunità per imparare a conoscersi fin dalle prime ore dopo la nascita; è una sorta di comunicazione con il neonato, perché coinvolge tutti i sensi e risponde contemporaneamente a tutte le necessità del neonato: calore, nutrimento e sicurezza.

Il latte materno contiene tutte le sostanze nutritive necessarie alla crescita ottimale del neonato e gli offre innumerevoli benefici: lo difende dalle infezioni, favorisce lo sviluppo comportamentale e cerebrale, riduce il rischio di sovrappeso e obesità già dall'infanzia, riduce il rischio di allergie e di alcuni tumori (Zembo, 2002).

La mammella durante la gravidanza va incontro ad importanti trasformazioni: proliferazione del tessuto ghiandolare, ramificazione dei dotti lattiferi, riduzione del rapporto tessuto adiposo rispetto al tessuto ghiandolare. Ma è solo con l'inizio della lattazione che si verifica la completa maturazione strutturale e funzionale della ghiandola con la differenziazione lobulo alveolare. Quest'ultima, insieme alla ritardata ripresa ovulatoria e alla riduzione dei livelli di estrogeni intramammari, sono gli eventi principali che stanno alla base dell'effetto protettivo che l'allattamento al seno svolge nei confronti del carcinoma della mammella (Riordan, 2002).

In uno studio pubblicato nel 2001, Gelber et al riportano che circa il 30% delle loro pazienti che hanno avuto una gravidanza dopo una neoplasia mammaria avevano allattato, e la sopravvivenza complessiva del gruppo con gravidanze era comunque migliore se paragonata al gruppo di donne controllo che non avevano avuto gravidanze.

Un anno dopo, un gruppo di ricerca che indaga le correlazioni tra fattori ormonali e allattamento, ha condotto un'analisi per valutare l'incidenza di possibili effetti dell'allattamento, confrontando un campione di donne con e senza carcinoma mammario (Collaborative Group on Hormonal factors, 2002). Attraverso i 47 casi di controllo e studi di coorte provenienti da 30 differenti Paesi, che comprendeva almeno 100 donne con cancro al seno rivelano che il rischio diminuisce del 4,3 per cento per ogni anno di allattamento nelle donne che scelgono e possono allattare al seno rispetto a quelle che invece non allattano. Inoltre, un'analisi di sottogruppo rivela che non c'è nessuna differenza legata all'età, stato di menopausa, etnia, età primo parto, indice di massa corporea.

Ma è nel caso delle donne geneticamente predisposte alla malattia (quelle con mutazioni del gene BRCA1) che si osserva un ulteriore miglioramento (Freund, 2005). Il rischio si dimezza nelle donne con mutazioni del gene (meno 45% dei casi tra chi ha allattato), mentre in casi di malattia con familiarità patologica ma senza una mutazione avvenuta, la riduzione arriva al 59%. Mentre invece non sono stati riscontrati degli effetti protettivi in caso di mutazioni del gene BRCA2. Come detto nella gravidanza, anche qui vi sono delle ragioni biologiche che spiegano come mai l'allattamento al seno è così importante per la prevenzione dei tumori. La mammella va incontro a trasformazioni durante la gravidanza e solo con l'allattamento la ghiandola mammaria completa la sua maturazione (Peccatori, 2009). E così la cellula del seno è più resistente alle mutazioni che portano al tumore. L'allattamento, inoltre, **blocca del tutto o in parte la produzione degli ormoni ovarici**: le ovaie a riposo portano a livelli di estrogeni più bassi, garanzia di protezione contro il carcinoma mammario e, con grande probabilità, anche ovarico (Harris, 1992). Il latte umano è piuttosto ricco di grassi e sostanze lipofile quali **organo clorurati** che diminuiscono durante l'allattamento (Moysich, 1998), quindi, eventualmente il rischio di sviluppare il cancro al seno.

Durante l'allattamento, il latte interferisce **con l'asse ipotalamo-ipofisi**. La secrezione dell'ormone luteinizzante (LH) da parte dell'ipofisi viene inibita così come il GnRH (McNeilly, 1994). Mantenendo questi livelli sotto la soglia, l'allattamento può rappresentare un meccanismo di protezione per il cancro (McNeilly, 2001). Altri studi (Clavel-Chapelon F., E3N Group, 2002) hanno rilevato che il rischio di cancro al seno è legato al numero cumulativo di **cicli mestruali** che vanno dalla prima gravidanza alla menopausa. Per quanto riguarda gli studi sulla **prolattina**, i risultati non hanno portato a risultati soddisfacenti. Alcuni suggeriscono che vi è un effetto mitogenico di prolattina sulle cellule tumorali mammarie (Ginsburg, 1995), ma altri propongono che gli effetti della prolattina per contrastare l'angiogenesi (Fenton, 1994), sopprimono l'invasione e inibiscono la transizione epiteliale e la proliferazione cellulare (Clapp, 1993). In sintesi, vi sono due correnti di pensiero: chi sostiene che la prolattina non incida sul rischio di insorgenza di cancro al seno e chi invece afferma il contrario (Williams R.H., 1981; Tworoger, 2007).

Nonostante la possibilità, la morfologia della mammella in caso di carcinoma in tale

zona, presente delle caratteristiche tipiche come la ridotta produzione di latte da parte della mammella operata e irradiata, le possibili difficoltà di attacco in caso di allattamento da una sola mammella, l'adeguatezza della quantità e della qualità del latte, per questo c'è bisogno di un counselling scientificamente corretto ed empatico, per aiutare mamma e neonato a risolvere i possibili problemi legati ad un allattamento "speciale", da poter fornire un vero sostegno alla suddetta diade.

Stabilito che non sussistono controindicazioni teoriche all'allattamento, viene valutata la fattibilità attraverso alcune domande che di frequente vengono poste dalle pazienti (Peccatori, 2009).

*1) La quantità di latte prodotto sarà sufficiente?*

Dopo un intervento di quadrantectomia seguito da radioterapia, la mammella operata e irradiata produce meno latte, ma l'altra mammella è sufficiente anche per un allattamento esclusivo (cioè senza aggiunta di latte artificiale).

*2) Potrò allattare al seno operato?*

La casistica più ampia pubblicata è quella di Moran (2005), che riporta i dati di 18 pazienti. In 10/18 pazienti (55.6%) veniva riferita produzione di latte da parte della mammella operata ed irradiata, anche se la produzione del latte viene riferita come "ridotta". È interessante notare che la mammella operata e irradiata non va incontro alle note modificazioni indotte dalla gravidanza, restando più piccola di quella controlaterale: l'ipotesi maggiormente accreditata imputa alla fibrosi post radioterapia questa insensibilità agli estrogeni.

Si può comunque provare ad attaccare il bambino anche dalla parte operata tenendo conto primariamente del desiderio materno, della conformazione del complesso areola capezzolo della mammella operata e del tipo di chirurgia e radioterapia effettuata.

*3) Avrò bisogno di particolare supporto?*

Ancor più che in una mamma senza pregressi problemi mammari, è necessaria una accurata gestione delle fasi iniziali dell'allattamento al fine di instaurare da subito una corretta e adeguata stimolazione e svuotamento di una o entrambe le mammelle. Per fare questo è necessario valutare attentamente che l'attacco sia corretto, cambiare posizione del bambino al fine di drenare la ghiandola mammaria in tutte le sue parti e dedicare il tempo necessario a sostenere la mamma nelle sue competenze.

*4) Non ci saranno pericoli per il bambino?*

Anche nei rari casi in cui il tumore mammario viene diagnosticato durante

L'allattamento, non è mai stato descritto un passaggio di cellule tumorali al bambino attraverso il latte. L'effetto dei pregressi trattamenti oncologici effettuati sulla mamma non modifica la qualità del latte e i suoi benefici.

*5) Potrò proseguire i controlli alla mammella durante l'allattamento?*

Anche in corso di allattamento al seno è possibile eseguire gli accertamenti radiologici ritenuti opportuni. Sia l'ecografia che la mammografia devono essere valutate da un radiologo esperto, che conosca le modificazioni che l'allattamento induce sulla ghiandola mammaria.

Anche la risonanza magnetica con Gadolinio può essere eseguita perché il Gadolinio, che pure passa nel latte, non viene assorbito per via enterica dal lattante. E' sempre meglio drenare la mammella prima di eseguire gli accertamenti, anche per ridurre il fastidio di una mammella troppo piena di latte. La durata dell'allattamento non deve perciò essere limitata dalla necessità di controlli radiologici.

*6) ...ce la farò, è vero ?*

Il ritorno alla normalità è un tema ricorrente in molte interviste con mamme che hanno vissuto l'esperienza di maternità dopo una neoplasia. Per molte riuscire ad allattare ha rappresentato una completa riabilitazione delle proprie competenze di madre. Per tutte, anche per le mamme che hanno deciso di non allattare al seno, parlare di maternità e allattamento ha significato un confronto con temi di salute e non di malattia.

Quindi è necessario che non solo le pazienti ma anche i professionisti sanitari devono essere informati che il latte prodotto da un seno è sufficiente per la necessità nutrizionali del neonato. Inoltre, queste informazioni favorirebbero un maggior presa di consapevolezza di essere madre e di poter assolvere al meglio le sue funzioni genitoriali (Samuel, 1997).

Tornando ai compiti dei genitori, durante l'infanzia, in particolare nei primi mesi, la vicinanza fisica del genitore è sufficiente a tranquillizzarlo, man mano che il bambino cresce è necessaria una maggiore **accessibilità** (presuppone che il genitore sia accessibile al suo bambino non solo fisicamente ma anche emotivamente), **sensibilità** (richiede che il genitore percepisca e valuti tutti i segnali di pericolo e di disagio e tutte le richieste di protezione e conforto del bambino) e **responsività** (implica che il genitore attivi dei comportamenti di accudimento in maniera pronta, costante,



amorevole e adeguata) da parte del genitore. Tale triade di compiti, viene utilizzata anche per favorire l'emergere delle funzioni sociali del figlio.

Genitori e figli comunicano attraverso sincronie di ritmi comportamentali, mandandosi segnali reciproci che costituiscono il prologo di questo nuovo modo di comunicare.

Quando i comportamenti di aiuto e protezione hanno avuto successo e i bisogni di attaccamento del bambino sono stati soddisfatti, il sistema di accudimento viene disattivato. Lo sviluppo di questo sistema segue di pari passo quello cognitivo, arrivando ad una piena maturazione solo nella prima età adulta. Il sistema di accudimento, assieme a quello sessuale generano un senso di piacere.

**-il sistema di attaccamento:** ha la funzione di garantire la sopravvivenza attraverso il conseguimento e il mantenimento della vicinanza ad un altro individuo appartenente alla propria specie, ritenuto capace di fornire aiuto, confronto e protezione, nel caso in cui si presenti una minaccia di pericolo.

Perché si parli di attaccamento, devono essere presenti almeno tre condizioni di base (Weiss 1982): in primo luogo è necessaria una *ricerca della vicinanza* tra la persona attaccata e la persona che offre attaccamento; questa ricerca la troviamo nella diade madre-bambino: deve essere sicuro della sua presenza e, per sentirsi tranquillo, la tiene per mano, la abbraccia oppure la vuole a portata di sguardo.

L'altro elemento fondamentale è la reazione di *protesta per la separazione*, cioè quell'insieme di "comportamenti di attaccamento" che si manifestano nel momento in cui ci si sente in pericolo perché la relazione di attaccamento non è più garantita. Lo si può osservare nel bambino piccolo quando è allontanato dalla madre in un ambiente poco familiare (ad esempio quando viene portato all'asilo): piange, urla... cioè emette una serie di segnali che hanno come finalità quello di garantire il più possibile la vicinanza e la protezione della figura di attaccamento.

La terza condizione è il fornire una *base sicura*, cioè la particolare atmosfera di sicurezza e di fiducia che si instaura tra figura attaccata e figura di attaccamento. Questo concetto, sviluppato inizialmente da Mary Ainsworth, è stato particolarmente valorizzato da Bowlby (1988) che ha spiegato come un bambino o un adolescente, per affacciarsi al mondo esterno ed esplorare in modo sereno l'ambiente extra-familiare, abbia bisogno di sentirsi sicuro, di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il

benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, assicurato se spaventato” (1988, p.10). Ne consegue che fornire una base sicura è una delle caratteristiche principali dell’essere genitori.

Quelli che sanno offrire una base sicura sostengono i figli nella graduale emancipazione, ma, quando necessario, intervengono per proteggerli, assicurarli e accudirli.

Lo studio dell’attaccamento lo possiamo suddividere in tre fasi:

1) La teoria dell’attaccamento, arricchendo la visione pulsionale offerta dalla psicoanalisi, considera il comportamento genitoriale (come altri legati alla protezione dai pericoli, all’alimentazione e alla sessualità) come uno schema di origine genetica finalizzato alla sopravvivenza dell’individuo e della sua prole, che si distingue in ciascun individuo, nel tentativo di adattare al meglio le esigenze personali e quelle della specie alle singole condizioni ambientali. A partire dagli studi sul metodo dell’osservazione diretta (Lorenz 1949; Harlow 1958), Bowlby cercò quindi di strutturare una nuova metapsicologia della psicoanalisi basata sull’attaccamento. Le difficoltà principali furono:

- aver cominciato a studiare i traumi infantile e non le psicopatologie adulte;
- utilizzo dell’osservazione infantile e non delle libere associazioni;
- utilizzo di una terminologia distante dalle teorie psicoanalitiche.

Per fare questo egli propose una Teoria dell’Attaccamento, la quale scollegava il concetto di attaccamento da quelli di cibo e di sessualità, esaltando una funzione biologico-psicologica di fornire protezione e tale comportamento, più evidente sicuramente nell’infanzia, si manifesterebbe in tutto l’arco della vita del soggetto. John Bowlby (1988), che propose questa prospettiva integrando teorie psicoanalitiche, etologiche, evuzioniste, cognitiviste e sistemiche, indicò con il nome di “modelli operativi interni”, le rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d’attaccamento e del mondo, nonché delle relazioni che li legano.

2) Solo verso la fine degli anni sessanta, però, l’attaccamento incominciò ad essere oggetto di studi sistematici rivelandosi un concetto teorico che poteva essere, più di altri di origine psicoanalitica, “operazionalizzato”, cioè trasformato in modelli e strumenti utilizzabili sul piano della ricerca e dell’intervento. La prima a seguire questa strada fu Mary Ainsworth, che sviluppò la *Strange Situation* (SS) (Ainsworth e

Witting 1969). Si tratta di una procedura standardizzata per la valutazione degli stili di attaccamento nei bambini da 10 a 18 mesi di vita. Utilizzando questa metodologia furono identificati dalla Ainsworth (Ainsworth et al. 1978) tre *pattern di attaccamento infantile*, ciascuno suddiviso in diversi sottotipi.

-*Nell'attaccamento sicuro (tipo B)* i bambini sono angosciati (ma non eccessivamente) quando sono separati dalla figura di attaccamento e al momento del ricongiungimento si avvicinano al genitore, richiedono e ricevono conforto e entro poco ritornano a giocare tranquilli.

-*Nell'attaccamento insicuro evitante (tipo A)* mostrano pochi segni di angoscia per la separazione e ignorano la madre al momento della riunione, in quanto hanno imparato a inibire i comportamenti di attaccamento come difesa di fronte al distacco e al rifiuto materno.

-*Nell'attaccamento insicuro ambivalente/resistente (tipo C)* sono eccessivamente preoccupati e allarmati dalla separazione e non riescono a trovare 2 conforto alla riunione con la figura di attaccamento. Alternando in modo ambivalente stati di rabbia ad altri in cui si stringono alla madre, si ribellano piangendo, urlando e scalciano a ogni tentativo di conforto. In questa situazione il gioco e l'esplorazione dell'ambiente sono inibiti. Successivamente Mary Main e Judith Solomon (1986) hanno individuato un quarto pattern denominato *disorganizzato/disorientato (tipo D)*, in cui i bambini mostrano una gamma diversificata di comportamenti confusi e disorientati sia in presenza che in assenza della madre (sono rallentati o rimangono immobili, come paralizzati, hanno movimenti stereotipati con posture anomale, utilizzano giocattoli e oggetti dell'ambiente in modo inadeguato).

3) Dalla metà degli anni ottanta, con lo sviluppo di metodi per la valutazione dell'attaccamento negli adulti, la ricerca sull'attaccamento è entrata in una terza fase in cui il centro di interesse è lo studio dell'attaccamento all'interno dell'intero ciclo vitale. Il primo strumento elaborato a questo fine è stato l'*Adult Attachment Interview* (AAI), ideata nel 1986 (Carol George et al.) in California, che si è presto imposta come la tecnica più utilizzata per la valutazione dello stile di attaccamento nell'adulto. L'AAI è un'intervista semistrutturata composta da una serie di domande aperte che riguardano il rapporto della persona con le sue figure d'attaccamento. Si fonda sull'ipotesi che la narrazione rifletta la modalità tramite la quale le esperienze

di attaccamento sono state organizzate sul piano psichico. L'intervista, la cui durata può variare dai 45 ai 90 minuti, è molto simile ad un colloquio clinico ed è stata definita dai suoi ideatori "un tentativo di sorprendere l'inconscio" (George et al., 1986) in quanto mette più volte il soggetto di fronte a richieste imprevedute e al rischio di contraddizioni. L'intero colloquio viene audioregistrato e successivamente trascritto in modo preciso, segnalando con accuratezza anche aspetti non verbali come silenzi, pause, balbettii e incertezze nell'eloquio, fornendo in questo modo informazioni il più possibile precise, attendibili e valide. L'intervista è composta da 20 domande relative alla storia del soggetto riguardo alle esperienze infantili con i genitori, all'evoluzione della qualità di questo rapporto nel corso della vita e alle preoccupazioni e ai desideri riguardo i propri figli. La valutazione avviene tramite:

**L'ANALISI DEL TRASCritto.** Rispetto a cinque scale riferite alla qualità delle esperienze vissute con ognuno dei genitori relativamente alle seguenti dimensioni:

- amorevolezza;
- trascuratezza;
- rifiuto;
- pressione alla riuscita;
- invischiamento/inversione dei ruoli.

**LA VALUTAZIONE DELLO STATO DELLA MENTE.** Comprende le seguenti dimensioni:

- idealizzazione della relazione con la madre;
- idealizzazione della relazione con il padre;
- svalutazione della relazione con la madre;
- svalutazione della relazione con il padre;
- vissuti attuali di rabbia verso la madre e il padre;
- svalutazione generale delle esperienze e dei bisogni di attaccamento;
- passività dei processi di pensiero;
- mancanza di ricordi infantili;
- monitoraggio meta cognitivo;
- disorganizzazione relativa ad esperienze di lutto e di abuso;
- coerenza del trascritto;
- coerenza della mente.

Le risposte vengono valutate lungo una scala di punteggi compresi tra 1 e 9 assegnati

in base alla frequenza e all'intensità con cui l'indice individuato dalla scala compare nel discorso e nei ricordi del soggetto.

L'AAI era stata elaborata inizialmente per confrontare lo stile relazionale dei genitori con quello dei rispettivi figli, nel tentativo di verificare la possibilità di una "trasmissione intergenerazionale" dello stile di attaccamento, un'ipotesi avanzata da Mary Main (1986). In breve tempo, però, l'intervista ha assunto un valore più ampio, divenendo uno vero e proprio strumento di studio della personalità e dei processi cognitivi dall'infanzia all'età adulta, sia in ambito normale che patologico (Crittenden, 1999). Il primo sistema di codifica proposto per la valutazione dell'attaccamento nell'adulto tramite l'AAI è stato messo a punto dalla stessa Mary Main assieme a Ruth Goldwyn verso la metà degli anni ottanta (1985-1994), per quanto il manuale relativo non sia stato ancora pubblicato né in lingua originale né in italiano. Attraverso questo sistema sono stati proposti quattro pattern di stile di attaccamento nell'adulto, ognuno dei quali in relazione con il corrispondente pattern infantile individuato dalla Ainsworth attraverso la SS (vedi Tab. 2.1).

**Tab.2.1 Correlazione tra attaccamento adulto (AA) e infantile (SS)**

<b>Main e Goldwyn (AAD)</b>		<b>Ainsworth (SS)</b>
F – ( <i>Free</i> ) Sicuro	corrispondente a	B- Sicuro
Ds – ( <i>Dismissing</i> ) Distanziante	“	A - Evitante
E – ( <i>Entangled</i> ) Preoccupato	“	C –Resistente/ambivalente
U – ( <i>Unresolved</i> ) Irrisolto	“	D – Disorganizzato/disorientato

Studi attendibili hanno confermato che esiste effettivamente una *trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento*, cioè che l'attaccamento dei figli è influenzato da quello dei genitori. Una meta-analisi della letteratura svolta nel 1995 dal ricercatore olandese Marinus Van IJzendoorn ha considerato 18 studi controllati che hanno confrontato le AAI dei genitori con le SS dei rispettivi figli rilevando una corrispondenza del 70-75%, riguardante però, la relazione con l'attaccamento materno, mentre la correlazione con l'attaccamento paterno sembra notevolmente minore (40-50%) (Van IJzendoorn, De Wolff 1997). I risultati di questi studi, inoltre, sono stati ricavati da campioni di famiglie di classe media e a basso rischio psicosociale. Nelle famiglie ad alto rischio le correlazioni sono minori e si assiste ad una maggiore discontinuità dell'attaccamento durante il corso della vita e tra

generazioni differenti.

Crittenden (1999) ha proposto una versione modificata dell'AAI e sviluppato un nuovo sistema di classificazione dell'attaccamento all'interno del proprio approccio teorico noto come "Modello Dinamico-maturativo". Secondo questa visione, che tiene conto dei lavori di ricerca con le famiglie ad alto rischio psicosociale, la maturazione è in interazione dinamica con l'esperienza e crea delle possibilità di cambiamento dell'attaccamento, cioè delle "riorganizzazioni". I pattern di attaccamento, quindi, possono cambiare nel corso della vita, non solo in seguito ad eventi esistenziali importanti, ma anche semplicemente in funzione dello sviluppo. Il modello della Crittenden, che tiene in considerazione il contributo della psicologia evolutiva, della psicologia cognitiva e delle neuroscienze, sostiene che il pericolo è fondamentale per l'evoluzione dei processi di attaccamento, considerando questo il rovescio della medaglia del concetto di base sicura proposto dalla Ainsworth. Secondo questa prospettiva, anche i pattern insicuri possono essere adattativi in ambienti ad alto rischio scarsamente affidabili. Ogni stile di attaccamento, perciò, comporta aspetti adattativi e non adattativi. Lo stesso Bowlby, per evitare che un determinato pattern fosse connotato negativamente o patologicamente, aveva suggerito che per la classificazione dell'attaccamento si utilizzassero solo lettere (A, B, C). Questa focalizzazione sulla funzione dell'attaccamento si rivela di notevole importanza clinica, in quanto può spiegare lo sviluppo e il mantenimento di condizioni psicopatologiche. Il sistema di classificazione del modello dinamico-maturativo deriva da quello proposto da Mary Ainsworth, ma presenta numerose integrazioni ed espansioni. Tutte le configurazioni di Ainsworth e Main sono comunque mantenute.

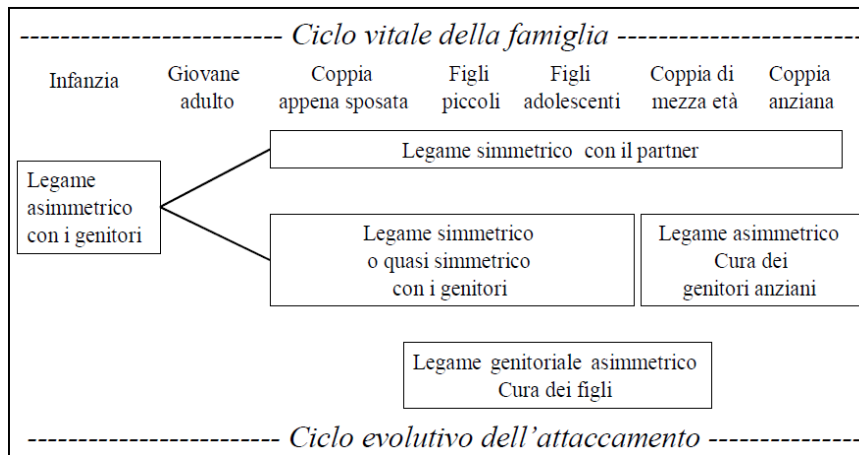
La visione dinamico maturativa si è rivelata compatibile con molte teorie e può risultare utile a ricercatori e clinici di formazione diversa. Per la valutazione dell'attaccamento nell'adulto, oltre all'AAI, sono utilizzati anche questionari *self-report* come l'*Adult Attachment Questionnaire* (AAQ) di Hazan e Shaver (1987), il *Relationship Questionnaire* (RQ) di Bartholomew e Horowitz (1991) e l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ) di Feeney et al. (1994).

L'utilizzo di questi strumenti autovalutativi presenta grandissimi vantaggi, ma anche numerosi limiti (Poerio 1998; Baldoni 2004). Un questionario può essere compilato in pochi minuti e codificato da chiunque, anche non esperto. In questo modo si possono

valutare ampi campioni di popolazione in breve tempo. Questi strumenti, però presentano numerosi problemi di validità. Le procedure classiche per la valutazione dell'attaccamento, come la *Strange Situation* e l'*Adult Attachment Interview* sono state studiate appositamente per porre l'individuo (bambino o adulto) in una condizione di moderato pericolo, in modo da far emergere in lui comportamenti specifici relativi all'attaccamento. E' evidente che un questionario, non ponendo la persona in queste condizioni, non può fare emergere tali aspetti. I modelli operativi interni relativi all'attaccamento, inoltre, sono preminentemente inconsci, mentre un questionario può rivelare, nella migliore delle ipotesi, ciò di cui siamo consapevoli e che, con onestà, siamo disposti ad ammettere. Per queste ragioni esiste una scarsa correlazione tra i dati dei questionari e i dati della SS e dell'AAI.

I modelli operativi interni relativi all'attaccamento si costituiscono a partire dall'infanzia, ma rimangono attivi per tutta la vita ("dalla culla alla tomba", come diceva Bowlby). Anche gli adulti, infatti, sviluppano legami significativi che hanno tutte le caratteristiche della relazione di attaccamento infantili. Si riscontrano, però, anche delle differenze.

Nella **Fig. 2.1** è rappresentato in modo schematico lo sviluppo dell'attaccamento rispetto al ciclo vitale della famiglia, tenendo in considerazione il modello sistemico-relazionale: nella prima infanzia il legame con i genitori è asimmetrico, con l'età adulta si possono sviluppare legami simmetrici con il partner o con i genitori, e di nuovo un legame asimmetrico con i propri figli (in questo caso la persona che una volta era protetta diventa la persona che protegge). Nell'ultima fase della vita dei genitori è possibile che la relazione con loro ridiventi asimmetrica, ma in modo inverso rispetto all'infanzia, è il caso di un figlio adulto che si occupa dei propri genitori anziani.



**Fig 2.1 Attaccamento nel ciclo vitale( Carli, modifica 1999)**

Il legame amoroso di coppia (*romantic love*) può essere considerato, come si è detto, una relazione d'attaccamento, infatti ne presenta tutte le caratteristiche fondamentali: la ricerca della vicinanza, la protesta per la separazione e l'effetto base sicura (Hazan et al., 2004).

La concettualizzazione delle relazioni sentimentali adulte come relazioni di attaccamento mantiene molti punti in comune con altre teoria dei legami amorosi, in particolare con quella delle componenti dell'amore di Sternberg, nella quale gli spetti di *continuità, passione e impegno* correlano positivamente con le caratteristiche dell'attaccamento sicuro, tanto da aver confermato l'ipotesi che un modello di attaccamento sicuro costituisce un elemento a favore di un buon funzionamento della relazione (Crowell, 2003).

Si è visto che, in questo caso, l'attaccamento è solitamente caratterizzato da una maggiore simmetria e reciprocità del rapporto. In una relazione amorosa tra adulti, infatti, entrambi i membri della coppia dovrebbero essere in grado di svolgere funzioni di attaccamento nei confronti del partner. Questo legame, però, si distingue da ogni altra forma di attaccamento infantile o adulto per l'integrazione dell'attaccamento con i comportamenti sessuali e di accudimento.

Bisogna ricordare che i legami tra partner sessuali adulti sono caratterizzati da un insieme di finalità biologiche condivise: crescita della prole, protezione dei figli fino all'età riproduttiva o all'assunzione del ruolo genitoriale. Questi aspetti, costituiscono alcune delle motivazione che inducono i soggetti adulti a stabilire legami duraturi con i propri partner. Questo viene dimostrato da studi svolti dove si è riscontrato che nelle



relazioni amorose possono manifestarsi sostanzialmente tre tipologie di attaccamento (Hazan e Shaver 1987). Oltre la metà delle persone (55%) manifestano una forma di *attaccamento sicuro*, caratterizzato dalla capacità di vivere esperienze intime, di porsi con il partner in una relazione di reciprocità e di offrire e ricevere aiuto se necessario. Un'altra parte, circa un quarto, presenta una forma di *attaccamento insicuro evitante*, cioè manifesta la tendenza a minimizzare i propri bisogni, a distanziare i sentimenti negativi del sé (rabbia, paura, vulnerabilità), a non coinvolgersi nella vita intima della coppia e a non chiedere aiuto agli altri anche in caso di bisogno. Nel 20% circa è presente, invece, un *attaccamento insicuro preoccupato* (o *ansioso-ambivalente*), si tratta di persone costantemente in tensione che si lamentano della affidabilità, della disponibilità e della capacità di amare del proprio partner.

E' particolarmente interessante considerare come i diversi stili di attaccamento si combinano all'interno della coppia. Riguardo alla scelta del partner, infatti, i dati emersi dalle ricerche concordano ampiamente (Carli 1995; Baldoni, 2004). Le persone che manifestano una forma di attaccamento sicuro solitamente si legano con persone altrettanto sicure. Le persone insicure possono legarsi ad una persona sicura, ma, più frequentemente, sviluppano una relazione con un'altra persona insicura di polarità opposta: le persone evitanti tendono a legarsi con soggetti preoccupati e quelle preoccupate con evitanti. Le relazioni tra persone insicure dello stesso tipo sono molto rare e di breve durata. Probabilmente la nostra specie (spiegazione di tipo evolutivo) è dotata della capacità, attraverso il rapporto di coppia, di correggere aspetti sfavorevoli dei modelli individuali di attaccamento. La relazione con una persona di caratteristiche opposte può ampliare le possibilità di adattamento e la tenuta nel tempo della coppia, permettendole di esprimere al meglio le proprie potenzialità, compresa quella di avere figli.

Riguardo alla *generatività* e alla *genitorialità*, le persone con attaccamento sicuro sono quelle che manifestano le maggiori capacità di fornire un supporto reciproco al partner e di sviluppare progetti di coppia comuni, come quello di diventare genitori. Nei soggetti insicuri, distingueremo le persone evitanti che tendono a sviluppare con gli altri relazioni di tipo strumentale e opportunistico, spesso non desiderano avere figli o si riconoscono poco nel ruolo di genitori, delegando al coniuge questo compito. Le persone preoccupate, invece, vivono le relazioni intime in modo intrusivo e manipolatorio e si attendono di ricevere da esse aiuto e protezione; solitamente

desiderano diventare genitori, ma si aspettano di essere accuditi e rassicurati dai figli, confondendo i propri bisogni con i loro. In questo modo la relazione di attaccamento tende paradossalmente ad invertirsi (Belsky 1997; Baldoni 2004).

Per quanto riguarda l'attaccamento in correlazione con il carcinoma mammario non viene affrontata in modo diretto. Si può evincere che questo aspetto è da estrapolare al macro contesto familiare, quale la psiconcologia si occupa. La teoria dell'attaccamento di Bowlby, è utile per comprendere se e come le dinamiche affettive possano avere un ruolo nell'insorgenza della patologia cancerosa, e di sondare in un diverso ambito di ricerca il potere esplicativo della teoria stessa. La continuità e la stabilità nel tempo dei modelli di attaccamento è stata ampiamente dimostrata e il rapporto tra qualità dell'attaccamento e rischio di patologia è stato esaminato in più lavori, tanto che Holmes (1994) ritiene che la internalizzazione di pattern di attaccamento disturbati possa influenzare le relazioni successive in modo da rendere la persona più vulnerabile allo stress e che la percezione attuale di una persona delle proprie relazioni e l'uso che essa fa di queste possa renderla più o meno vulnerabile a crolli psicologici dovuti a difficoltà.

Questa correlazione però viene conteso in altri ricercatori. Per esempio, studi hanno dimostrato che le donne con cancro al seno hanno più probabilità di controllare le emozioni rispetto a donne sane (Watson et al., 1991).

La teoria dell'attaccamento fornisce un quadro per l'esame dei fattori psico-sociali delle relazioni familiari nel cancro; in particolare, la mancanza di vicinanza tra genitore e bambino coerente con legami affettivi tra bambino e figura di attaccamento. Così, la storia di un individuo che ha avuto un attaccamento insicuro, lo riverserà nelle relazioni interpersonali in età adulta, attraverso i modelli operativi interni. Un rapporto difficile o conflittuale con i genitori, inteso come esito di una storia di deprivazione affettiva avvenuta nell'infanzia, è riferito in più ricerche, in modo diretto o indiretto, in relazione ai pazienti neoplastici, i quali sembrano descrivere i loro genitori come persone fredde sul piano emotivo, rigide, meno benevole e protettive nei loro riguardi. Ciò è emerso sia da studi retrospettivi che da quelli prospettivi. Tra questi si menziona quello della Kotler (1994) dove si ipotizza una relazione tra stile di attaccamento evitante e cancro. Va inoltre considerato che attualmente la ricerca sull'attaccamento, oltre agli studi basati su una prospettiva di tipo psicologico ed etologico, si è arricchita dei contributi di numerosi studi di matrice

psicobiologica con l'obiettivo specifico di evidenziare eventuali correlazioni tra l'esperienza psicologica della separazione o perdita e l'attività funzionale dei sistemi neurovegetativo endocrino e immunitario. E' significativo a tale riguardo lo studio di Taylor (1998), il quale, integrando in modo coerente i contributi della ricerca psicobiologica e le teorizzazioni della psicoanalisi contemporanea, propone un nuovo modello di malattia, alternativo al modello psicosomatico tradizionale, in cui la vulnerabilità alla malattia fisica dipenderebbe da una ridotta capacità dell'individuo di autoregolare alcune funzioni psicobiologiche essenziali e come risultato, vi saranno difetti evolutivi dovuti a carenze nei rapporti oggettuali primari; la qualità del primo legame di attaccamento diventa entro questa cornice una variabile fondamentale. Nella teoria di Taylor la perdita della madre non solo susciterebbe risposte psicologiche ma avrebbe anche un effetto diretto sul corpo a causa della perdita delle regolazioni biologiche precedentemente fornite dalla madre. In conseguenza di ciò, alterazioni precoci di sistemi organici possono influenzare successivamente la vulnerabilità dell'individuo alla malattia.

Per quanto riguarda la relazione tra attaccamento adulto e donne affette da carcinoma mammario, le ricerche suggeriscono che un supporto emotivo da parte del partner aiuta ad affrontare il periodo di malattia. Tra questi, si è dimostrato che gli adulti hanno una tendenza comportamentale a cercare supporto per fronteggiare eventi stressanti (Kobak, 1994), questo permetterebbe un miglior adattamento. Ovviamente, data la delicata situazione di malattia, influisce su entrambi i sistemi comportamentali dei partner, e se è presente un modello operativo interno caratterizzato da un attaccamento sicuro, allora si riuscirà a fronteggiare a meglio l'evento stressante. Diversi studi che riguardano le reazioni delle coppie ad una minaccia di cancro permettono di innescare quel modello di comportamento che prevede la ricerca di entrambi i partner (Friedman et al., 1988; Leiber et al., 1976) e se non risulta una relazione di attaccamento sicuro, l'esperienza di malattia viene vissuta talmente con tanto disagio che nemmeno un sostegno sociale supplementare può compensarlo (Pistrang & Barker, 1995).

Un altro contributo è dato da Lyman Wynne (1988) cui applica i risultati delle ricerche sull'attaccamento con il modello epigenetico, dove per epigenetico, intende: "eventi che nascono (genesi) e che successivamente si sviluppano (epi). Le influenze costituzionali sperimentali si ricombinano in ogni fase per creare nuove potenzialità.

Questo determina la fase successiva. Se le transazioni in una data fase sono distorte o omesse, tutte le fasi successive saranno alterate perché si costruiscono su un substrato diverso” (Wynne, 1965). Questo modello può essere utile per spiegare le dinamiche familiari durante un evento di cancro, che come risposta attivano il processo di attaccamento e caregiving. E questo, in accordo con il modello, permette di attivare delle sequenze epigenetiche che mirano a migliorare la condizione.

Secondo il modello di Wynne, sono quattro le capacità che la famiglia mette in funzione:

-Attaccamento / Caregiving.

-Comunicazione: Si caratterizza come ottimale quando l’attenzione è focalizzata su una credenza in una realtà sociale condivisa. Se questa condivisione comunicativa non si compie, l’attaccamento sicuro non sarà rafforzato.

-Problem-solving: comporta impegno condiviso in compiti che creano il potenziale di crescita relazionale.

-Mutualità: Una famiglia che è in grado di mettere in relazione con la mutualità mantiene la sua composizione di appartenenza ma cambia la forma o il contenuto delle relazioni in risposta ad una nuova situazione.

Il cancro “richiede” alla famiglia di rivedere i suoi modi di relazionarsi. Problemi legati alla cura del cancro richiedono ai membri della famiglia di trasferirsi in ruoli che devono essere presi in comune accordo dalle persone coinvolte. Se questo non viene realizzato, il rapporto è a rischio di rotture.

### **2.3 ASPETTI PSICOLOGICI E SOCIALI**

La genitorialità, ossia divenire genitori, non coincide con l'evento della nascita ma è connessa a un lungo processo di elaborazione delle proprie relazioni affettive, che determina un'**alterazione dell'equilibrio della coppia**. Tale alterazione può portare alla costituzione di un nuovo equilibrio che favorisce una relazione armoniosa bambino-genitori.

Affinché questo avvenga, i genitori devono possedere una serie di aspetti psicologici e sociali, che promuovono lo sviluppo psicofisico del bambino, dalla nascita fino

all'adolescenza. La genitorialità (detto parenting) descritto lungo le due dimensioni “**supporto**” e “**controllo**” (Maccoby e Martin 1983; Rollins e Thomas 1979), ha come scopo lo sviluppo fisico, intellettuale ed emotivo del bambino e questo processo è fortemente influenzato dalle caratteristiche dei genitori e della famiglia che si “costituisce” con l'arrivo del bambino stesso. Nello specifico si parla:

- a) nurturant caregiving, che comprende l'accoglimento e la comprensione delle esigenze primarie (fisiche e alimentari);
- b) il material caregiving, che invece riguarda le modalità con cui i genitori preparano, organizzano e strutturano il mondo fisico del bambino;
- c) il social caregiving, che include tutti i comportamenti che i genitori attuano per coinvolgere emotivamente i bambini in scambi interpersonali;
- d) il didactic caregiving, riferito alle strategie che i genitori utilizzano per stimolare il figlio a comprendere il proprio ambiente.

## **ASPETTI PSICOLOGICI**

LA PERSONALITA' DEL GENITORE: intesa come un'organizzazione complessa, dinamica e coerente di variabili psicologiche possedute da un individuo che influenzano i suoi comportamenti in varie situazioni:

-CREDENZE: generano aspettative, scopi, bisogni e costituiscono il nucleo di altre variabili di personalità. Il sistema di credenze riguarda il modo in cui i genitori educano i propri figli, influenzati a loro volta dalla componente sociale e culturale (adesione a norme o valori di riferimento, formazione di preconcetti sulla natura dei bambini, sul ruolo che i genitori svolgono e sui compiti che assolvono) e dell'esperienza personale del genitore. I genitori possiedono delle credenze riguardanti i loro figli, costruiscono delle *immagini* (M. Aliprandi et al.,1990). Finché tali credenze sono positive (“Credo che mio figlio sia sveglio/si comporti educatamente...”) il rapporto non risente di particolari problematiche. Infatti, le credenze dei genitori creano attese poiché producono interpretazioni circa il comportamento e gli atteggiamenti del bambino. Quando le credenze sono troppo rigide o estreme possono portare a strategie parentali abnormi: genitori che credono di non avere potere nell'influenzare lo sviluppo dei figli. Questi sono inclini ad agire di meno e a rinunciare all'accudimento, credono che i figli sappiano cavarsela da soli, rinunciano a fornire controllo e sicurezza, per far sì che i bambini imparino dai propri

errori. Genitori che credono di avere il potere di determinare lo sviluppo dei figli. Questi sono inclini a punire per eliminare i comportamenti indesiderati.

-AUTOSTIMA: il modello biopsicosociale riconosce nello sviluppo dell'autostima, un'influenza di fattori legati al temperamento con cui si nasce, alla personalità e alle relazioni affettive e sociali che si vivono. Per autostima specifica al ruolo parentale, si intende l'autovalutazione di sé come genitore, informa sulla sicurezza di sé in quell'ambito e predice la qualità delle prestazioni e il successo o il fallimento nei compiti parentali. L'autostima è correlata al modo in cui i genitori affrontano i compiti parentali: se vi è una bassa autostima c'è una discrepanza tra le proprie autovalutazioni e le proprie aspirazioni: i genitori tendono ad affrontare i compiti parentali in maniera insicura, convinti di avere poche probabilità di successo, dubbiosi sulla propria competenza, sono ansiosi e incerti di fronte ai problemi, tendenza a trascurare i bisogni del figlio, oppure essere intrusivi. Se vi è un'alta autostima c'è poca discrepanza tra le proprie autovalutazioni e le proprie aspirazioni: i genitori tendono ad affrontare i compiti parentali in maniera sicura, convinti di avere delle buone probabilità di successo, non si scoraggiano davanti agli insuccessi, mettono in atto comportamenti più funzionali.

-AUTOEFFICACIA: si riferisce alla percezione di se come persona capace di ottenere un dato effetto e di raggiungere uno scopo, di essere all'altezza di determinati eventi e di essere in grado di cimentarsi con successo nei compiti di vita. Per autoefficacia genitoriale, si intende la convinzione di poter gestire adeguatamente le attività necessarie per allevare i figli e la relazione con essi nelle diverse fasi della crescita: Saper mantenere una buona comunicazione; supportarli e sostenerli emotivamente e affettivamente; favorire il processo d'individuazione. **Atteggiamenti efficaci dei genitori** possono essere: creare un ambiente familiare stimolante; rispondere in modo coerente e contingente al comportamento dei bambini; concedere autonomia ai figli e interagire con loro in modo non intrusivo; mantenere la disciplina usando il meno possibile le punizioni e avvalendosi di metodi che incoraggiano comportamenti positivi; avere verso il bambino, un atteggiamento di calore e sostegno emotivo. Questo può avvenire: avendo aspettative adeguate; spiegando chiaramente ciò che si aspettano da loro; fornendo l'aiuto necessario; rimuovendo eventuali ostacoli; offrendo modelli adeguati.

Una bassa autoefficacia è costituito da: sensazione di impotenza appresa; condotte

materne coercitive e controllanti; stile di coping passivo.

-PERFEZIONISMO: è una caratteristica personale che si manifesta attraverso svariati comportamenti, credenze, stati d'animo, modi di affrontare la vita. Una delle caratteristiche centrali del perfezionismo è la cosiddetta «tirannia dei devo», ovvero la presenza di idee rigide, che indicano il giusto comportamento da mettere in atto e, spesso, la punizione per il fallimento. Un'ulteriore caratteristica del perfezionismo è il bisogno di controllare l'incertezza, con conseguenti forti dubbi su quale sia l'azione giusta da compiere, quale sia il modo giusto di eseguire un compito, quale sia il giusto comportamento da tenere nelle varie circostanze, ecc. aspettative genitoriali troppo alte porterebbero i bambini a non sentire mai di aver fatto le cose abbastanza bene da essere accettate. Alcuni iniziano a pensare che sia necessario agire in modo impeccabile per essere amati, anziché essere accettati per come si è. Quello che il bambino ottiene con una prestazione solo adeguata è la promessa di accettazione se la prossima volta dimostrerà di far meglio. In questo modo i genitori favoriscono lo sviluppo di bambini sempre alla ricerca dell'eccellenza, ma nello stesso tempo ansiosi, insicuri incapaci di capire quale dovrebbe essere una performance sufficientemente buona.

-SCOPI: rappresentazioni mentali di stati del mondo che regolano il comportamento di un individuo selezionandone e controllandone le azioni, in modo da adattare il mondo a tali rappresentazioni. Credenze distorte o irrealistiche portano a degli scopi disfunzionali. Il genitore deve avere come propri scopi quelli del figlio. I genitori focalizzati su scopi trattamenti personali mostreranno più emozioni negative e maggiore controllo nei confronti del loro bambino e percepiscono i comportamenti negativi di quest'ultimo come intenzionali.

-ATTRIBUZIONI: processo psicologico mediante il quale gli individui nella vita di ogni giorno spiegano e interpretano la realtà riconducendola a specifiche cause. Questo è riconducibile anche alle strategie parentali. Talvolta i genitori distorcono le procedure di attribuzioni producendo un giudizio tendenzioso, caratterizzato da autoritarismo, coercizioni e punizioni sui figli.

-CAPACITA' METACOGNITIVE: permette al genitore di padroneggiare gli stati mentali propri e del figlio, spiegando e prevedendo le azioni proprie e altrui al fine di svolgere compiti e risolvere problemi connessi all'esercizio del ruolo parentale. Tali genitori riescono a riconoscere, regolare e monitorare gli stati mentali propri e del

bambino, percepire i suoi sentimenti e identificarsi con essi ed essere costantemente sintonizzati sui suoi bisogni e obiettivi evolutivi, interagendo con lui in maniera sensibile e responsiva. I genitori con disturbi psichici e quelli maltrattanti o trascuranti tendono ad avere deficit in una o più di tali funzioni metacognitive, che comportano un fallimento nel prendersi cura in maniera adeguata del figlio.

- **ABILITA' DI COPING E PROBLEM-SOLVING:** i genitori devono essere dotati di buone abilità di Coping, inteso come un insieme di strategie cognitive e comportamentali efficaci per fronteggiare le situazioni stressanti, e di Problem-Solving, inteso come insieme di processi per analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche. Bisogna inoltre distinguere tra:

- Coping Attivo (situazione modificabile che viene affrontata);

- Coping Passivo (situazione non modificabile al quali bisogna adattarsi).

Per risolvere un problema è necessario che i genitori riconoscano il problema, lo definiscano e lo descrivano, ne analizzino le cause, identifichino approcci alternativi per la sua risoluzione, valutino le conseguenze a breve e a lungo termine di ogni approccio e selezionino l'approccio più promettente per poi attuarlo e valutarne l'efficacia.

Vicentini (2003), in una meta-analisi della letteratura scientifica, individua otto funzioni **genitoriali**:

**1. Funzione protettiva:** E' la funzione tipica del caregiver, che consiste nell'offrire cure adeguate ai bisogni del bambino. Le figure dei caregiver rispondono soprattutto al bisogno di sviluppare costanti relazioni di accudimento e al bisogno di protezione fisica e di sicurezza. La vicinanza della figura materna e paterna e il mantenimento di una relazione di attaccamento sono vissuti come fonte di sicurezza, mentre una minaccia di perdita potrebbe originare ansietà, collera e dolore.

**2. Funzione affettiva:** E' la capacità di entrare in risonanza affettiva con l'altro senza esserne inglobato e gli "affetti vitali" che stanno ad indicare l'insieme dei gesti, delle frasi e delle parole che contengono al loro interno un dimensione relazionale affettiva e che veicolano un sentimento. E' il "mondo degli affetti" quindi a definire la qualità emotiva-affettiva dentro la quale il bambino è inserito: l'interazione con il mondo degli adulti è guidata in modo principale dalla ricerca di emozioni positive da



condividere. I bambini hanno bisogno quindi di vivere emozioni positive con i propri genitori, perché è attorno a queste che si coagula il loro mondo affettivo e relazionale.

**3. Funzione regolativa:** intesa come la capacità che il bambino possiede fin dalla nascita di "regolare" i propri stati emotivi e organizzare l'esperienza e le risposte comportamentali adeguate che ne conseguono. La capacità di regolazione sembra essere la base per poter decodificare le proprie esperienze e non sentirsi sopraffatti da queste. Le strategie per la "regolazione di stato" sono inizialmente fornite dal caregiver. La difficoltà del caregiver a questo livello porta a disturbi della regolazione (difficoltà nel regolare il comportamento, i processi sensoriali, fisiologici, attentivi, motori o affettivi, nell'organizzare uno stato di calma, di vigilanza, o uno stato affettivo positivo). La funzione regolativa genitoriale può avere un funzionamento iper (con risposte intrusive che non danno tempo al bambino di segnalare i suoi bisogni o i suoi stati emotivi), ipo (quando vi è una mancanza di risposte), inappropriata (quando i tempi non sono in sincronia con il bambino).

**4. Funzione normativa:** Conseguente all'evolversi della funzione regolativa o forse come funzione a sé stante sta la funzione normativa, che consiste nella capacità di dare dei limiti, una struttura di riferimento, una cornice e corrisponde a quel bisogno fondamentale del bambino che è il bisogno di avere dei limiti, di vivere dentro una struttura di comportamenti coerenti. Al centro della capacità di dare delle regole stanno, le aspettative e la consapevolezza dei compiti evolutivi di quella determinata età. La funzione normativa riflette l'atteggiamento genitoriale di fronte alle norme, alle istituzioni, alle regole sociali.

**5. Funzione predittiva:** è la capacità del genitore di prevedere il raggiungimento della tappa evolutiva imminente. I genitori adeguati sanno percepire in modo realistico l'attuale stadio evolutivo del bambino e sanno, però, nel contempo, intuire quei comportamenti che promuovono e sviluppano il nuovo comportamento. La funzione predittiva non è solo la capacità di intuire e facilitare lo sviluppo del bambino, ma soprattutto la capacità di cambiare modalità relazionali con il crescere del bambino e con l'espandersi del suo mondo e delle sue competenze.

**6. Funzione significativa:** Bion (1963) parla di "funzione alfa" della madre come capacità di dare un contenuto pensabile e/o sognabile, in definitiva utilizzabile dall'apparato psichico, alle percezioni, alle sensazioni del neonato che sono ancora

prive di spessore psichico. La madre costituisce un contenitore dentro il quale il bambino inizia a pensare, poiché adattandosi ai bisogni del bambino aiuta il bambino stesso a comprendere il suo bisogno. Questo postula un complesso intreccio di proiezioni e identificazioni tra madre e bambino: la madre crea una cornice che dà senso all'azione del bambino. Questo dare senso ai suoi bisogni, ai suoi gesti all'inizio casuali, ai suoi movimenti, alle sue espressioni, inserisce il bambino in un mondo di senso.

**7. Funzione rappresentativa e comunicativa:** Stern (1985) definisce la funzione rappresentativa come lo "schema di essere con" e che presuppone un insieme di interazioni reali con il bambino. La funzione rappresentativa è continuamente arricchita da nuove rappresentazioni di "essere con" che allargano il mondo interattivo del bambino e dei suoi genitori. Per funzione rappresentativa va intesa proprio questa capacità di modificare continuamente le proprie rappresentazioni in base alla crescita del bambino e dell'evolvere delle sue interazioni, facendo nuove proposte o sapendo cogliere dal bambino i suoi nuovi segnali evolutivi: "finché le rappresentazioni del bambino non vengono modificate, il bambino, per quanto gli è ancora possibile, agirà come faceva prima dei cambiamenti avvenuti nei suoi genitori". Sempre secondo Stern (1985), lo sviluppo del mondo rappresentazionale del bambino è conseguente ai cambiamenti delle rappresentazioni genitoriali.

**8. Funzione triadica:** la capacità dei genitori di avere tra loro un'alleanza cooperativa fatta di sostegno reciproco, capacità di lasciare spazio all'altro o di entrare in una relazione empatica con il partner e con il bambino. Questo determina la creazione di una relazione dove vi è la presenza del terzo, che può essere anche solo percepita, dà al bambino un orizzonte molto più aperto dove collocarsi, e offre al bambino possibilità di adattamento e di interazione molto maggiori. Esiste, a livello di affetti, un contatto reciproco tra la coppia genitoriale e il bambino che mantiene viva e dinamica la relazione.

## **ASPETTI SOCIALI**

**-IMPEGNO LAVORATIVO DELLA MADRE:** la gravidanza, la maternità e il lavoro costituiscono eventi di importanza fondamentale nella vita di ogni donna e determinano intense e significative esperienze personali e sociali capaci di stimolare

dinamiche profonde e di evocare importanti aspetti del mondo interno, delle fantasie e dell'immaginario individuale e collettivo.

La maternità è un aspetto della femminilità che nessuna donna può ignorare ma nello stesso tempo porta atteggiamenti ambivalenti, perché la sentono come una scelta alternativa rispetto al lavoro. Il lavoro è divenuto un elemento importante nel percorso di presa di coscienza di sé e di autostima intrapreso dalle donne, poiché le ha rese sempre più consapevoli del ruolo fondamentale che possono svolgere nella trasformazione della società. Emerge così un'immagine di donna più attenta alla relazione con l'altro, più capace di ascoltare, di osservare, e di gestire gli eventuali conflitti. Il lavoro quindi verrà scelto, nei limiti del possibile, in relazione alle proprie esigenze e alle proprie caratteristiche personali, avendo come obiettivo l'autorealizzazione e la ricerca di senso e significato. Nonostante sia socialmente accettato che la donna abbia un'occupazione extrafamiliare, spesso tale accettazione è puramente formale: vengono messe in discussione, da un lato, le capacità creative e intellettuali, dall'altro quella procreativa, insinuando dubbi sull'adeguatezza della donna lavoratrice al ruolo di moglie e madre. Questa situazione inibisce e limita le libere aspirazioni professionali, e fa sì che la donna spesso accetti rapporti di dipendenza. L'analogia tra maternità e lavoro esiste perché entrambi i contesti mettono in gioco il rapporto con i genitori interiorizzati e forniscono un'occasione per rielaborare in fantasia il legame con l'oggetto primario perduto. Poiché entrambe le situazioni rafforzano la relazione con la realtà, esse richiedono di trovare un giusto equilibrio. Domandandosi se la scelta di non lavorare non possa rappresentare un inconscio desiderio di espiazione, questo ci aiuterebbe a capire perché, spesso, le donne che rinunciano al lavoro per la maternità entrano in crisi depressive.

Approfondendo tale aspetto correlandolo con il carcinoma mammario, il luogo di lavoro diventa una delle principali sedi di gestione delle conseguenze (quantomeno) sociali del problema. Perciò, soprattutto negli ultimi anni, si è sviluppata una nuova politica di Responsabilità Sociale delle Imprese <sup>5</sup>, finalizzata prevalentemente ad avviare programmi di comunicazione contro la malattia. Nonostante le campagne di informazione attivate per incentivare i controlli oncologici preventivi, in realtà sono

---

<sup>5</sup>Il contributo italiano alla campagna di diffusione della CSR in Europa, pubblicazione a cura del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

ancora poche le aziende che offrono concretamente alle loro lavoratrici la possibilità di godere di appositi servizi sanitari per favorire la diagnosi precoce <sup>6</sup>. Molte imprese infatti si trovano il più delle volte impreparate ad affrontare casi di lavoratrici affette da carcinoma mammario e incontrano serie difficoltà nel fronteggiare i loro bisogni: al problema di conciliare i tempi aziendali con i tempi necessari alla cura del tumore, si aggiungono quelli connessi alla riqualificazione e al reinserimento professionale delle lavoratrici nel momento del loro rientro in azienda. Così, vinta la malattia, queste donne si trovano spesso a dover intraprendere una nuova battaglia contro pregiudizi, diffidenze e ostacoli organizzativi legati alle rigidità del contesto aziendale. L'impresa è in tal senso concretamente chiamata a rivestire il suo ruolo sociale, non solo sviluppando un atteggiamento di tutela dell'interesse collettivo, ma anche attuando, nei confronti delle dipendenti malate, politiche aziendali che rendano più semplice svolgere il proprio lavoro e contemporaneamente gestire i problemi connessi alla patologia. Al fine di tutelare il diritto alla salute <sup>7</sup> e il diritto al lavoro della donna, senza danneggiare il diritto del datore di lavoro all'attività di impresa <sup>8</sup>, la legge prevede un periodo predeterminato, durante il quale il lavoratore malato non può essere licenziato: è il cosiddetto "periodo di comporto". In questo lasso di tempo, la lavoratrice affetta da tumore potrà godere dei trattamenti retributivi. Al termine del periodo di comporto, però, potrà (nel rispetto delle norme vigenti) essere licenziata. E' proprio in questa fase che si rende necessaria una maggiore tutela per le donne affette da tumore che, per le caratteristiche della malattia, spesso necessitano di un periodo di comporto più esteso rispetto a quello normalmente previsto. E qui, un ruolo fondamentale è ricoperto dalla contrattazione collettiva (a cui spetta infatti individuare la durata del periodo di comporto, che può variare in base alla qualifica e

---

<sup>6</sup>Tale situazione, a onor del vero, è in gran parte imputabile alle caratteristiche del mercato produttivo italiano, caratterizzato in prevalenza da piccole e medie imprese che faticano a sostenere i costi legati ad attività mediche di prevenzione. Si rinvia inoltre, per una presentazione delle buone prassi italiane nell'ambito della CSR al volume Responsabilità sociale delle imprese: esempi di buone pratiche italiane, pubblicazione a cura del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005.

<sup>7</sup>Articoli 32 e 30 della Carta Costituzionale.

<sup>8</sup>Articolo 41 della Carta Costituzionale

all'anzianità di servizio), come il CCNL (Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro)<sup>9</sup>. Oltre ai contratti collettivi, anche la legge prevede un'ulteriore possibilità di estendere il periodo di comporto, attraverso permessi riservati alle lavoratrici che siano riconosciute in particolare situazione di svantaggio. Nello specifico, *la legge n. 104 del 1992* sancisce il diritto della dipendente malata di godere di permessi lavorativi per seguire le cure necessarie, concedendo la stessa facoltà anche a un familiare che la assiste. I benefici destinati alle donne affette da carcinoma mammario sono di due tipi: quelli previsti in caso di invalidità e quelli previsti in caso di “handicap in situazione di gravità”. Il riconoscimento dello stato di invalidità può essere richiesto da tutte le donne operate che abbiano subito una quadrantectomia, una mastectomia o una semplice tumorectomia ed è necessario per ottenere agevolazioni sociali e lavorative. Quando viene riconosciuto lo stato di cosiddetto «handicap in situazione di gravità», *l'articolo 33 della legge n. 104 del 1992* stabilisce che la lavoratrice possa usufruire, all'interno dell'orario di lavoro, di due ore al giorno o, a scelta, di tre giorni al mese. La norma prevede inoltre per la donna il diritto di scegliere, laddove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio. Infine, nel caso in cui alla donna sia riconosciuta un'invalidità superiore al 50 per cento, la lavoratrice avrà anche diritto a trenta giorni all'anno, anche non continuativi, di congedo retribuito per cure mediche connesse allo stato di invalidità.

La Legge Biagi (*articolo 46, comma 1, lettera t del decreto legislativo n. 276 del 2003*) prevede per i lavoratori affetti da patologie oncologiche, che permangono in condizioni di ridotta capacità lavorativa anche a causa degli effetti invalidanti delle terapie salvavita, il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale verticale o orizzontale<sup>10</sup>. In questo modo, il contratto di lavoro a tempo parziale diventa uno strumento efficace per adeguare le esigenze di competitività delle imprese alle istanze di tutela del lavoratore.

-SUPPORTO SOCIALE: il quale è in grado di influenzare la funzione genitoriale e il benessere familiare, può essere:

Strumentale o Materiale (comportamenti d'aiuto, beni materiali o servizi);

---

<sup>9</sup>Si vengano in tal senso: il CCNL Enti locali del 14 settembre 2000, il CCNL Scuola del 26 maggio 1999, il CCNL Cassa Depositi e Prestiti del 2 luglio 2002, il CCNL Ministeri del 16 febbraio 1999.

Emotivo (sostegno psicologico e incoraggiamento);

Informativo (informazioni e consigli);

Comparativo (consigli forniti da altre persone nelle medesime condizioni). Esso può essere ricevuto attraverso: Reti Familiari o Amicali (supporto naturale o informale);

Professionisti o Legami Sociali (supporto formale).

In definitiva se un buon supporto sociale può favorire l'adattamento al ruolo parentale, nell'altro lato della medaglia può condurre a disagio psichico nei genitori, difficoltà a svolgere i compiti parentali e prestazioni genitoriali di bassa qualità. E' quindi necessario fornire contemporaneamente interventi specialistici di alta qualità, spesso a lungo termine, di aiuto sia materiale che psicologico, condotti da personale specializzato e finalizzati a: limitare, ridurre o eliminare il disagio fisico, psichico o socio-economico; implementare le abilità genitoriali; migliorare il benessere psicofisico, la situazione economica, la qualità della vita e le abilità di coping e di problem solving di tutti i membri della famiglia. Alcuni Supporti Sociali sono:

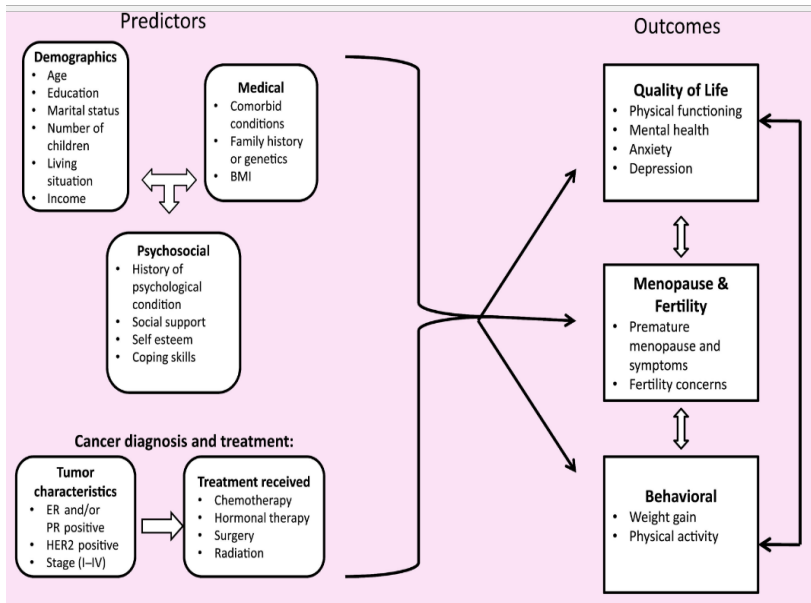
- Caregiver Complementari: sviluppare legami di attaccamento anche con soggetti esterni alla famiglia, e questo può consentire al bambino di saper fronteggiare situazioni difficili e stressanti, divenendo inoltre socialmente più competente;

- Nonni Caregiver: la loro influenza si realizza sia in modo indiretto, attraverso il sostegno fornito ai genitori, che diretto, con una promozione della socializzazione del nipote. Risultano inoltre fondamentali per contrastare gli effetti negativi delle famiglie conflittuali o problematiche;

- Asili e Babysitter: i risultati di numerose ricerche hanno dimostrato che l'asilo, purché di buona qualità e per poche ore al giorno, può fornire un valido supporto nei casi di genitori che lavorano o con varie problematiche. Anche le babysitter possono rivelarsi come un'importante figura di attaccamento, anche se la professione andrebbe regolamentata (ad esempio, assicurarsi che sia sempre la stessa babysitter) per evitare servizi di bassa qualità, i quali possono risultare nocivi.

La psiconcologia costituisce un punto di riferimento per tutti coloro che nel trattamento della malattia neoplastica hanno un visione olistica di una persona malata, tenendo in considerazione la complessità dei fattori che sono in gioco, da quelli biologici a quelli emotivi. Nello specifico del tumore al seno, Howard-Anderson et al. (2012), in una revisione sistematica, si interessano particolarmente all'impatto che il

cancro al seno può avere sulla salute connessa alla QOL, ai cambiamenti riproduttivi associati al trattamento (insorgenza della menopausa e dei sintomi correlati, e fertilità ed ai fattori modificabili (in particolare l'aumento del peso e l'inattività fisica) nelle donne più giovani (**Figura 2.2**)



**Figura 2.2** sono mostrati i fattori predittivi e gli esiti più comuni nelle giovani donne colpite da tumore al seno(<51 anni)

Il rispetto della vita della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e la cura del dolore, sono degli obiettivi importanti che si prefissa la disciplina.

Il cancro colpisce il corpo, primo nucleo dell'identità personale, gli provoca cicatrici e ferite, lo aggredisce inducendo dolore, vomito, astenia, perdita dei capelli, determina modificazioni improvvise e violente della sua immagine corporea con conseguenze drammatiche della gestione del quotidiano. Questo è collegato ad una psiche che soffre per la perdita delle sicurezze, per il senso di instabilità, per le limitazioni a livello di relazioni con gli altri, per la paura della morte e dell' "ignoto".

Quindi è necessario che l'assistenza parta con il ri-articolarsi prendendo in considerazione tutte le dimensioni della sua esistenza, e per questo che la psiconcologia si basa su un modello bio-psico-sociale, ovvero un approccio olistico centrato sulla persona, la cui funzione/disfunzione dipende dal livello di integrazione della sfera psicologica, biologica e sociale (Engel G., 1992).

La persona inizia la convivenza e con la consapevolezza della malattia. Le persone tendono ad assumere atteggiamenti diversi per affrontare le situazioni stressanti: alcuni adottano comportamenti razionali e pragmatici altri evitano il confronto, non essendo in grado di controllare le emozioni (Torta, Mussa, 1997).

La guarigione riguarda quei pazienti che hanno vissuto da poter sperare nella realizzazione e/o continuazione del proprio progetto di vita. Guarire, infatti, significa riappropriarsi del proprio percorso esistenziale in tutte le dimensioni che lo hanno caratterizzato, sufficientemente liberi dal terrore e dalla conseguente angoscia vissuta. La guarigione fisica non corrisponde a quella psicosociale. Infatti, in alcune esperienze lo sviluppo di programmi combinati in assistenza oncologica e psicosociale a lungo termine è risultato molto efficace.

La recidiva o la ricorrenza di malattia rappresenta un evento gravemente traumatico per il paziente. Il significato collegato a questo evento è che la cura porta alla guarigione non risulta più possibile e gli interventi mirano al massimo a tenere sotto controllo la malattia. L'assistenza del paziente in questa fase richiede al medico e alla sua équipe competenze professionali e affettive per rendere adeguata l'assistenza ad un paziente che non ha più speranza di vita. A questo punto i sanitari si devono confrontare con la morte e riconoscere i confini del proprio ruolo e della propria persona, consapevole dell'utilità dei tentativi di esorcizzare la morte, attraverso pericolose modalità di accanimento delle terapie, che possono portare il paziente ad una visione frammentata del suo essere.

La definizione della sofferenza psichica, secondaria all' "incontro" con il cancro, riveste un ruolo centrale per l'equipe oncologica in contatto quotidiano con i pazienti e le loro famiglie, che sperimentano stati d'animo reattivi connotati dall'ansia, angoscia, demoralizzazione...consentire l'espressione delle emozioni negative al paziente e ai suoi familiari (i soggetti maggiormente in difficoltà e che vivono da soli sembrano tendere ad abbandonare i trattamenti, o a seguirli in modo non continuato) significa favorire l'adattamento alla situazione reale e permetterebbe la liberazione da sentimenti interni non altrimenti gestibili.

È importante, dunque, saper distinguere e riconoscere le reazioni a finalità adattiva e quindi fisiologiche, dall'insieme di reazioni in cui la funzione di adattamento viene perduta e si struttura in una sintomatologia patologica. Numerose le ricerche (Schaler, 1991; Cunningham, et al., 1991; Ell, 1992; Faller, et al., 1999) hanno



evidenziato l'influenza sul processo di adattamento di alcune risorse psicosociali, quali:

- *Coping*. Stili di *coping* attivi, orientati alla risoluzione del problema correlano positivamente con l'adattamento (Greer et al., 1999).
- *Autoefficacia*. La convinzione di essere in grado di controllare la malattia è significativamente associata ad un buon adattamento (Taylor et al., 1987).
- *Autostima*. I pazienti che reagiscono meglio al cancro hanno alti livelli di autostima, e quelli con bassi livelli sperimentano stati di *distress* (Stiegelis et al., 2003).

Anche la famiglia può essere utilmente descritta come un sistema biopsicosociale. In tal senso i comportamenti individuali di adattamento alla malattia (*illness behaviours*) interagiscono con gli stili relazionali, come anche i valori, le credenze, i comportamenti, gli stili di pensiero, gli affetti dei membri della famiglia. La tensione emotiva (*distress*), il carico oggettivo (*burden*) e la preoccupazione (*strain*) per il congiunto ammalato rappresentano gli indicatori principali dei riflessi psicosociali della malattia sui familiari. Per quanto concerne i comportamenti adattivi (*coping*) dei familiari, questi sono modulati da alcune variabili concomitanti: il supporto sociale disponibile per la famiglia, la resilienza psicologica di ciascuno, gli altri eventi stressanti, la rappresentazione della malattia (Eckenrode, 1991). I riflessi psicopatologici più frequenti consistono in angoscia e umore depresso, diagnosticati come disturbi dell'adattamento, nonché sindromi post-traumatiche osservabili, con una maggiore frequenza, nel caregiver e nei figli del paziente. Infine, anche la struttura delle relazioni familiari viene negativamente influenzata dalla malattia. Si evidenziano conflitti di ruolo, crescenti difficoltà di comunicazione, isolamento sociale, disorganizzazione o, al contrario, esasperato invischiamento.

Gli eventi di vita significativi modulano momento per momento un diverso assetto (pattern) biopsicosociale della famiglia che include risorse adattive e trasformative. Una di questi è l'adattamento del sistema familiare con l'introduzione di un terzo membro, stabilendo un nuovo sistema costituito da: paziente-famiglia-equipe di cura. In questo capitolo si è parlato di come la famiglia assume una struttura relazionale-simbolica e sviluppi un'organizzazione antropologico-culturale. Tenendo in considerazione questi costrutti, se applicati al tema della salute umana, consentono di intendere la malattia come un fenomeno biologicamente fondato che tuttavia non si

risolve solo in questa dimensione ma include anche un asse psicologico e un asse sociale. La malattia neoplastica si costituisce come esempio paradigmatico della crisi evolutiva cui ogni famiglia è destinata, che provoca un passaggio da aspettative di base come legame perenne ad una presa di consapevolezza sulla complessità, la caducità e l'ambiguità dei rapporti affettivi nel corso dell'esistenza della malattia oncologica.

Il ruolo decisivo della famiglia del paziente nella cura della malattia neoplastica è oggetto di un'ampia e articolata riflessione di letteratura. Per spiegare questo, si prende in considerazione due studi: i primi (Robinson, et al., 2002) sostengono che la comparsa del cancro genera dilemma per la famiglia che oscilla fra spinte all'isolamento ed esigenze di connessione, perdita di senso e ricerca di significati, sentimenti luttuosi di perdita e necessità di trasformazione, esigenze di rinuncia. I secondi (Kissane e Bloch, 2005) evidenziano che, poiché la famiglia è il *provider* di cure principale per il paziente neoplastico, il suo stile di funzionamento diviene un fattore chiave per il mantenimento del benessere emotivo del paziente e dei suoi congiunti.

La diagnosi di cancro è un evento stressante o traumatico, per il paziente e la famiglia, che impone un adattamento a una condizione esistenziale incerta e angosciosa, principalmente si manifestano *distress*, ansia e depressione gravi. Nella fase terminale della malattia i sentimenti luttuosi, che preludono alla scomparsa del congiunto, incrementano il rischio psicopatologico dei familiari, particolarmente delle compagne e delle figlie dei pazienti (Lombardo, 2007).

Lo studio delle dinamiche familiari di pazienti neoplastici ha suggerito la possibilità di identificare configurazioni ricorrenti di tali dinamiche che potessero risultare utili in fase di assessment psicologico per individuare le condizioni familiari più a rischio di *distress*. Kissane per primo (1994) descrive cinque tipologie organizzative delle famiglie di pazienti neoplastici derivate dallo studio dei processi comunicativi nel corso di prolungate osservazioni longitudinali nelle fasi terminali della malattia e del lutto conseguente alla morte del congiunto. Kissane valuta la coesione, la libera e reciproca espressione di emozioni e sentimenti nonché la capacità di risoluzione dei conflitti utilizzando la Family Environment Scale. In tal modo egli distingue famiglie funzionali o disfunzionali lungo un continuum che va dalle famiglie "supportive" (*supportive*, 30% dei casi), caratterizzate da forte e stabile coesione; "risolutive di

conflitti” (*conflict resolvers*, 20%), nelle quali si osserva una comunicazione efficace; “intermedie” (*intermediate*, 30%); “ostili” (*hostile*, 6%), afflitte da scadente coesione e frequente conflittualità; e, infine, “cupe” o “mute” (*sullen*, 9%), sofferenti di livelli clinici di depressione sostenuta da rabbia repressa.

Sulla base di queste considerazioni, vi sono una serie di interventi centrate su *skills* comunicativi, sulla facilitazione dell’espressività emozionale e la condivisione empatica dei sentimenti di frustrazione, rabbia e dolore depressivo scatenati dalla malattia, sulla ristrutturazione cognitiva dell’esperienza di malattia. Alcuni di essi sono:

### **I “family treatments” nei contesti biomedici**

Gli interventi psicosociali rivolti alla famiglia del paziente oncologico proposti sono:

- Family therapy;
- Family counselling;
- Family psychoeducation;
- Family information and support programs;
- Direct provision of health services to the family;
- Family conferences;
- Family meetings.

Ciascuna di queste espressioni diverse, seppur designando obiettivi clinici e tecniche di intervento differenti fra loro, mantiene taluni aspetti teorico-clinici affini che legittimano una descrizione univoca. Solitamente si preferisce un setting di lavoro congiunto che prevede l’incontro con il paziente e i familiari.

I “family meetings”, le “family conferences” e le “family consultations” sono le unità costitutive degli interventi psicologici supportivi per le famiglie in difficoltà.

Il focus consiste nel sostegno alla famiglia allorché sia necessario prendere decisioni cruciali di fine vita e sostenere l’angoscia e il dolore luttuoso che si accompagnano ad esse. Due di questi interventi sono: la Family Focused Grief Therapy (Kissane, 2002) è un programma di prevenzione del *distress* familiare proposto nel corso dei trattamenti palliativi e della fase terminale di malattia, che consiste in un lavoro breve, focalizzato, di durata variabile da 6 a 18 mesi. Ogni sessione, di 90 minuti, è incentrata dapprima sulla valutazione delle dinamiche familiari e sulla condivisione di un progetto di lavoro (due sessioni), poi sull’*empowerment* familiare (4-6 sessioni quindicinali o mensili) e, infine, su 1-2 sessioni conclusive a intervallo di due-tre mesi

l'una dall'altra. Il terapeuta focalizza quattro aree di intervento: i processi di coping e di lutto, la qualità della comunicazioni, le relazioni conflittuali e quelle coesive. Le tecniche utilizzate includono la raccolta delle notizie sulla biografia familiare e sulle sue cornici culturali e valoriali, il problem-solving, la rassicurazione, la focalizzazione costante e congrua con gli obiettivi del trattamento sulle aree già menzionate e la costruzione di una solida alleanza terapeutica.

La Medical Family Therapy (MFT) di McDaniel (1992) contiene più indicazioni e ricorre a un modello sistemico biopsicosociale per l'intervento con famiglie che hanno un membro affetto da malattia cronica o da disabilità. Il terapeuta familiare lavora in collaborazione con il medico e le altre figure professionali per aiutare le famiglie a guadagnare la sensazione di affrontare alcune delle sfide più difficili che la vita impone. Gli obiettivi della MFT sono così descritti:

- Migliorare il coping con la malattia cronica o la disabilità;
- Migliorare l'adesione ai trattamenti;
- Migliorare la comunicazione con il medico;
- Migliorare l'accettazione della malattia inguaribile;
- Trasformare gli stili di vita;

### **Il counselling familiare**

Nel contesto specifico dell'oncologia le pratiche di counselling psicologico per il paziente e la famiglia risultano particolarmente indicate in virtù di alcune loro caratteristiche. La specificità dell'intervento, la sua focalizzazione e brevità, l'elevata potenzialità di integrazione con i trattamenti medico- chirurgici intercorrenti fanno del counselling uno strumento di supporto psicologico di prima scelta e di indubbia efficacia. Gli obiettivi del counselling familiare sono: il coinvolgimento precoce dei familiari nella partecipazione attiva alla gestione della malattia (funzione coesiva), il sostegno all'espressione dei sentimenti /emozioni (funzione espressiva), il miglioramento della comunicazione fra medico, paziente e famiglia (funzione educativa) e l'elicitazione e trasformazione dei vissuti di malattia della famiglia (funzione introspettiva). Se rivolto alla famiglia del paziente, il counselling può essere orientato alla condivisione di informazioni e conoscenze sulla malattia e sulle terapie in un'ottica di raccordo con gli scambi informativi con i sanitari (*informative counselling*); può essere focalizzata a un sostegno psicologico indispensabile nelle fasi di crisi emotiva del paziente e dei familiari (*crisis counselling*); può concorrere

all'elaborazione di rilevanti decisioni da condividere con i curanti (*decision-making counselling*) e, infine, sostenere la famiglia nella risoluzione di problemi di vita quotidiana inerenti la necessità di contemperare l'assistenza al paziente con le abitudini, gli impegni e le esigenze di ciascuno dei membri della famiglia (*problem-solving counselling*).

## 2.4 FATTORI DI RISCHIO

Il raggiungimento del nuovo equilibrio che si viene a creare quando si è genitori, può anche creare una situazione di disagio psichico che troverà espressione in interazioni disturbate, causando sofferenza nel bambino. Alcuni di questi sono:

-SEPARAZIONE/DIVORZIO: la separazione può essere vissuta come "evento critico" poiché pone **in discussione il senso delle scelte fatte** e l'identità personale. Ognuno dei coniugi ha elaborato un'**immagine di sé** attraverso l'assunzione del ruolo coniugale e genitoriale, di conseguenza separarsi significa mettere in discussione questa immagine e affrontare la difficoltà di ridefinire se stessi come persone che possono contare solo sulle proprie risorse, dopo anni in cui si sono condivise decisioni e responsabilità. La separazione/divorzio è un processo che comporta diverse fasi tra cui le reazioni di rifiuto, negazione e depressione, attivazione delle risorse e graduale ri-adattamento. Inizialmente diventa **difficile accettare la propria parte di responsabilità** e l'*altro* viene individuato come unica causa del naufragio del matrimonio. Tutti i **bambini** figli di genitori separati **devono** fare l'operazione di **integrare dentro di sé le due figure genitoriali** che nella realtà sono scisse.

Il cancro e i relativi trattamenti certamente influenzano le relazioni interpersonali, lì dove esistono difficoltà pre-esistenti l'influenza è ancora più marcata. Un utile costrutto di lettura della situazione di disagio psicosociale è quello di auto percezione del carico –self-perceived burden- ovvero il vissuto di frustrazione, dispiacere e sofferenza conseguente all'essere dipendenti da un'altra persona. Per quanto concerne la vita coniugale, Glantz e collaboratori (2009) rilevano che nelle coppie in cui uno dei partner è un paziente oncologico, l'incidenza del divorzio non sia significativamente superiore rispetto alla popolazione generale, tuttavia è emerso

chiaramente che le donne affette da cancro rischiano il divorzio o l'abbandono da parte del partner sei volte più degli uomini.

Un altro studio (Lillberg, 2003) ha evidenziato che indipendentemente dal numero totale degli eventi stressanti di vita, il divorzio/la separazione, la morte del marito e la morte di un parente stretto o di un amico erano associati ad un aumento del rischio di carcinoma mammario.

-**PSICOPATOLOGIA:** in particolare la depressione materna (Cohn e Tronik, 1989), costituisce un importante fattore di rischio nello sviluppo delle difficoltà infantili. I bambini con madri depresse, infatti, mostrano **disturbi nello sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale**, attaccamenti insicuri, sintomi e disturbi depressivi. Il fenomeno detto "**baby blues**" provoca piccole alterazioni dell'umore che seguono il lieto evento. Riguarda l'80/85% delle donne, raggiunge la massima intensità nel quarto o quinto giorno dopo il parto e si risolve in genere intorno alla decima giornata. Esordisce due o tre giorni dopo il parto e la neomamma comincia a sentire ansia, umore triste, sensazione di instabilità, irritazione immotivata nei confronti del neonato e del coniuge. Piange senza motivo, fatica a prendere sonno, vive sentimenti di inadeguatezza. Il baby blues è una condizione normale che sfocia in qualsiasi gravidanza ed è temporanea, ma se i sintomi persistono per troppo tempo allora si parla di una depressione post-partum. I sintomi presenti saranno:

- alterazione dell'umore, voglia di piangere, irritabilità - **sintomi affettivi**;
- sentimenti ambivalenti verso il bambino, dubbi e timori circa le proprie capacità - **sintomi cognitivi**;
- interferenza più o meno marcata con le proprie attività - **sintomi comportamentali**;
- disturbi del sonno, sensazione costante di essere molto debole - **sintomi fisiologici**.

Coinvolge circa il 10/15% delle donne e compare entro i dodici mesi successivi al parto, anche se l'insorgenza è datata, più frequentemente, tra quattro e sei settimane. Tende a svilupparsi gradualmente, può persistere per diversi mesi e essere causata anche da un aborto. In una piccola percentuale di casi può tradursi in una depressione cronica o ripresentarsi nelle gravidanze successive. I fattori di rischio aumentano la probabilità di sviluppare una **depressione post-natale**, e sono:

- storia personale di depressione;
- depressione durante la gravidanza;
- difficoltà di rapporto con il partner;

- mancanza di sostegno pratico ed emotivo;
- accumulo di eventi stressanti: perdite, malattie, handicap, trasferimenti.

Questi sintomi influenzano la relazione con il partner e la relazione con il bambino poiché il **comportamento materno** appare ostile, critico, distaccato ed evitante. Di conseguenza, l'ambiente di **accudimento** risulta incerto e pericoloso e aumenta il **rischio di conflitto nella coppia**, portando alla possibilità di separazione e divorzio (un altro fattore di genitorialità a rischio), oltre a incidere sul benessere del neonato e di eventuali altri figli.

Uno studio osservazionale condotto da Teti (1995), ha documentato le numerose **difficoltà di parenting** delle madri depresse, in particolare a causa dell'eccessiva ansia, ruminazione e irritabilità. Le madri **che ruminano** e sono preoccupate sono meno responsive e attente ai bisogni dei figli (madri *distaccate*), mentre le madri **irritabili** possono esprimere una affettività negativa e sono meno tolleranti nei confronti del comportamento dei figli (madri *coercitive*). **Le madri distaccate** dimostrano mancanza di interesse, di entusiasmo, di energia che esitano in un minimo coinvolgimento con il bambino. **Le madri coercitive** esprimono rabbia, stress, irritabilità che esitano in interazioni ostili e negative con il figlio. Le madri depresse, con **difficoltà a sintonizzarsi** adeguatamente con i comportamenti del figlio, a coglierne i segnali di comunicazione e a rispondervi in modo appropriato, determineranno lo svilupparsi di **stili di interazione sociale completamente distorti**. I loro bambini svilupperanno una espressione di emozioni negative, quali tristezza e collera, che possono poi evolvere in disturbi comportamentali e tendenza all'isolamento.

In sintesi, le dinamiche interattive tra bambino e madre depressa portano a un **fallimento nel processo di mutua regolazione**, facendo sperimentare al bambino emozioni negative con nucleo affettivo negativo.

Molte donne alle quali è stato diagnosticato e trattato un tumore al seno, a causa dell'alto tasso di mortalità della neoplasia, dell'impatto che questa ha sulla percezione della propria immagine corporea e sulla relazione sessuale con il partner, possono sviluppare delle morbidità psichiatriche, in particolare Disturbi d'Ansia e Depressione (Lueboonthavatchai, 2007). Alla luce degli sviluppi in termini di terapia e sopravvivenza della neoplasia mammaria, l'attenzione della ricerca negli ultimi anni

ha approfondito il tema del distress psicologico e i sintomi ansiosi e depressivi nelle donne colpite dal tumore (Schleife, 2012). Tali comorbidità, infatti, sono comuni in questa categoria di pazienti, ma spesso sono ignorate (Lueboonthavatchai, 2007). In letteratura numerosi studi hanno indagato il distress psicologico nelle donne con carcinoma mammario, tuttavia sono disponibili ancora dati limitati nel contesto italiano. Uno di questi studi (Grazioli, 2013) ha analizzato un campione di donne alla prima visita oncologica, dopo il trattamento chirurgico della neoplasia maligna della mammella. I risultati di questo studio hanno evidenziato la presenza di disturbi ansiosi e depressivi in un quarto delle pazienti. Il riscontro di una correlazione statisticamente significativa tra i mesi dall'esordio della malattia e il livello di distress psicologico riportato dalle pazienti suggerisce l'opportunità di programmare dei follow up successivi, al fine di identificare e trattare le pazienti a rischio. Da ciò, si sottolinea l'importanza della comunicazione medico-paziente, di un approfondimento e di una eventuale presa in carico specifica degli aspetti emotivi ed affettivi in concomitanza del primo contatto oncologico, in una fase delicata del percorso di cura. Un altro aspetto associato alla sintomatologia depressiva e ansiosa è il dolore (Gatchel, 2007). Secondo un classico studio di Derogatis (1983), specifica che l'ansia sottoforma di paura di soffrire e/o ansia anticipatoria possono causare un aumento di dolore. Questi processi cognitivi, uniti all'anticipazione del dolore, possono avere un impatto notevole sul livello di funzionalità e sulla tolleranza al dolore. A causa della paura, può stabilirsi un circolo vizioso negativo di diminuzione delle attività, decondizionamento, perdita dell'autostima, paura, emozioni negative che portano all'allontanamento dalle attività legate in qualche modo al dolore. Per quanto riguarda il dolore associato alla depressione, sempre Derogatis (1983) fu il primo ad evidenziare un'incidenza di depressione superiore alla media nelle popolazioni di pazienti affetti da cancro (secondo una ricerca riportata da Torta et al., del 2009, tale correlazione è presente tra 32% e il 47%). È stato dimostrato che il dolore può provocare stati depressivi e che una depressione preesistente aumenti l'intensità del dolore e il livello di lamentosità del paziente (Torta, 2002). La sintomatologia depressiva più frequentemente esibita è rappresentata da deflessione timica, talora associata ad ansia libera e somatizzata, disturbi del sonno, compromissione sociale, note ipocondriache, riduzione degli interessi e stanchezza. Nel porre diagnosi di depressione nei pazienti con presenza di patologia algica risulta fondamentale



attribuire prioritaria importanza, più che ai sintomi somatici della depressione, a quelli psichici, di tipo nucleare, principalmente rappresentati dalla deflessione del tono dell'umore, ridotta volitività, disperazione, perdita di autostima, sensi di colpa, ideazione suicidaria.

### **2.4.1 Carcinoma mammario e maternità: un possibile fattore di rischio?**

La diagnosi di cancro colpisce la donna non soltanto in quanto minaccia la sopravvivenza, ma anche perché provoca un disequilibrio psicologico, relazionale e sociale. Come risultato si avrà una crisi di identità: la salute e la sopravvivenza vengono minacciate, la qualità della vita alterata per via delle introduzioni di varie terapie, i progetti di vita e gli investimenti vengono rivisitati. E dopo la terapia, la donna è chiamata a “ritrasformare” il suo Sé, cioè a ridefinire la femminilità, a dover ri-impostare i propri rapporti affettivi ed affettivi e ricollocarsi nel mondo (Fornari, 1985). Ai vissuti di ansia, paura, disorientamento, rabbia conseguenti al senso di minaccia esistenziale che il tumore comporta si associano vissuti di mutilazione, sofferenza profonda, umiliazione, vergogna, imbarazzo per un corpo percepito come rovinato. Ad essere colpita è l'identità ai livelli più profondi e intimi: viene aggredito il seno, simbolo della femminilità, fecondità e maternità. Il lavoro di tesi ha indagato come la gravidanza e successivamente la maternità è possibile in donne con tumore al seno, nonostante ciò la donna comunque vive il suo stato di madre e partner come inadeguato e si domanda se riuscirà ad avere una vita normale, nella coppia, famiglia e lavoro. Da ciò ci si domanda se tale condizione possa rappresentare un fattore di rischio per la maternità.

Dal punto di vista medico, ci sono due grandi problemi correlati alla gravidanza dopo una diagnosi di tumore al seno.

Il primo, c'è da considerare il rischio di recidiva del tumore primitivo e se questo rischio è influenzato da una successiva gravidanza. Qui meritano attenzione portatrici di mutazioni per gli oncogeni BRCA1/BRCA2. È risaputo che la giovane età alla prima gravidanza e la multiparità sono associate ad un rischio ridotto di cancro della

mammella di donne nella popolazione generale, e tale relazione è stata investigata con particolare attenzione per quelle donne ad elevato rischio di tumore al seno dovuto alla simultanea presenza di mutazione in entrambi i due geni di suscettibilità per tale patologia (Cullinane, 2005). Per le donne portatrici di mutazione a carico di BRCA1 la multiparità (quattro figli o più) è associata ad una riduzione del rischio del 38% se comparato con quello di donne nullipare. Nondimeno, tra le portatrici di mutazione per il gene BRCA2, il rischio di tumore alla mammella aumenta di fatto con l'aumentare della parità, con rischio significativamente aumentato di sviluppare il cancro al seno prima dei 50 anni e con il rischio massimo nei due anni seguenti una gravidanza. Per questo motivo la conoscenza dell'assetto genico dei BRCA può influenzare la decisione della donna in merito alla gravidanza.

Molte ricerche, alcune menzionate nel corso dei precedenti capitoli, sono rassicuranti: i dati disponibili non dimostrano un aumento del rischio di difetti genetici o di altro tipo nei nati da donne precedentemente sottoposte a terapie antineoplastiche (Boyle, 2004).

Uno studio multicentrico, coordinato da Azim (2010) dell'Università di Bruxelles, è stato condotto su 1207 donne giovani, di età inferiore ai 40 anni, affette da cancro al seno: 333 hanno cercato e avuto una gravidanza dopo diagnosi e terapie, le altre hanno costituito il gruppo di controllo.

Con cinque anni di monitoraggio dopo la gravidanza, lo studio ha dimostrato che:

1. la gravidanza non ha alcun effetto negativo sul futuro della donna che ha già affrontato la sfida pesantissima di un tumore così minaccioso per la sua femminilità e la sua vita;
2. questa "neutralità" resta identica nelle donne che abbiano avuto un tumore con recettori positivi per gli estrogeni, per le quali le preoccupazioni di una possibile ripresa di malattia erano maggiori che per quelle con recettori negativi;
3. non ha senso raccomandare un aborto terapeutico in caso di gravidanza dopo un tumore al seno: questo consente di evitare una decisione dolorosissima soprattutto se si tratta di un bambino a lungo sognato e desiderato. Un bambino che è il figlio dell'amore per la vita, la speranza di farcela, la voglia di credere in un futuro finalmente più sereno;
4. anche dopo terapie importanti e pesanti, il rischio di malformazioni resta sovrapponibile alla popolazione generale (purchè il compimento avvenga dopo il

completamento delle cure);

5. è possibile allattare dal seno non colpito da tumore e l'allattamento non è controindicato.

Tre recenti studi di coorte su un'ampia popolazione di donne precedentemente trattate per una neoplasia mammaria sono rassicuranti (Langagergaard, 2006; Dalberg 2006; Winther, 2012) per quanto riguarda gli esiti delle gravidanze stesse: tuttavia, è consigliabile un monitoraggio più attento della gravidanza in donne precedentemente trattate rispetto a quanto si faccia nella popolazione generale, dal momento che è stata osservata un'aumentata incidenza di complicazioni da parto, tagli cesarei, nascite premature o neonati sottopeso alla nascita.

In merito al secondo interrogativo uno studio ha approfondito se il tumore al seno della madre potesse influenzare il prodotto del concepimento al momento della nascita utilizzando uno studio di coorte su scala nazionale di 695 nati dal 1973 al 2002 (Langagergaard, 2006). Tale studio ha indicato come non si registri alcun aumento del rischio di patologia neonatale per i 216 neonati da madri con neoplasia al seno diagnosticata prima della gravidanza in termini di prematurità, basso peso alla nascita, parto di feto morto o anomalie congenite. Inoltre non c'è alcuna conseguenza clinica avversa, ad ora conosciuta, per gravidanze susseguenti a trattamento chirurgico o radioterapico per cancro al seno, fatta salva una diminuita o assente lattazione da parte del seno interessato; infatti in uno studio realizzato dal Joint Center for Radiation Therapy di Boston 22 su 23 donne gravide dopo diagnosi di tumore al seno hanno partorito, a termine, bambini normali, vivi e vitali, la rimanente paziente ha partorito un bambino con basso peso alla nascita (Dow, 1994). Per spiegare dal punto di vista psicologico la genitorialità a rischio si ricorre alla psicologia clinica dello sviluppo e all'approccio sistemico-relazionale, partendo dall'affermazione che durante la gravidanza, la madre rivive le esperienze della propria infanzia, sperimentando emozioni e stati d'animo che costituiscono lo sfondo su cui si organizzano le specifiche modalità di costruzione con il bambino (Solomon e George, 2006). Le caratteristiche attribuite al bambino, oltre a suscitare entusiasmo, ansia o delusione, risvegliano conflitti infantili irrisolti, generando processi di attribuzioni e attese sia sul bambino che su di sé come genitori, modellando i comportamenti di cura e gli stili di attaccamento. A partire da questi presupposti teorici, sono stati sottolineati il ruolo significativo delle rappresentazioni relative

all'attesa di un figlio e alla sua nascita, e l'impatto delle rappresentazioni mentali in gravidanza sulla qualità dell'interazione e della relazione con il bambino (Mayes e Leckman, 2007). Questo viene confermato dagli studi sull'attaccamento in cui focalizzano l'indagine sulla continuità e discontinuità dei modelli operativi interni della madre rispetto alla relazione di attaccamento con il bambino, dimostrando una continuità significativa tra le rappresentazioni materna e lo stile di attaccamento del bambino. Ma nello stesso tempo, la gravidanza implica sia nuove dimensioni del Sé sia una revisione delle rappresentazioni riconducibili alle prime esperienze di attaccamento. La letteratura scientifica, quindi, ha messo in luce una continuità tra le caratteristiche del mondo rappresentazionale del genitore e il sistema di cure del bambino come fattori di protezione o di rischio per lo sviluppo infantile (Stern, 2006). In presenza di condizioni a rischio come quadri depressivi materni e di stress di origine psicosociale caratterizza condizioni genitoriali ad alto rischio, che possono influenzare negativamente la qualità degli scambi interattivi diadici, esponendo i bambini alla possibilità di esiti psicopatologici, sin dai primi mesi di vita. È stato largamente documentato come il rischio depressivo incida profondamente sul comportamento materno, limitando l'espressione emozionale e la qualità degli scambi relazionali, all'interno del processo di mutua regolazione affettiva (Ammaniti et al., 2007; Speranza et al., 2006; Tronick e Weinberg, 1997). Possiamo prendere questi elementi mettendo in correlazione con la malattia oncologica, anche se, pur a fronte del crescente interesse sugli aspetti psicosociali del cancro, gli studi e le ricerche sulle modalità attraverso le quali il 'funzionamento' psicosociale dei figli minorenni è modificato dall'insorgenza di una malattia oncologica nei genitori e su come gli aspetti legati alla genitorialità (parenting) possano influire sulle scelte terapeutiche dei genitori, sulla compliance ai trattamenti e, in generale, sulle modalità di coping alla neoplasia, sono limitati (Firth, 2006). È quindi, importante che i medici siano preparati ad affrontare le problematiche derivanti dalle interazioni tra i genitori ammalati ed i loro figli minori, al fine di incidere positivamente sulla qualità di vita dei pazienti e prevenire o alleviare il disagio psicologico nei minori in tutte le fasi della malattia: diagnosi, terapia, follow-up, incluse le fasi di terminalità e morte (Christ, 2006). Studi hanno stimato che, in Europa e nord-America, oltre il 25% dei soggetti affetti da neoplasia ha uno o più figli di età inferiore a 18 anni. La percentuale di ammalati con figli minorenni è di molto superiore nelle popolazioni del

sud del pianeta e, anche in ambito europeo, tra le società tendenzialmente più giovani come quelle delle regioni meridionali d'Italia, il numero di pazienti oncologici che, al momento della diagnosi, ha figli di minore età è in costante incremento. Tale fenomeno è ancora più rilevante per quelle neoplasie, come ad esempio il linfoma di Hodgkin, che mostrano un tipico picco di incidenza tra i giovani adulti (National Health Interview Survey 1992; National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, 1993).

A partire dai primi studi (Vess, 1988; Howes, 1994), hanno riscontrato che bambini con madri oncologiche presentano problemi emotivi e comportamentali, in particolari di tipo interiorizzati (ad esempio, tristezza e ansia) e esternalizzati (ad esempio, disobbedienza e aggressione). Inoltre si è visto che in età adulta, questi bambini possono presentare problemi nella sfera sessuale (Wellisch, 1991). Lewis (1993) fornisce un modello esplicativo del rapporto tra malattia delle madri e il comportamento dei loro figli. Essi sottolineano che l'umore depresso delle madri può compromettere il loro benessere emotivo e fisico, e, a sua volta, può avere effetti negativi sulla qualità della relazione genitore-figlio.

Studi più recenti confermano che i figli dei pazienti affetti da neoplasia possono sviluppare, durante e dopo l'iter diagnostico-terapeutico del genitore, sintomi di disagio che variano da disturbi del comportamento a disturbi della condotta alimentare e a difficoltà scolastiche e relazionali (Obsorn, 2007). Ovviamente, sia l'età del bambino sia la configurazione familiare influenzano le modalità di espressione del disagio, ossia i sintomi prodotti. L'entità dei disturbi è inoltre correlata alla durata dell'iter diagnostico-terapeutico, allo scarso adattamento del genitore alla malattia, alla carenza di informazioni ricevute. Il disagio è particolarmente accentuato nel caso in cui non ci sia una buona comunicazione all'interno della famiglia (Christ, 2006). Le reazioni dei figli sono quindi diverse e correlate ai gruppi di età (Obsorn, 2007). In particolare, nei bambini in età pre-scolare, non hanno la capacità di una buona comunicazione e di conseguenza possono sviluppare sentimenti di solitudine e di perdita, idee di colpa e, quindi, rifiuto silenzioso del genitore malato. Essi reagiscono ai cambiamenti che avvengono in casa; l'assenza del genitore durante i ricoveri ed il suo malessere fisico ed emotivo creano un distacco dai figli più piccoli. Tale distacco è accentuato dal tentativo del genitore di negare e nascondere il suo malessere. Questa distanza, se non opportunamente

motivata, può indurre nei figli un sentimento di colpa, quasi fossero responsabili di quello che percepiscono come un allontanamento emotivo del genitore (**Tabella 2.3**).

**Tabella 2.3 Sintomi di disagio emotivo più frequentemente osservati nei figli delle pazienti**

<b>Bambini in età pre-scolare</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Senso solitudine e di perdita</li><li>• Senso di angoscia inespressa</li><li>• Idee di colpa</li><li>• Rifiuto silenzioso del genitore malato</li></ul>
<b>Bambini in età scolare</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disturbi del ritmo sonno-veglia</li><li>• Disturbi della condotta alimentare</li><li>• Problemi scolastici (svogliatezza, calo del rendimento)</li><li>• Problemi di interazione con i 'pari' e con gli insegnanti</li><li>• Disturbi di tipo ansioso</li><li>• Atteggiamenti auto ed etero aggressivi</li></ul>
<b>Adolescenti</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Difficoltà in ambito scolastico</li><li>• Disturbi del comportamento (ambivalenza e conflittualità)</li><li>• Identificazione/confitto col genitore malato</li><li>• Senso di colpa</li><li>• Perdita di sicurezza e di autostima</li></ul>

Sigal et al (2003), propongono un modello per spiegare l'osservazione del comportamento disfunzionale nei bambini di madri con cancro al seno. Questo studio è stato progettato per esaminare l'ipotesi che preoccupazione delle madri per la loro malattia e il loro comportamento genitoriale possa causare disturbi psicologici nei loro figli. I risultati dimostrano, in primo luogo, che la correlazione esiste in caso di decorso molto grave (es, malattia oncologica in fase terminale), questo perché quando le madri cominciano a realizzare che potrebbero morire da un momento all'altro, percepiscono che la cura dei loro figli è più importante rispetto ad un rimprovero. Quindi vi è una rivalutazione delle priorità e dei valori, chiamata elaborazione cognitiva (Taylor). D'altro canto, data la gravità della diagnosi della madre, i bambini risultano preoccupati per tale condizione reprimendo qualsiasi inclinazione a comportamenti distruttivi. Mentre invece, a madri con una buona diagnosi di carcinoma mammario, viene associato un buon punteggio per la salute fisica e assenza di sintomi psicologici per i figli. Questo perché, nel corso dell'ultimo trattamento ospedaliero le madri di questo gruppo cominciano a sentirsi meglio fisicamente, respingendo sentimenti negativi sul cancro e potranno tornare a svolgere le funzioni genitoriali. I bambini, che erano diventati più ritirati, percepiscono miglioramento

della salute delle madri, non sentono più il bisogno di proteggerli e riprendere il loro comportamento abituale.

Da ciò possiamo dedurre che non è detto che possa rappresentare un fattore di rischio, anzi poter pensare alla nascita di un figlio, una volta superati la malattia e i trattamenti, ha un effetto positivo sull'equilibrio emotivo del paziente e diventa un modo per riprendere i propri progetti di vita, riorganizzando i modelli operativi interni e adottare tutte le strategie per l'accudimento e organizzare un buon sistema di attaccamento. Questo atteggiamento è favorito grazie alla divulgazione della possibilità di preservare la fecondità. Per migliorare la diffusione dell'informazione ed il coordinamento fra le diverse figure professionali, in un ambito dove il tempo gioca un ruolo importantissimo per la possibilità di attuare una metodica efficace, si consiglia l'organizzazione di corsi di formazione indirizzate ai medici con diverse specialità e la creazione di reti e percorsi dedicati a queste pazienti. Inoltre, la messa a punto di materiale divulgativo, con messaggi chiari e notizie utili sui Centri di PMA e sui Centri Oncologici dedicati presenti in Italia, sull'offerta attuale dei servizi e sulle procedure per contattarli, sarà sicuramente

utile sia ai medici oncologi sia agli altri specialisti che a vario titolo potranno essere coinvolti nel percorso terapeutico/assistenziale di queste pazienti. Lo stesso materiale sarà utile, ancora, alle donne che hanno il diritto di conoscere le opzioni terapeutiche e le nuove metodiche a loro disposizione per essere curate al meglio ed avere così più strumenti possibili per affrontare e superare la malattia e ottenere una ottima qualità di vita dopo la guarigione.

## **CAPITOLO 3: LA RICERCA**

### **3.1 OBIETTIVO**

Obiettivo della ricerca è indagare come e se il costrutto della sensibilità materna cambia in donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario, rispetto a donne senza la suddetta diagnosi.

### **3.2 METODO**

#### **3.2.1 Procedura**

La raccolta dei dati è stata condotta tra Gennaio-Aprile 2017. Hanno partecipato alla ricerca le donne del gruppo sperimentale che afferiscono alle Associazioni per la prevenzione e la lotta contro il tumore al seno: Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) e Associazione Nazionale Italiana Donne Operate al Seno (ANDOS), entrambe sedi di Torino, pazienti della Città della Salute e della Scienza di Torino (A.O.U.), Presidio Sant'Anna e pazienti del reparto di Oncologia dell'Ospedale San Paolo di Bari. Il gruppo di controllo, è stato reclutato tra le madri e maestre della scuola primaria "A. Manzoni" di Laterza (TA).

L'indagine è stata presentata in due modalità: direttamente alle donne, attraverso il consenso informato e alle Associazioni attraverso un'autorizzazione per poter contattare le donne iscritte alle medesime. Una volta ottenuto il consenso informato (*APPENDICE A*), è stato chiesto di compilare la batteria dei questionari proposti, della durata di circa 30 minuti. E' stata offerta la possibilità di compilare il questionario in maniera cartacea oppure online, di conseguenza la possibilità di



completare autonomamente in loco o a domicilio con consegna successiva oppure tramite consegna per email, in caso di compilazione telematica.

I criteri di selezione del campione sono stati: nazionalità italiana, maggiore età e presenza di almeno un figlio/a da 0-24 mesi. Un ulteriore criterio di inclusione per le donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario è stato l'intervento chirurgico effettuato entro 7 anni prima della nascita dell'ultimo figlio. Un criterio di esclusione è stata la presenza di un evento stressante (come lutti familiari) negli ultimi 7 anni.

### **3.2.2 Strumenti**

I questionari sono composti da 2 schede e 5 test.

1. Scheda sociodemografica, costruita ad hoc nella quale sono stati richiesti i seguenti dati socio demografici: età, stato civile, titolo studio, condizione lavorativa, persone con cui vive, altri figli ed età dell'ultimo figlio (0-24 mesi). A seguire, vengono proposte per il gruppo sperimentale le informazioni relative alla patologia oncologica, quali: diagnosi di primo tumore, tipo di intervento, data del primo intervento.
2. Scheda Informazioni relative alla gravidanza, costruita ad hoc nella quale sono stati richiesti i seguenti dati: presenza o assenza di gravidanza a rischio, problemi di salute, modificazioni del corpo, importanza nel vedere il proprio bambino durante una visita ecografica, presenza o meno di allattamento e mesi di allattamento. Inoltre, sono state aggiunte due scale Likert, una relativa alla decisione e desiderio di avere un bambino e l'altra sul supporto sociale.
3. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977; traduzione e validazione italiana curata da Pierfederici, et al., 1982), per la valutazione della depressione, composto da 20 item valutati su di una scala Likert a quattro posizioni che esprimono la frequenza con cui il sintomo depressivo è stato osservato nel corso della settimana precedente (0 = raramente o mai, 1 = qualche volta o per poco tempo, 2 = occasionalmente o per un certo periodo di tempo, 3 = spesso o per tutto il tempo). Il punteggio limite che discrimina fra la presenza e l'assenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti è stato indicato di 16 su un totale di 60. Punteggi superiori o uguali al 23 indicano sintomi associati

al rischio di depressione maggiore.

4. ASQ - Attachment Style Questionnaire (Feeney et al.1994; trad. it. Fossati et al., 2007). E' un strumento che rileva le differenze individuali nell'attaccamento adulto. Si compone di cinque sottoscale. Fiducia: è il fattore che corrisponde alla sicurezza come Stile di Attaccamento. Disagio per l'intimità: rappresenta l'elemento centrale della concettualizzazione dell'attaccamento evitante proposta da Hazan e Shaver (1987). Bisogno di approvazione: riflette il bisogno di accettazione e conferma da parte delle altre persone e corrisponde agli stili di attaccamento timoroso e preoccupato di Bartholomew (1991). Preoccupazione per le relazioni: comprende una tendenza ansiosa e dipendente nelle relazioni, è la caratteristica centrale della concettualizzazione originaria dell'attaccamento ansioso/ambivalente proposta da Hazan e Shaver (1987). Secondarietà delle relazioni: è sovrapponibile al concetto di attaccamento distanziante (dismissing) di Bartholomew (1991). Le cinque sottoscale mostrano un'adeguata consistenza interna, con i coefficienti alfa di cronbach compresi tra .67 e .78 e concorrono a definire 3 stili di attaccamento: *l'Attaccamento Sicuro* corrisponde alla scala fiducia; *l'Attaccamento Ansioso* è dato dalla somma dei punteggi sulle scale bisogno di approvazione e preoccupazione per le relazioni; *l'Attaccamento Evitante* è dato dalla somma dei punteggi sulle scale disagio per l'intimità e secondarietà delle relazioni. Il questionario è composto da 40 item con risposta su scala Likert a sei passi (da 1= totalmente in disaccordo a 6= totalmente d'accordo).
5. Parental Bonding Instrument (PBI, Parker et al, 1979, validazione italiana a cura di Scriminali e Grimaldi, 1996), "Scala per la valutazione del legame con i genitori", è un self-report composto da 50 item che formano due scale riferite a ciascun genitore da 25 item, con risposte su una a scala a 4 passi (da 0= Vero a 3=Falso). Valuta, la tipologia di ciascun legame instaurato con i propri genitori, attraverso due dimensioni: la dimensione cura ("care"), che va da un estremo di grande calore ed empatia ad un estremo di freddezza ed indifferenza; ed Iperprotezione ("Overprotection"), che va da atteggiamenti di controllo, di repressione, d'intrusività, di prevenzione del comportamento indipendente da una parte, fino alla promozione dell'autonomia dall'altra. Lo strumento prevede un cutt-off per il punteggio della "Cura" e della "Iperprotezione" sia per la madre che

per il padre rispettivamente maggiore di 27 e 13,5 per la madre e di 24 e 12,5 per il padre. Dall'incrocio dei punteggi di "Cura" e di "Iperprotezione", la qualità del legame esperito con il genitore ricade in uno dei seguenti pattern o quadranti, risultanti dall'intersezione ortogonale delle due dimensioni di "Cura" ed "Iperprotezione" (Parker 1983): "Legame Anafettivo" (bassa "Cura" - alta "Iperprotezione"), "Legame Costrittivo" (alta "Cura" - alta "Iperprotezione"), "Legame Debole/assente" (bassa "Cura" - bassa "Iperprotezione"), "Legame Ottimo" (alta "Cura" - bassa "Iperprotezione"). Il questionario ha trovato largo utilizzo in Italia poiché è risultato un strumento valido per valutare il legame di attaccamento con i genitori.

6. Parentig Stress Index- Short form (PSI, Abidin, 1995; traduzione e validazione italiana a cura di Guarino et al. 2008) è uno strumento per valutare lo stress genitoriale. La versione breve è composta da 36 item, suddivisi in tre sottoscale di 12 item ciascuna (*Parental Distress*, *Parent-Child Dysfunctional Interaction* e *Difficult Child*), dalla cui somma si ottiene la scala di *Total Stress* (TS) che fornisce un'indicazione del livello complessivo di stress sperimentato.

Gli item della sottoscala di *Parental Distress* (PD), misurano il senso di competenza/incompetenza genitoriale e il livello di stress che il genitore sperimenta nel proprio ruolo. Gli item della scala di *Parent-Child Dysfunctional Interaction* (P-CDI), misurano la percezione del genitore che il figlio non risponda alle proprie aspettative e che le interazioni con lui non rinforzino il suo ruolo. Gli item della sottoscala di *Difficult Child* (DC), misurano la percezione del genitore circa la facilità o difficoltà di gestione del figlio legata al suo comportamento e temperamento. In aggiunta, è possibile calcolare anche il punteggio della scala di *Defending Responding*, che misura la tendenza a minimizzare le difficoltà e a offrire una più favorevole immagine di sé. Le possibilità di risposta per ciascun item sono ordinate su scala Likert a cinque posizioni (da 1 "assolutamente in disaccordo" a 5 "assolutamente d'accordo"). Per quanto riguarda i punteggi si considerano normali i valori compresi tra il 15° e l'80° percentile e alti quelli uguali o superiori all'85° percentile (Guarino et al. 2008). Punteggi elevati nel livello di stress totale, che si calcola sommando i punteggi delle 3 sottoscale, sono indice della presenza di uno stress clinicamente significativo.

7. Coping Orientations to Problem Experienced (COPE) (Carver, Scheier &

Weintraub, 1989): questionario autosomministrato costituito da 60 item che hanno l'obiettivo di indagare la frequenza con cui l'individuo utilizza peculiari stili di coping per affrontare eventi traumatici o situazioni di vita stressanti. Le possibilità di risposta sono quattro e variano da 1 ("di solito non lo faccio") a 4 ("lo faccio quasi sempre"). Al partecipante non viene chiesto di fare riferimento ad uno specifico evento, ma di pensare a come abitualmente tende a comportarsi nelle situazioni stressanti. Queste strategie possono essere raggruppate in 5 fattori: Sostegno Sociale (ricerca di comprensione, di informazioni e sfogo emotivo), Strategie di Evitamento (distacco comportamentale e mentale, l'utilizzo di negazione e l'uso di sostanze), Attitudine Positiva (atteggiamento di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva degli eventi), Orientamento al Problema (utilizzo di strategie attive e di pianificazione) e Orientamento Trascendentale (comprende item legati alla spiritualità e all'assenza di umorismo). I valori di affidabilità riportati nello studio di validazione italiana del questionario sono:  $\alpha(SS)=.91$ ,  $\alpha(SE)=.70$ ,  $\alpha(AP)=.76$ ,  $\alpha(OP)=.83$ ,  $\alpha(OT)=.85$  (Sica , 2008).

### **3.2.3 Analisi dei dati**

Per l'analisi è stato utilizzato il software SPSS versione 24. E' stato effettuato il calcolo delle statistiche descrittive di posizione e di dispersione per le variabili quantitative (media, deviazione standard, minimo e massimo e mediana nel caso di distribuzioni assi metriche) e per quelle qualitative (frequenza assoluta e relativa percentuale). La consistenza interna dei questionari è stata valutata attraverso il coefficiente  $\alpha$  di Cronbach. Data la grandezza del campione, si è effettuato il confronto tra medie mediante il T test per campioni indipendenti e sono state eseguite correlazioni non parametriche Rho di Spearman.

## **3.3 RISULTATI**

### *Caratteristiche socio demografiche del campione (APPENDICE B)*

Il campione (N=30) è costituito da donne e, a sua volta, suddiviso in due gruppi per il confronto: gruppo sperimentale (N=15), formato da donne con pregressa storia di

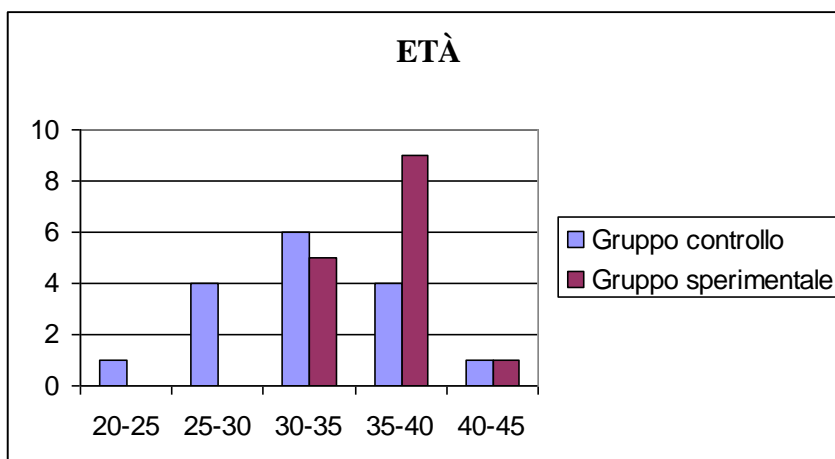
carcinoma mammario e il gruppo di controllo (N=15), formato da donne che non hanno avuto una storia di carcinoma mammario.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo (N=15), l'età varia dai 23 ai 41 anni (M=32,80; d.s.=4,507). La maggior parte delle pazienti possiede un titolo di studio pari alla qualifica professionale (33,3%) con un lavoro in ambito impiegatizio (40%). Per quanto riguarda lo stato civile, l'86,7% è coniugato e tutti i soggetti vivono uno stato familiare costituito dal coniuge/partner e dai figli. Per quanto riguarda la presenza di altri figli, oltre a quelli che vanno dai 0-24 mesi (presenti in tutti i soggetti), il 73,3% dichiara di essere primiparo.

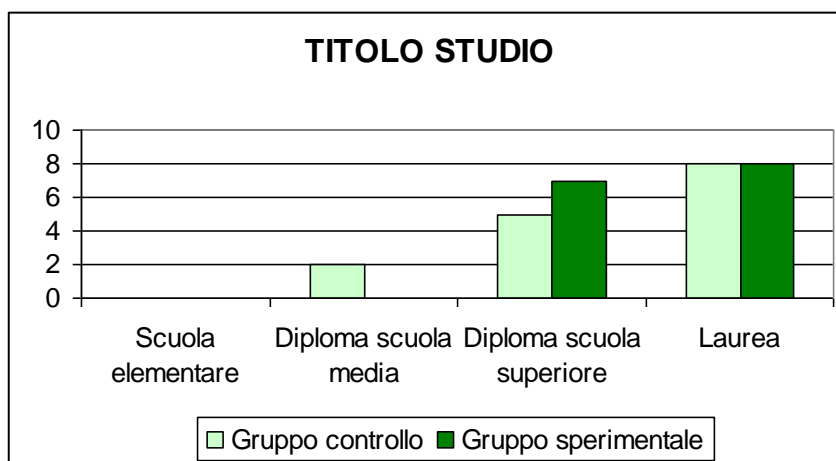
L'età dell'ultimo figlio/a varia dai 1-24 mesi (M=15,53; d.s.=7,891). Nel gruppo sperimentale (N=15), l'età varia dai 33 ai 41 anni (M=35,87; d.s.=2,825). Per quanto riguarda l'istruzione, la maggior parte posseggono una Qualifica Professionale (53,3%) e la maggior parte svolge un lavoro nel settore impiegatizio (40%). Per quanto concerne lo stato civile, l'80% delle donne è coniugato e tutti i soggetti riportano di vivere insieme al partner/coniuge e figlio/i. Per quanto riguarda la presenza di altri figli, il 66,7% dei soggetti dichiara di essere primipare. L'età dei figli varia dai 7-24 mesi (M=17,13; d.s.=5,866) (*Tabella 3.1*).

**Tabella 3.1** Caratteristiche socio demografiche, del gruppo controllo (N=15) e del gruppo sperimentale (N=15)

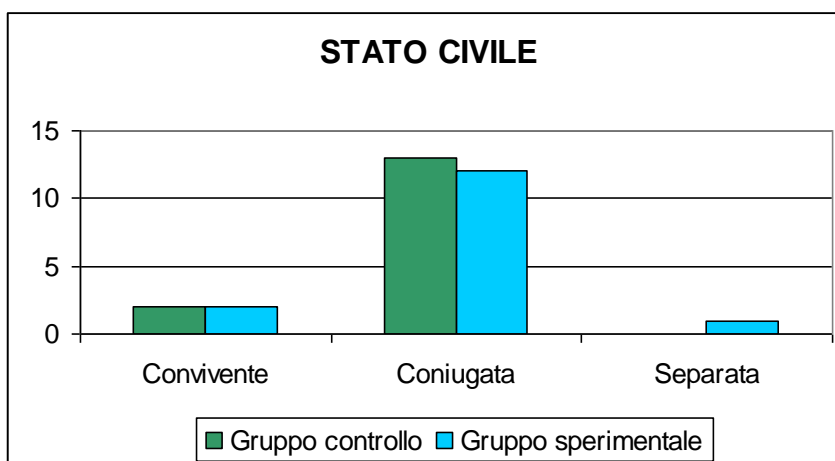
Età	Gruppo Controllo		Gruppo Sperimentale	
	M=32,80 (D.S.=4,507)	Range 23-41, Mediana 32	M=35,87(D.S.=2,825)	Range 33-41, Mediana 35
<b>Stato civile</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Convivente	2	13,3	2	13,3
Coniugata	13	86,7	12	80
Separata			1	6,7
<b>Titolo studio</b>				
Scuola Elementare				
Diploma scuola media	2	13,3		
Diploma scuola superiore	5	33,3	7	46,7
Laurea	8	53,3	8	53,3
<b>Condizione lavorativa</b>				
Casalinga	2	13,3	3	20
Dissocupato	3	20		
Lavoro occasionale	2	13,3	3	20
Operaia-Artigiana-Commessa	1	6,7		
Impiegata-Insegnante	6	40	7	46,7
Dirigente-Libero professionista			2	13,3
Altro	1	6,7		
<b>Persone con cui vive</b>				
Coniuge/partner con figlio/i	15	100	15	100
<b>Altri figli</b>				
No	11	73,3	10	66,7
Si	4	26,7	5	33,3
<b>Età figli (dai 0-24 mesi)</b>	M=15,53 (D.S.=7,891)	Range 1-24, Mediana 17	M=17,13 (D.S.=5,866)	Range 7-24, Mediana 18



**Grafico 3.1** Rappresentazione in frequenza dell'età del gruppo di controllo (N=15) e del gruppo sperimentale (N=15)



**Grafico 3.2** Rappresentazione in frequenza del Titolo di studio del gruppo di controllo (N=15) e del gruppo sperimentale (N=15)



**Grafico 3.3** Rappresentazione in frequenza dello Stato civile del gruppo di controllo (N=15) e del gruppo sperimentale (N=15)

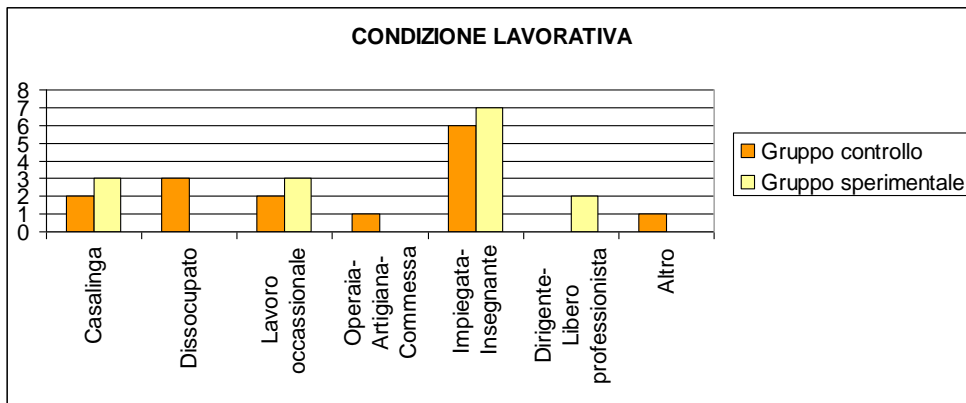


Grafico 3.4 Rappresentazione in frequenza della Condizione lavorativa del campione di controllo (N=15) e del gruppo sperimentale (N=15)

### ALTRI FIGLI

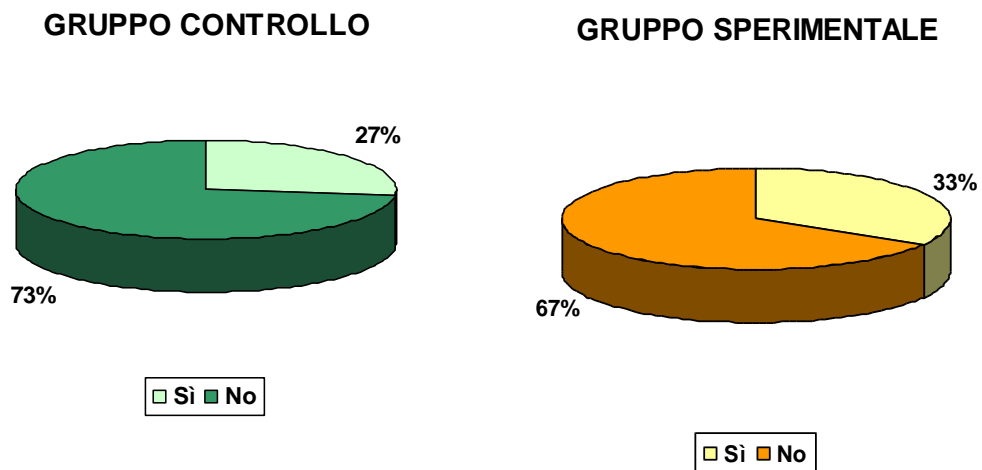


Grafico 3.5 Rappresentazione grafica in percentuale "Altri figli" del campione di controllo (N=15) e del gruppo sperimentale (N=15)

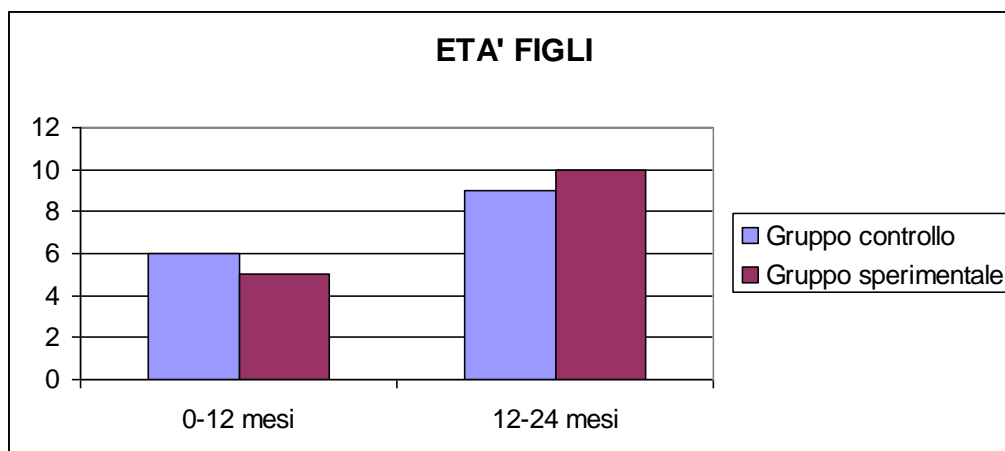
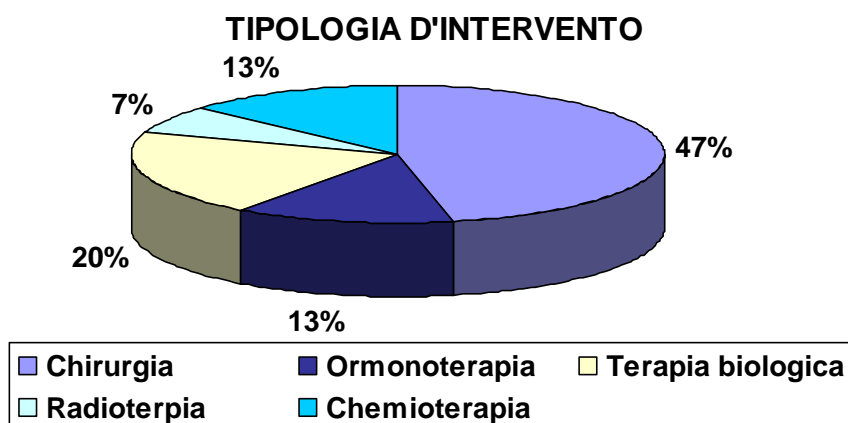


Grafico 3.6 Rappresentazione in frequenza Età figli (da 0-24 mesi) del gruppo di controllo (N=15) e del gruppo sperimentale (N=15)

*Caratteristiche cliniche del campione sperimentale (APPENDICE B)*

Per quanto riguarda le informazioni cliniche del gruppo sperimentale, è stato chiesto quale tipo di intervento hanno conseguito durante il periodo di neoplasia mammaria, 7 soggetti (46,7%) hanno conseguito un intervento chirurgico; 2 soggetti (13,3%) hanno conseguito un'ormoterapia; 3 soggetti (20%) hanno conseguito una terapia di tipo biologico (con anticorpi); 2 soggetti (13,3%) hanno conseguito una chemioterapia e infine un solo soggetto (6,7%) ha conseguito la radioterapia (**Grafico 3.7**).

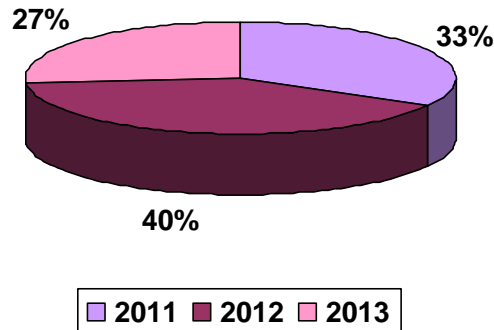


**Grafico 3.7** Rappresentazione in percentuale dei tipi di intervento sulle donne del gruppo sperimentale (N=15)

Inoltre, si evince che 5 soggetti (33,3%) hanno eseguito l'intervento nel 2011; 6 soggetti (40%) nel 2012 e infine 4 soggetti (26,7) nel 2013 (**Grafico 3.8**).



## ANNO PRIMO INTERVENTO



**Grafico 3.8 Rappresentazione in percentuale del periodo in anni in cui è stato effettuato il primo intervento sul gruppo sperimentale (N=15)**

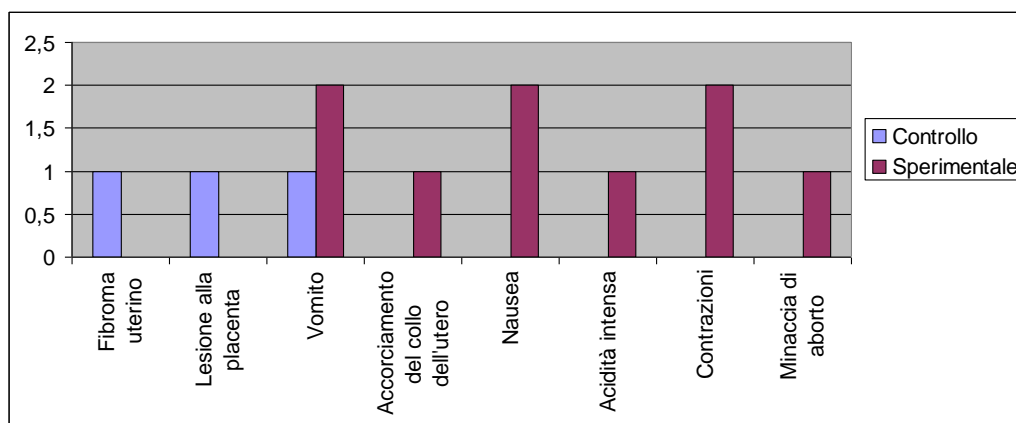
*Variabili relative alla gravidanza (APPENDICE C)*

Nel gruppo di controllo si evince che il 93,3,% delle donne ha avuto una gravidanza normale e conseguentemente non ci sono stati dei problemi di salute durante la gravidanza o particolari disturbi nell'80%. Alle seguenti tre domande che sono state poste, a cui le partecipanti dovevano rispondere da molto falso a molto vero, si riscontra che: alla domanda: "Ha vissuto bene i malesseri della gravidanza?", il 53,3% dei soggetti rispondono Abbastanza vero; alla domanda "Ha vissuto bene le modificazioni del suo corpo durante la gravidanza?", il 53,3% dei soggetti rispondono Abbastanza vero; infine alla domanda "E' stato importante per lei vedere il bambino durante l'ecografia", l'86,7 % risponde Molto vero. In merito alla possibilità di allattamento al seno, il 66,7% ha risposto di Sì, e su 10 bambini che sono stati allattati, l'età dei bambini varia dai 1-15 mesi (M=6,70; d.s.=5, 677) (*tabella 3.2*).

**Tabella 3.2 Informazioni relative alla gravidanza, gruppo controllo (N=15) e gruppo sperimentale (N=15)**

	Gruppo controllo		Gruppo sperimentale	
	n	%	n	%
<b>E' stata una gravidanza:</b>				
Ad alto rischio	1	6,7	6	40
A basso rischio			2	13,3
Normale	14	93,3	7	46,7
<b>Ha avuto problemi di salute durante la gravidanza?</b>				
Si	3	20	9	60
Normale	12	80	6	40
<b>Ha vissuto bene i malesseri della gravidanza?</b>				
Molto falso	2	13,3	2	13,3
Abbastanza falso	2	13,3	5	33,3
Abbastanza vero	8	53,3	4	26,7
Molto vero	3	20	4	26,7
<b>Ha vissuto bene le modificazioni del suo corpo durante la gravidanza?</b>				
Molto falso	1	6,7		
Abbastanza falso	2	13,3	1	6,7
Abbastanza vero	8	53,3	10	66,7
Molto vero	4	26,7	4	26,7
<b>E' stato importante per lei vedere il bambino in ecografia?</b>				
Molto falso				
Abbastanza falso				
Abbastanza vero	2	13,3	3	20
Molto vero	13	86,7	12	80
<b>C'è stato un allattamento al seno?</b>				
Si	10	66,7	8	53,3
No	5	33,3	7	46,7
Se sì, per quanti mesi?	N=10 M=6,70 (D.S.=5,677) Range 1-15, Mediana 6		N=7 M=9,43 (D.S.=3,690) Range 5-15, Mediana 9	

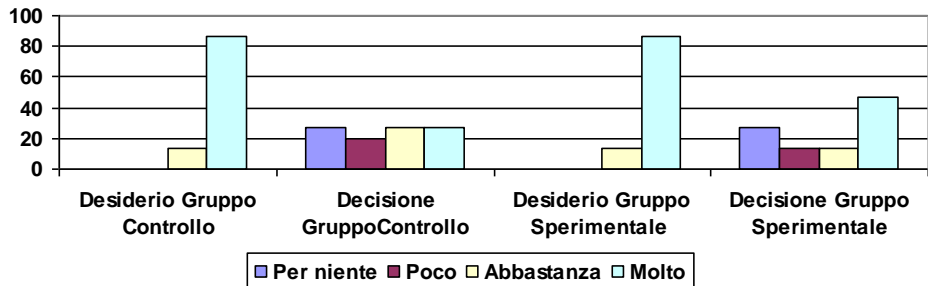
Nel grafico a seguire, vengono riportati i principali malesseri riscontrati durante la gravidanza, in entrambi i gruppi (**Grafico 3.9**).



**Grafico 3.9 Principali malesseri riscontrati durante la gravidanza, confronto gruppo controllo (N=15) e gruppo sperimentale (N=15)**

Alle domande: “Quanto desiderava un bambino?” e “La decisione di avere questo bambino è stata programmata?”, basate su una risposta a scala Likert a 4 passi (da per niente a molto), si evince che nel gruppo di controllo, la maggior parte dei soggetti (n=13; 86%) desiderava un bambino, mentre la decisione di avere questo bambino programmato, oscilla tra soggetti che hanno risposto per niente (n=4; 26,7%) e molto (n=4; 26,7%). Nel gruppo sperimentale, la maggior parte dei soggetti (n=13; 86%) ha

risposto “molto” sia domanda sul desiderio di avere un bambino, sia concerne la domanda sulla decisione di avere un bambino (n=7; 46,7%) (**Grafico 3.10**).



**Grafico 3.10** Rappresentazione percentuale sul desiderio e decisione di avere un bambino, confronto gruppo di controllo (N=15) e sperimentale (N=15)

Per quanto riguarda la scala Likert a 4 passi (che va da per niente a molto) concernente le informazioni sul supporto sociale ricevuto dalla donna durante il periodo di gravidanza si evince che, nel gruppo di controllo, la risposta alla domanda sul *sostegno pratico* ricevuto dal partner risulta essere “Abbastanza” (53,3%), “Molto dai familiari” (73,3%) e “Abbastanza dagli amici” (40%), mentre per quanto riguarda la domanda sul *potersi confidare*, risulta essere “Molto dal partner” (53,3%), “Molto dai familiari” (53,3%) e “Abbastanza dagli amici” (53,3%).

Per quanto riguarda il gruppo sperimentale, alla domanda sul *sostegno pratico* ricevuto dal partner, la maggior parte ha risposto “Molto” (66,7%), “Molto” dai familiari (66,7%) e “Molto” dagli amici (60%). Alla domanda sul *potersi confidare* con il partner, la maggior parte ha risposto “Molto” (86,7%), “Molto” dai familiari (66,7%) e “Abbastanza” dagli amici (80%) (**Tabella 3.3**).

**Tabella 3.3 Supporto sociale ottenuto durante la gravidanza, confronto gruppo controllo (N=15) e gruppo sperimentale (N=15)**

	Gruppo controllo		Gruppo sperimentale	
	n	%	n	%
<b>Lei sente di ricevere adeguato sostegno pratico dal partner?</b>				
Per niente				
Poco	1	6,7		
Abbastanza	8	53,3	5	33,3
Molto	6	40	10	66,7
<b>Lei sente che può confidarsi col suo partner?</b>				
Per niente				
Poco			1	6,7
Abbastanza	7	46,7	1	6,7
Molto	8	53,3	13	86,7
<b>Lei sente di ricevere adeguato sostegno pratico dai familiari?</b>				
Per niente				
Poco	1	6,7		
Abbastanza	3	20	5	33,3
Molto	11	73,3	10	66,7
<b>Lei sente che può confidarsi con i suoi familiari?</b>				
Per niente				
Poco	1	6,7		
Abbastanza	6	40	5	33,3
Molto	8	53,3	10	66,7
<b>Lei sente di ricevere adeguato sostegno pratico dagli amici?</b>				
Per niente	4	26,7		
Poco	4	26,7		
Abbastanza	6	40	6	40
Molto	1	6,7	9	60
<b>Lei sente che può confidarsi con i suoi amici?</b>				
Per niente				
Poco	4	26,7	2	13,3
Abbastanza	8	53,3	12	80
Molto	3	20	1	6,7

Per quanto riguarda il test del CES-D (*APPENDICE D*), suddividendo i due gruppi, possiamo notare che il punteggio medio al CES-D del gruppo di controllo è di 13,53 (d.s.=7,891) mentre nel gruppo sperimentale il punteggio medio al CES-D risulta essere di 15,60 (d.s.=6,401), ma questa differenza non è significativa. Utilizzando il cut-off del CES-D (Fava, 1983), è emerso che nel gruppo di controllo, 12 soggetti non hanno mostrato segni di depressione (80%), 1 moderata presenza di sintomi depressivi (6,7%) e 2 invece sono a rischio di depressione (13,3%). Nel gruppo sperimentale invece, 8 soggetti non hanno mostrato segni di depressione (53,3%), 5 moderata presenza di sintomi depressivi (33,3%) infine 2 sono a rischio di depressione (13,3%) (**Tabella 3.4**). Dall'analisi effettuata con il T test, non vi sono differenze significative tra i punteggi medi al CES-D nei due gruppi.

**Tabella 3.4** Statistiche descrittive del test CES-D, confronto tra gruppo di controllo (N=15) e gruppo sperimentale (N=15)

Gruppo controllo		Gruppo Sperimentale	
M=13,53 D.s.=7,891		M=15,60 D.s.=6,401	
<b>CES-D&lt;16</b>	80%	<b>CES-D&lt;16</b>	53,3%
<b>16&lt;CES-D&gt;22</b>	6,7%	<b>16 &lt;CES-D&gt; 22</b>	33,3%
<b>CES-D&gt;2</b>	13,3%	<b>CES-D&gt;2</b>	13,3%

Per quanto riguarda il test ASQ (*APPENDICE E*), suddividendo i due gruppi, possiamo notare che nel gruppo di controllo, la media della sottoscala della “Fiducia”, è di 33,67 con d.s.=4,386; per la sottoscala “Preoccupazione per le relazioni”, la media corrisponde a 22,80 con d.s.=7,282; per la sottoscala “Disagio per l’intimità”, la media corrisponde a 33,67 con d.s.=7,715; per la sottoscala “Bisogno di Appropriazione”, la media corrisponde a 17,00 con d.s.=6,908 e infine per la sottoscala “Secondarietà delle relazioni”, la media corrisponde a 14,53 con d.s.=5,083.

Nel gruppo sperimentale, la media della sottoscala della “Fiducia”, è di 33,47 con d.s.=2,696; per la sottoscala “Preoccupazione per le relazioni”, la media corrisponde a 25,13 con d.s.=6,105; per la sottoscala “Disagio per l’intimità”, la media corrisponde a 31,67 con d.s.=4,967; per la sottoscala “Bisogno di Appropriazione”, la media corrisponde a 18,93 con d.s.=6,756 e infine per la sottoscala “Secondarietà delle relazioni”, la media corrisponde a 17,13 con d.s.=5,069. Dal confronto con il campione normativo, la media della sottoscala “Fiducia”, sia per il gruppo di controllo che quello sperimentale è leggermente superiore; per la sottoscala “Preoccupazione per le relazioni” è abbastanza inferiore nel gruppo di controllo e in quello sperimentale leggermente inferiore; per la sottoscala “Disagio per l’intimità” entrambi i gruppi hanno la media inferiore rispetto a quello normativo; per la sottoscala “Bisogno di Approvazione”, entrambi i gruppi presentano una media leggermente inferiore rispetto a quello normativo e infine per la sottoscala “Secondarietà delle relazioni”, entrambi i gruppi risultano essere vicini alla media del campione normativo (**Tabella 3.5**). Dall’analisi effettuata con il T test, non vi sono differenze significative tra i punteggi medi all’ASQ nei due gruppi.

**Tabella 3.5** Statistiche descrittive del test ASQ, confronto tra gruppo di controllo (N=15), gruppo sperimentale (N=15) e Campione normativo

	<b>Gruppo controllo</b>	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Campione normativo</b>
Fiducia	Media=33,67 Ds=4,386	Media=33,47 Ds=2,696	Media=32,25 Ds=5,74
Preoccupazione per le relazioni	Media=22,80 Ds=7,282	Media=25,13 Ds=6,105	Media=28,81 Ds=6,08
Disagio intimità	Media=33,67 Ds=7,715	Media=31,67 Ds=4,967	Media=37,95 Ds=7,12
Bisogno Approvazione	Media=17,00 Ds=6,908	Media=18,93 Ds=6,756	Media=20,82 Ds=5,99
Secondarietà delle relazioni	Media=14,53 Ds=5,083	Media=17,13 Ds=5,069	Media=16,71 Ds=5,96

Per quanto riguarda il test del PBI (*APPENDICE F*), suddividendo i due gruppi, nel gruppo di controllo la media della sottoscala “Cura materna” è 30, con d.s.=7,7,83; nella sottoscala “Iperprotezione materna”, la media è di 13,27 con d.s.= 5,885; nella sottoscala “Cura paterna”, la media è di 27,33 con d.s.=7,825 e infine nella sottoscala “Iperprotezione paterna”, la media è di 14,33 con d.s.= 8,583.

Per quanto riguarda il gruppo sperimentale, alla sottoscala “Cura materna” presenta una media pari a 28,47 con d.s.=7,029; alla sottoscala “Iperprotezione materna” presenta una media pari a 13,40 con d.s.=7,268; alla sottoscala “Cura paterna” presenta una media pari a 27,73 con d.s.=7,667 e infine alla sottoscala “Iperprotezione paterna” presenta una media pari a 12,47 con d.s.= 5,222.

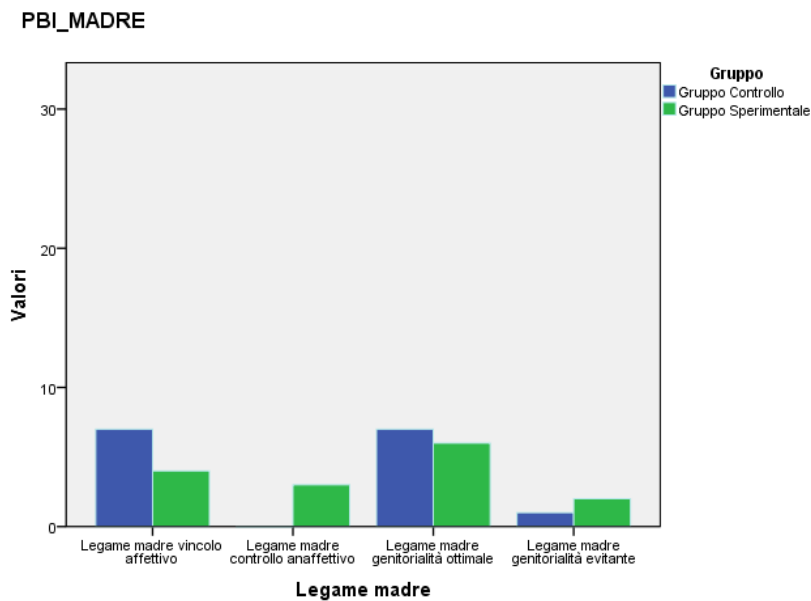
Dal confronto con il campione normativo (Scinto, 1999), le media del gruppo di controllo e sperimentale risultano essere leggermente superiori alla sottoscala “Cura materna”; le medie di entrambi i gruppi risultano essere leggermente inferiori rispetto alla sottoscala “Iperprotezione Materna”; in entrambi i gruppi risultano essere leggermente superiori alla sottoscala “Cura paterna” e infine risultano essere vicino alla media normativa per entrambi i gruppi, alla sottoscala “Iperprotezione paterna” (**Tabella 3.6**). Dall’analisi effettuata con il T test, non vi sono differenze significative

tra i punteggi medi al PBI nei due gruppi.

**Tabella 3.6** Statistiche descrittive del test PBI, confronto tra gruppo di controllo (N=15), gruppo sperimentale (N=15) e Campione normativo

	Gruppo Controllo	Gruppo sperimentale	Campione normativo
Cura materna	M=30 Ds=7,783	M=28,47 Ds=7,029	M=27,65 Ds=7,55
Iperprotezione materna	M=13,27 Ds=5,885	M=13,40 Ds=7,268	M=16,3 Ds=8,6
Cura paterna	M=27,33 Ds=7,825	M=27,73 Ds=7,667	M=25,1 Ds=8,13
Iperprotezione paterna	M=14,33 Ds=8,583	M=12,47 Ds=5,222	M=13,55 Ds=8,09

Per quanto riguarda lo stile genitoriale indagato con PBI, nel rapporto con la madre, si evince che nel gruppo di controllo 7 soggetti (46,7%), presentano un legame con la madre rappresentato da un vincolo affettivo (alta cura e alta protezione); nessun soggetto presenta un legame materno costituito da controllo anaffettivo (bassa cura e alta protezione); 7 soggetti (46,7%), presentano un legame con la madre costituito da una genitorialità ottimale (alta cura e bassa protezione), mentre 1 soggetto (6,7%) presenta un legame con la madre costituito da una genitorialità evitante (bassa cura e bassa protezione). Nel gruppo sperimentale invece, 4 soggetti (26,7%) presentano un legame materno costituito dal vincolo affettivo (alta cura e alta protezione); 3 soggetti (20%) presentano un legame materno costituito da controllo anaffettivo (bassa cura e alta protezione); 6 soggetti (40%) presentano un legame materno costituito da una genitorialità ottimale (alta cura e bassa protezione) e infine 2 soggetti (13,3%) presentano un legame materno costituito da una genitorialità evitante (bassa cura e bassa protezione) (**Grafico 3.11**).

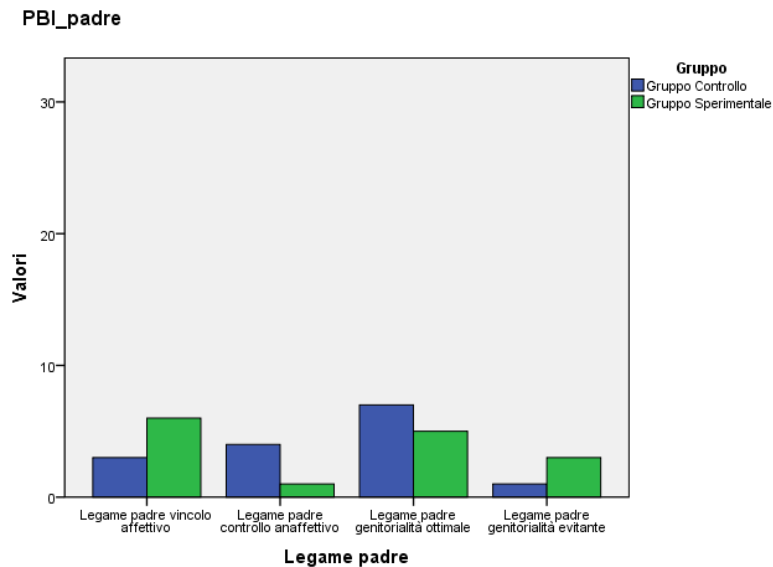


**Grafico 3.11** Rappresentazione dei diversi profili legati al legame materno, confrontando il gruppo di controllo (N=15) con quello sperimentale (N=15)

Per quanto riguarda invece il rapporto con il padre, si evince che: nel gruppo di controllo, 3 soggetti (20%) presentano un legame paterno costituito da un vincolo affettivo (alta cura e alta protezione); 4 soggetti (26,7%) presentano un legame paterno costituito da controllo anaffettivo (bassa cura e alta protezione); 7 soggetti (46,7%) presentano un legame paterno costituito da una genitorialità ottimale (alta cura e bassa protezione) e infine 1 soggetto (6,7%) presenta un legame paterno costituito da una genitorialità evitante (bassa cura e bassa protezione).

Nel gruppo sperimentale invece, 6 soggetti (40%) presentano un legame paterno costituito da un vincolo affettivo (alta cura e alta protezione); 1 soggetto (6,7%) presenta un legame paterno costituito da controllo anaffettivo (bassa cura e alta protezione); 5 soggetti (33,3%) presentano un legame paterno costituito da una genitorialità ottimale (alta cura e bassa protezione) e infine 3 soggetti (20%) presentano un legame paterno costituito da una genitorialità di tipo evitante (bassa cura e bassa protezione) (**Grafico 3.12**).





**Grafico 3.12** Rappresentazione dei diversi profili legati al legame paterno, confrontando il gruppo di controllo (N=15) con quello sperimentale (N=15)

Per quanto riguarda il test del **PSI-SF** (*APPENDICE G*), suddividendo i due gruppi, sono stati esclusi 4 soggetti nel gruppo di controllo (N=11) e 3 nel gruppo sperimentale (N=12), poiché hanno presentato un punteggio  $\leq$  a 10 alla sottoscala “Risposta Difensiva”, una sottoscala che permette di misurare quanto sia affidabile. Tale punteggio, suggerisce una delle tre seguenti ipotesi (Di Blasio, 2008):

- Il genitore sta cercando di rappresentarsi come un individuo assai competente privo degli stress emotivi normalmente associati alla genitorialità.
- Il genitore non investe nel ruolo di genitore e quindi non sperimenta gli stress comunemente associati alla cura di un bambino.
- Il genitore è, di fatto, una persona molto competente che riesce a gestire bene le responsabilità di genitore ed ha ottime relazioni con gli altri, compreso il coniuge.

Nel gruppo di controllo, alla sottoscala “Distress genitoriale” la media è pari a 26,82 con d.s.= 6,493 e secondo il campione normativo preso dalla letteratura, si colloca al 60° percentile. Alla sottoscala “Interazione genitore-bambino disfunzionale” la media è pari a 18,64 con d.s.=4,007 e si colloca al 45° percentile. Alla sottoscala “Bambino difficile” la media è pari a 23,45 con d.s.=6,832 al 40° percentile. Infine alla scala

“Stress Totale” la media è pari a 68,82 con d.s.= 12,082 e si colloca al 45° percentile. Nel gruppo sperimentale, alla sottoscala “Distress genitoriale” la media è pari a 24,33 con d.s.=5,228 e secondo il campione normativo preso dalla letteratura, si colloca al 50° percentile. Alla sottoscala “Interazione genitore-bambino disfunzionale” la media è pari a 18,58 con d.s.=4,122 e si colloca al 45° percentile. Alla sottoscala “Bambino difficile” la media è pari a 23,00 con d.s.=6,578 e si colloca al 40° percentile. Infine alla scala “Stress Totale” la media è pari a 66,08 con d.s.=14,279 e si colloca al 40° percentile.

Dal confronto con il campione normativo, sulla base dei percentili, tutte le sottoscale risultano essere nei valori normali nella gestione dello stress (compresi tra il 15° e l’80°). Solamente il gruppo di controllo presenta un valore leggermente superiore rispetto a quello sperimentale e del campione normativo (**Tabella 3.7**).

Dall’analisi effettuata con il T test, non vi sono differenze significative tra i punteggi medi al PSI-SF nei due gruppi.

**Tabella 3.7** Statistiche descrittive del test PSI-SF, confronto tra gruppo di controllo (N=15), gruppo sperimentale (N=15) e Campione normativo

	<b>Gruppo controllo</b>	<b>Percentili</b>	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Percentili</b>	<b>Campione normativo</b>	<b>Percentili</b>
Distress genitoriale	M= 26,82 Ds= 6,493	60	M=24,33 Ds= 5,228	50	M=24,23 Ds=6,67	50
Interazione genitore-bambino disfunzionale	M=18,64 Ds=4,007	45	M=18,58 Ds=4,122	45	M=19,98 Ds=5,32	50
Bambino difficile	M=23,45 Ds=6,832	40	M=23,00 Ds= 6,578	40	M=25,10 Ds=7,21	50
Stress Totale	M=68,82 Ds= 12,082	45	M=66,08 Ds= 14,279	40	M=69,31 Ds=16,12	45

Infine, nell’analisi del test COPE-NVI (*APPENDICE H*), suddividendo i due gruppi possiamo notare che nel gruppo di controllo, la media alla sottoscala “Sostegno sociale” è pari a 30,27 con d.s.=7,630; alla sottoscala “Strategie di evitamento” la media è pari a 20,80 con d.s.=2,859; alla sottoscala “Attitudine positiva” la media è pari a 30,87 con d.s.=5,592; alla sottoscala “Orientamento al problema” la media è pari a 31,13 con d.s.=5,343 e infine alla sottoscala “Orientamento Trascendente” la

media è pari a 22,53 con d.s.=2,924.

Nel gruppo sperimentale, la media alla sottoscala “Sostegno sociale” è pari a 31,93 con d.s.=5,944; alla sottoscala “Strategie di evitamento” la media è pari a 24,60 con d.s.=4,306; alla sottoscala “Attitudine positiva” la media è pari a 32,27 con d.s.=6,563; alla sottoscala “Orientamento al problema” la media è pari a 33,60 con d.s.=5,654 e infine alla sottoscala “Orientamento Trascendente” la media è pari a 24,33 con d.s.=4,337.

Dal confronto con il campione normativo, si evince che in entrambi i gruppi, la media della sottoscala “Sostegno sociale” risulta essere maggiore; leggermente inferiore per il gruppo di controllo e leggermente superiore per il gruppo sperimentale per la sottoscala “Strategie di Evitamento”; uguale per il gruppo di controllo e leggermente superiore per il gruppo sperimentale alla sottoscala “Attitudine positiva”; leggermente inferiore per il gruppo di controllo e leggermente superiore per il gruppo sperimentale alla sottoscala “Orientamento al problema” ed infine uguale per gruppo di controllo e leggermente superiore per il gruppo sperimentale alla sottoscala “Orientamento Trascendente”. (**Tabella 3.8**). Dall’analisi effettuata con il T test, non vi sono differenze significative tra i punteggi medi al COPE-NVI nei due gruppi.

**Tabella 3.8** Statistiche descrittive del test COPE-NVI, confronto tra gruppo di controllo (N=15), gruppo sperimentale (N=15) e Campione normativo

	<b>Gruppo controllo</b>	<b>Gruppo sperimentale</b>	<b>Campione normativo</b>
Sostegno sociale	M=30,27 d.s.=7,630	M=31,93 d.s.=5,944	M=27,7 Ds=8,4
Strategie di evitamento	M=20,80 d.s.=2,859	M=24,60 d.s.=4,306	M=23,5 Ds=5,1
Attitudine positiva	M=30,87 d.s.=5,592	M=32,27 d.s.=6,563	M=30,9 Ds=6
Orientamento al problema	M=31,13 d.s.=5,343	M=33,60 d.s.=5,654	M=32 Ds=6,7
Orientamento trascendente	M=22,53 d.s.=2,924	M=24,33 d.s.=4,337	M=22,7 Ds=5,6

Per quanto riguarda l’analisi delle correlazioni (Rho di Spearman) tra i vari test, risulta che:

-PSI-SF e ASQ

1. Nel gruppo di controllo risulta esserci una correlazione positiva tra il “Bisogno di

appropriazione” (attaccamento ambivalente) e “Distress genitoriale”, “Disfunzione nell’interazione genitore/bambino” e “Stress Totale” nell’accudimento.

2. Nel gruppo sperimentale risulta esserci una correlazione positiva tra il disagio nell’intimità (attaccamento evitante) e “Distress genitoriale”, “Bambino difficile” e “Stress totale nell’accudimento” (**Tabella 3.9**).

**Tabella 3.9. Correlazioni Rho di Spearman tra il test PSI-SF e l’ASQ del gruppo di controllo (N=15) e nel gruppo sperimentale (N=15)**

Gruppo controllo Rho di Spearman	Distress genitoriale	Interazione genitore-bambino disfunzionale	Bambino difficile	Stress Totale
<b>Fiducia</b>	-,368	-,359	,151	-,238
<b>Preoccupazione per le relazioni</b>	-,002	,209	,491	,323
<b>Disagio intimità</b>	,099	,181	-,465	-0,87
<b>Bisogno Approvazione</b>	,667*	,660*	,366	,758**
<b>Secondarietà r.</b>	,464	,578	-,227	,334
Gruppo sperimentale Rho di Spearman	Distress genitoriale	Interazione genitore-bambino disfunzionale	Bambino difficile	Stress Totale
<b>Fiducia</b>	-,229	-,345	,131	-,248
<b>Preoccupazione per le relazioni</b>	,081	,325	,163	,210
<b>Disagio intimità</b>	,729**	,507	,730**	,689**
<b>Bisogno Approvazione</b>	,253	,543	,269	,410
<b>Secondarietà r.</b>	,201	,379	,160	,232

### 3.4 DISCUSSIONI

Dall’indagine effettuata, si può notare (confermato attraverso il T test) che, per quanto riguarda l’aspetto relativo alla sensibilità materna, non vi sono differenze significative tra i due gruppi. Partendo dalle **caratteristiche sociodemografiche**, entrambi sono costituiti da un nucleo familiare stabile, con la presenza di figli e coniugi/partner. Il gruppo sperimentale presenta un livello di istruzione leggermente superiore rispetto a quello di controllo; in entrambi le partecipanti svolgono prevalentemente un lavoro da

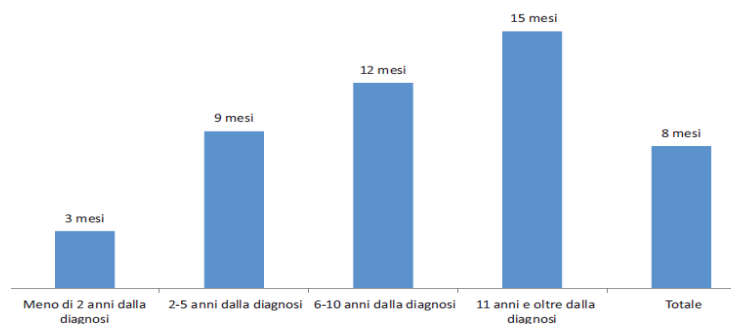
impiegato.

Nella scheda delle **informazioni relative alla gravidanza**, particolare attenzione è rivolta all'allattamento al seno. Non si riscontrano differenze nei due gruppi, a conferma dei risultati presenti in letteratura (Peccatori, 2007), ed è quindi emerso che una donna con una diagnosi pregressa di carcinoma mammario, possa allattare il proprio bambino.

In merito alle scale Likert, sulla decisione e desiderio di avere un bambino e sul supporto sociale, entrambi i gruppi riportano alti livelli, e quindi, a conferma dei risultati presenti in letteratura (Gritti, 2011), è emerso che una donna con una diagnosi pregressa di tumore al seno abbia ricevuto un buon sostegno familiare.

Dalle informazioni emerse fino ad ora, si può ipotizzare che nella donna con pregressa diagnosi di carcinoma mammario sia presente la volontà di reagire. Questo dato è confermato dai risultati di un'indagine eseguita da Carla Collicelli (2012). Alla fase iniziale, ovvero la scoperta di una diagnosi di tumore al seno, segue una fase costituita dalla *paura*, indicata da oltre il 37% degli intervistati, dalla *voglia di reagire*, il 30%, da reazioni di *incredulità*, il 22,7%, da reazioni di *rabbia*, il 20%, mentre la *rassegnazione* colpisce il 9% dei pazienti.

Sempre nell'indagine della Collicelli, si evidenzia che per le pazienti, la ripresa delle normali attività quotidiane ha richiesto in media più di 8 mesi (**Grafico 3.13**).



Fonte: indagini Censis su dati FAVO-Censis, 2012

**Grafico 3.13 Tempo trascorso dall'intervento e/o trattamento prima che il paziente potesse riprendere le normali attività di vita quotidiana (in mesi) per anni intercorsi dalla diagnosi per pazienti con tumore alla mammella (valore medio)**

Sulla base di questo, si può ipotizzare come il ripristino graduale della vita quotidiana possa incoraggiare, in particolare le giovani donne, alla realizzazione di specifici progetti di vita, come la nascita di un figlio. Questo è confermato dalle ricerche di vari autori (Jensen 2011; Sonmezer, 2004).

La letteratura internazionale, mostra, però, come l'argomento della preservazione della fertilità sia ancora sottovalutato nelle consultazioni oncologiche (Schover, 1999; Penrose, 2012), mentre alcuni studi indicano che molti pazienti dichiarano di preferire trattamenti meno efficaci pur di prevenire le complicanze a lungo termine (Partridge, 2004).

Una ricerca di tipo esplorativo condotta da Giulia Scaravelli (2012), evidenzia come sia importante focalizzare l'attenzione sulla qualità dell'informazione riferita alla possibilità di avere dei figli in caso di neoplasia. Alle donne che si rivolgevano a queste strutture sono stati somministrati dei questionari elaborati e analizzati.

I dati emersi indicano che nel 56,7 % dei casi le pazienti desideravano un figlio prima della diagnosi di neoplasia, e che alla maggior parte delle donne intervistate (77,6%) era stata data l'informazione sui potenziali danni provocati dalle cure sull'apparato riproduttivo; inoltre il 57,8% era stato informato sulle diverse metodiche per una possibilità di preservazione della fertilità. Soltanto il 16,6% delle donne aveva scelto di attuare una di queste metodiche prima dei trattamenti.

E' consuetudine diffusa suggerire di attendere almeno due anni, anche se è più ragionevole, nella pratica clinica, tener conto della possibilità di suggerire tempi diversi di attesa, in rapporto alla prognosi della malattia e all'età della paziente.

I test hanno rilevato, per entrambi i gruppi, una trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento di tipo sicuro, confermata dai test dell'**ASQ** e **PBI**. Per il test **ASQ**, che rivela il tipo di attaccamento instaurato dalle partecipanti con l'adulto, le medie delle varie sottoscale in entrambi i gruppi, soddisfano quelle presenti in letteratura. Nello specifico, si può notare che nel gruppo sperimentale e di controllo, la sottoscala "Fiducia", indice di attaccamento sicuro, è superiore rispetto a quello normativo, invece le medie delle altre sottoscale, indici di attaccamento di tipo evitante ("Disagio intimità" e "Secondarietà delle relazioni") e attaccamento di tipo ambivalente ("Bisogno di Approvazione" e "Preoccupazioni per le relazioni"), risultano essere inferiori rispetto al campione normativo. Di conseguenza, la patologia oncologica non incide sulla sensibilità materna, poiché la relazione di attaccamento, rappresenta uno dei fattori di protezione. Tale conferma è data anche dal test **PBI**, che misura il tipo di legame instaurato dai figli con i propri genitori. Le medie delle varie sottoscale del test di entrambi i gruppi soddisfano quelle presenti in letteratura. In particolare si evidenzia una media leggermente alta per entrambi i gruppi alle sottoscale "Cura" sia

materna che paterna, invece risulta inferiore la media alla sottoscala “Iperprotezione materna” e “Iperprotezione paterna” (quest’ultima risulta leggermente superiore nel gruppo di controllo). Nella costruzione dei quattro profili dei due legami, entrambi i gruppi riportano un’alta percentuale sul profilo “Genitorialità ottimale” sia con il legame materno che quello paterno. Quindi, la patologia oncologica non incide sulla sensibilità materna, e questo permette di evidenziare che vi è stata un’ integrazione dei modelli operativi interni (Bowlby, 1988) e la trasmissione delle modalità di attaccamento e di accudimento da una generazione alla successiva è legata al fatto che le relazioni con le principali figure di attaccamento, interiorizzate dal bambino, si pongono come modello di riferimento privilegiato per il ruolo genitoriale.

Dalle evidenze dei test presentati, si può ipotizzare che, come conseguenza di un attaccamento prevalentemente di tipo sicuro, la sensibilità materna ne sia influenzata positivamente nelle capacità di percepire i segnali, di comprenderli e rispondervi in maniera adeguata. Tale sensibilità è stata indagata con il **CES-D**, test che rivela la presenza o meno di Depressione Post-partum, non conferma tale psicopatologia in entrambi i gruppi. Nel dettaglio, una piccola parte delle partecipanti del gruppo sperimentale dichiara di presentare dei sintomi depressivi moderati, ma come sostiene la letteratura (Cohn e Tronik, 1989), questi sono da considerarsi sintomi transitori tipici dello stato post-gravidanza, e poiché vi è stato un alto rischio durante la gravidanza, si può ipotizzare che la presenza moderata di sintomi depressivi sia una conseguenza del periodo pre-parto. Quindi, la patologia oncologica non incide sulla sensibilità materna, poiché la gravidanza è stata rappresentata come un “rilancio” dei propri progetti di vita e l’assenza di depressione post-partum non ha compromesso la capacità materna, e di conseguenza, anche quella di regolare reciprocamente l’interazione (Cohn & Tronick, 1989) con il bambino costituita da affetti. L’interazione tra madre e bambino, è ulteriormente confermata dal **PSI-SF**, che misura il livello di stress genitoriale, dove le medie delle varie sottoscale di entrambi i gruppi soddisfano quelle presenti in letteratura. In particolare, si rivela un leggero aumento alla sottoscala “Distress genitoriale” per il gruppo di controllo, comunque inferiore al 75° percentile. Mentre nel gruppo sperimentale, i punteggi alle varie sottoscale risultano essere leggermente inferiori rispetto a quelle del campione normativo, ma la differenza non è significativa. Quindi la patologia oncologica non incide sulla sensibilità materna, dimostrando che le partecipanti riescono a gestire le

situazioni di stress relative ai compiti genitoriali e che non si sono presentate né interazioni disfunzionali tra madre e figlio né comportamenti disfunzionali da parte del figlio. Da questo dato, si può ipotizzare che durante la trasmissione dell'attaccamento (Fonagy et al., 1992) l'elemento cruciale siano i processi difensivi dei genitori nei confronti delle proprie esperienze emozionali negative. Tali meccanismi difensivi, spesso conseguenti ad un invischiamento nelle proprie esperienze passate, sono responsabili di una comprensione incompleta o non corretta degli stati di ansia, tensione e stress del figlio, e generano una modalità di risposta non sensibile ed inadeguata. Pertanto l'adulto fallisce nel rispecchiamento e nel contenimento delle emozioni del bambino. Se genitori autonomi riconoscono le emozioni del figlio, le riflettono adeguatamente e trasmettono la capacità di contenimento e coping, i genitori insicuri falliscono in questo processo, attivando meccanismi difensivi che privano il bambino sia della vicinanza, sia dell'autonomia. In particolare, il genitore ansioso e preoccupato, pur riconoscendo il sentimento del figlio, lo riflette con intensità eccessiva e non sa trasmettere la capacità di coping. Il genitore distaccato invece fallirebbe nel rispecchiamento del sentimento, ma trasmetterebbe un senso di stabilità e di coping, seppur disadattivo. Nel caso di un genitore sicuro, invece, trasmette un senso di stabilità e coping di tipo adattivo, riesce a percepire e comprendere le emozioni del bambino, in modo da rispondervi in maniera adeguata.

Infine, il test **COPE-NVI**, che misura le strategie di fronteggiamento a seguito di un evento stressante, rivelano che le medie delle varie sottoscale di entrambi i gruppi soddisfano quelle presenti in letteratura. In particolare, nel gruppo sperimentale, le medie risultano essere leggermente superiori rispetto a quelle del campione normativo, questo significa che ad alti punteggi alle varie sottoscale corrisponde un'alta capacità di fronteggiare le situazioni stressanti. Quindi, la patologia oncologica non incide sulla sensibilità materna, dimostrando che, come sostiene la letteratura (Deimling et al 2006), le strategie di coping in ambito psiconcologico hanno un impatto positivo sulla malattia che da inguaribile diventa curabile e guaribile. Le ricerche più rilevanti sono di Dunkel-Schetter e colleghi (1992), i quali hanno evidenziato, in donne operate al seno lungo-sopravvissute, una correlazione positiva tra ricerca attiva di supporto sociale (resilienza) e stile cognitivo-comportamentale di evitamento.



Infine, per quanto riguarda le correlazioni tra i vari test, particolarmente interessante è risultato il test dell'ASQ con il PSI-SF.

Nel gruppo di controllo, la correlazione tra il "Bisogno di Approvazione" dell'ASQ e le sottoscale "Distress genitoriale" e "Interazione genitore-bambino" e con la scala "Stress Totale", risulta positiva. Nel gruppo sperimentale, la correlazione tra il "Disagio dell'intimità" con le sottoscale "Distress genitoriale", "Interazione genitore-bambino" e "Stress Totale" risulta positiva. Questo potrebbe indicare che la donna in situazioni di stress, tende a inibire delle modalità di relazione con l'altro, soprattutto a livelli più intimi, utilizzando dei meccanismi di difesa. Tale ipotesi può essere attribuita alla sfera sessuale. Infatti, affrontare un tumore è sempre difficile, e per una donna lo è particolarmente quando la malattia colpisce organi legati alla sfera sessuale o riproduttiva, come nel caso dei tumori ginecologici e del tumore al seno. Improvvisamente ci si trova a dover gestire non solo la paura della malattia e dei trattamenti necessari alla guarigione, ma anche le inevitabili conseguenze sull'immagine corporea, sulla sfera sessuale e sull'equilibrio della vita di coppia. I tumori dell'apparato genitale femminile hanno come immediata conseguenza un impedimento della funzionalità fisica. Talvolta questo è di breve durata, limitato al periodo del trattamento e della ripresa. Oggi la chirurgia è sempre più conservativa, mini-invasiva e tende a ridurre al minimo eventuali effetti negativi e a preservare l'integrità del corpo e la qualità della vita. Tuttavia, anche se la paziente affronta meglio la situazione, sia fisicamente che psicologicamente quando l'intervento è conservativo, deve sempre imparare ad accettare il cambiamento, in quanto permane comunque una memoria del danno subito e dell'eventuale disturbo del funzionamento ad esso correlato. La malattia inoltre implica una possibile difficoltà nelle relazioni interpersonali per sentimenti - spesso ingiustificati - di vergogna ed inadeguatezza e per molti significa anche perdere autostima, fiducia nel futuro e nella progettualità. Per questo spesso accade che per paura di non essere accettati dal proprio partner per un corpo che porta i segni, sia evidenti che non, di un intervento, si smorzi il desiderio sessuale condizionato anche dal pensiero dominante della sopravvivenza, dalla rabbia e dalla frustrazione di sentirsi diversi dagli altri.

Per quanto riguarda nel gruppo di controllo, la correlazione è dovuta al fatto che in situazioni di stress nell'interazione con il bambino, la madre ricerca una maggior approvazione da parte del bambino, ad esempio obbedienza.

Nella ricerca proposta in questa tesi, uno dei limiti è rappresentato dalle poche informazioni a livello oncologico.

Un altro limite della ricerca, è rappresentato dall'assenza di metodi osservazionali che andassero ad indagare in maniera più approfondita l'interazione madre-bambino.

Ed infine, i due gruppi che non presentano differenze significative tra i punteggi medi dei vari test è dovuto al fatto che il campione è consistentemente piccolo, motivo per cui in futuro è possibile reclutare altre partecipanti per poter riproporre l'obbiettivo oppure confermare i risultati già ottenuti.

L'aspetto su in cui ci si è focalizzati maggiormente in questo lavoro di tesi, è se l'anamnesi della neoplasia mammaria influenzasse o meno la gestione dei compiti genitoriali, in particolare il costrutto della sensibilità materna. Si è dimostrato che a seguito di un evento critico vi è una lacerazione degli aspetti sessuali e procreativi, un motivo in più per ripristinare la situazione prima della diagnosi di neoplasia mammaria. Il desiderio di restare incinta non è connesso solo a ciò che la maternità rappresenta a livello sociale, ma soprattutto a come essa viene interiorizzata. La gravidanza è per la donna piena di significati. Essa può avere una funzione difensiva, nel senso di permettere gratificazione, riconoscimento, senso di identità e compensativa rispetto ad una fragile immagine di sé. In questo caso, essere incinta può rispondere al bisogno di conferma della propria identità.

La nascita di un figlio è anche un elemento propulsivo. E' come se aver dato la vita e lo sviluppo del bambino vicino a sé, riempiano la donna di nuova energia e slancio. Come se, forse, l'essere adulto, vicino a un nuovo sé che nasce e si sviluppa permette alla donna di raggiungere gli obiettivi prefissati, in quanto agisce non per sé ma per il figlio. Allo stesso tempo, lo sviluppo della nuova vita può significare la rottura con vecchi schemi di impotenza, di vuoto, incapacità e permette alla madre di sviluppare alcune parti di sé che fino ad allora aveva trascurato.

Di certo la donna ha già le dovute informazioni circa gli effetti collaterali delle terapie durante la fase del trattamento, anche in termini di fertilità e di strategie atte a preservarla (Lee, 2006). I curanti, infatti, di fronte a un paziente che si ammala in età fertile, dovrebbero valutare attentamente i possibili effetti iatrogeni dei trattamenti proposti, il desiderio futuro di una progettualità genitoriale e la presenza o meno di figli, discussi nei capitoli precedenti.

Tale indagine è di tipo pilota, una proposta per un percorso all'interno del panorama

oncologico dove, sostenendo la possibilità di conseguire una gravidanza dopo un intervento, si possa fornire un aiuto di tipo psicologico, focalizzando l'attenzione non solo a livello familiare, ma aiutando la donna a rinforzare la sua identità materna, a riscoprire la propria sessualità e gestire i principali compiti come genitore.

## CONCLUSIONI

Il lavoro di questa tesi dimostra che non vi sono differenze significative tra i punteggi medi nei due gruppi inerenti ai test che misurano la trasmissione intergenerazionale di attaccamento e alle strategie di fronteggiamento. Pertanto il costrutto di sensibilità materna non cambia in donne con pregressa diagnosi di carcinoma mammario. Si è rilevato che per entrambi i gruppi, non vi è la presenza di depressione e stress che compromettono la percezione dei segnali inviati dal bambino sulla madre, quindi la sensibilità materna nelle donne partecipanti a questa ricerca non è disfunzionale.

Tale risultato è confortante, poiché il focus così realizzato sui vissuti delle pazienti con tumore alla mammella ha permesso di evidenziare le specificità che ne caratterizzano la condizione, a cominciare dal fatto che si tratta di una *patologia al femminile*, in particolare tipica di donne in età attiva e fertile, che subiscono un impatto rilevante della malattia nella vita quotidiana e che, ad una prima iniziale reazione di paura, affiancano una reazione successiva fatta di coraggio, forza, assieme ad un impegno significativo nella conservazione di un grado importante di autonomia e soprattutto della scoperta dell'identità materna.

Nel lavoro di tesi, si è affrontato, la tematica del carcinoma mammario e della maternità, dimostrando come i due elementi si intersecano tra loro, dando origine a tre condizioni: gravidanza prima di una diagnosi di carcinoma mammario, durante e dopo una diagnosi di tumore al seno. In particolare, la tesi si è focalizzata su quest'ultimo aspetto, che, attraverso la presenza di pochi dati presenti in letteratura, evidenzia come il tema della maternità, dopo una diagnosi di tumore al seno è un argomento affrontato solo di recente. Con i dati a disposizione viene dimostrato che tale condizione non aumenta il rischio di recidiva, non incide in maniera negativa sulla sopravvivenza e la salute del nascituro e nemmeno sulla gestione dei compiti genitoriali, quali appunto la sensibilità.

Per questo è importante che, soprattutto le donne più giovani, tengano presente questa

eventualità fin dal momento della diagnosi, prima di cominciare a sottoporsi ai trattamenti.

Per quanto concerne l'allattamento, i dati presenti in letteratura (Peccatori, 2007) evidenziano la possibilità dello stesso, senza incorrere pericoli per la salute del bambino.

La ricerca sperimentale conferma quanto sopra, prendendo come riferimento gli aspetti psicologici descritti in ambito familiare, ovvero la capacità di avere una soddisfacente rappresentazione di sé come madre, e dimostra di aver integrato i modelli operativi interni (Bowlby, 1988) trasmessi dai propri genitori e che riversano sui propri figli, evidenziando che la maggior parte delle partecipanti hanno avuto una base sicura su cui poter fondare la propria vita e trasmetterla al proprio bambino.

## BIBLIOGRAFIA

Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index: professional manual* (3rd ed.). Odessa: *Psychological Assessment Resources*.

Ainsworth M.D.S., Witting B.A. (1969). *Attachment and exploratory behaviour of one-year olds in a Strange Situation*. In Foss B.M. (a cura di): *Determinants of infant behavior*. Methuen, London; 4:11-136.

Aliprandi M.T., Pelanda E., Senise T. (1990). *Psicoterapia breve di individuazione*. Milano: Feltrinelli.

Ammaniti M., Speranza A.M., Tambelli R., Muscetta S., Lucarelli L., Vismara L., Odorisio F., Cimino S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother–infant relationship. *Infant Mental Health*; 27: 70-90.

Andolfi, M. (2001). *Il padre ritrovato*. Franco Angeli, Milano;

Appiano S., Bertetto O., Ciccone G., Gianino M.M., Merletti F., Mussa A., Monchiero G., Nieddu S., Segnan N. (2002). *La Rete Oncologica Piemontese*, Politiche Sanitarie; 4.

Azim H.A., Bellettini G., Gelber S., Peccatori F.A. (2009). Breast-feeding after breast cancer: if you wish, madam. *Breast Cancer Res Treat*; 114:7–12.

Azim H.A., Bellettini G., Gelber S., Peccatori F.A. (2010). Breastfeeding in breast cancer survivors: Pattern, behaviour and effect on breast cancer outcome. *The Breast*; 19(6): 527-531.

Baldoni F. (2004). *Attaccamento di coppia e cambiamento sociale*. In Crocetti G. (a cura di): *Il girasole e l'ombra. Intimità e solitudine del bambino nella cultura del clamore*. Edizioni Pendragon, Bologna, pp. 95-109.

Baldoni F. (2003). *Attaccamento e funzione genitoriale*. In Galli G. (a cura di): *Interpretazione e nascita*. Atti XXIII Colloquio sull'Interpretazione "Interpretazione e Nascita" (Macerata 4-5 Aprile 2003). Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali, Pisa-Roma.

Barthelmes L., Davidson L., Gaffney C. et al. (2005). *Pregnancy and breast cancer*. *BMJ*; 330: 1375-8.

Bartholomew K., Horowitz L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology*; 61: 226-44.

Belsky J. (1997). Variation in susceptibility to environmental influence: an evolutionary argument. *Psychological Inquiry*; 8:182-186.

Bion, W., (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. Aronson.

Bollea G. (1999). *Le madri non sbagliano mai*, Feltrinelli, Milano.

Bowlby J. (1988). *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano.

Boyle K.E., Vlahos N., Jarow J.P. (2004). Assisted reproductive technology in the new millennium: part II. *Urology*; 63: 217-224.

Carli L. (a cura di) (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Raffaello Cortina, Milano.

Carli L. (a cura di) (1999). *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Raffaello Cortina, Milano.

Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*; 56(2): 267-283.

Cassidy T. (1999). *Stress e salute*. Il Mulino, Bologna 2002.

Cinieri S., Peccatori F., et al (2007). La gestione del carcinoma mammario in gravidanza: curare la mamma tutelando il nascituro. *Riv. It. Ost. Gin. Vol. 14* pag. 688.

Christ G.H., Christ A.E. (2006). Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. *Cancer J Clin*; 56: 197-212.

Clapp C., Martial J.A., Guzman R.C., Rentier-Delure F., Weiner R.I. (1993). The 16-kilodalton N-terminal fragment of human prolactin is a potent inhibitor of angiogenesis. *Endocrinology*; 133: 1292–1299.

Clavel-Chapelon F., E3N Group (2002). Cumulative number of menstrual cycles and breast cancer risk: results from the E3N cohort study of French women. *Cancer Causes Control*; 13: 831–838.

Cohen L.J., Slade A. (2000). *Handbook of infant mental health*. Guilford New York.

Cohn J. F., Tronick E., Z. (1989). "Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour". *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*; 28: 242-248.



Collaborative Group on Hormonal factors, breastfeeding (2002). Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*; 260: 187–195.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2004). Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 16 countries. *Lancet*; 9414: 1007-1016.

Crittenden P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamicomaturativo all'Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina, Milano.

Crittenden P.M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Guerini Studio, Milano.

Crittenden P.M. (1997). *Pericolo, sviluppo e attaccamento*. Masson, Milano.

Crocetti E; AIRTUM Working Group (2008). *I numeri dell' Airtum : la sopravvivenza per il tumore della mammella femminile e migliorata in tutte le età*. *Epidemiol Prev* ; 32:329.

Crocetti E., Buzzoni C., Falcini F., et al. (2010). Disentangling the roles of mammographic screening and HRT in recent breast cancer trends in Italy by analyses based on calendar time and time Since screening activation. *Breast J*; 16: 350-5.

Crowell J.A.(2003). Assesment of Attachment Security in a Clinical Setting: Observations of Parents and Children, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*; 24:199-204.

Cullinane CA, Lubinski J, Neuhausen S., et al (2005). *Effect of pregnancy as a risk for breast cancer in BRCA1/BRCA2 mutation carriers*. *Int J Cancer*; 117: 988–91.

Cunningham A.J., Edmonds C.V., Hampson A.W., Hanson H. (1991). A group psychoeducational program to help cancer patients cope with and combat their disease, *Advances*; 7(3): 41-56.

Dalberg K., Eriksson J., Holmberg L. (2006). Birth outcome in women with previously treated breast cancer—a population-based cohort study from Sweden. *PLoS Med*; 3(9):336.

Deimling G.T., Wagner L.J., Bowman K.F., Sterns S., Kercher K., Kahana B (2006). Coping among older-adult long-term cancer survivors. *Psychooncology*;15(2): 143-59.

Demeestere I., Moffa F., Peccatori F., Poirot C., Shalom-Paz E. (2012). “Multiple Approaches for Individualized Fertility Protective Therapy in Cancer Patients”. *Obstetrics and Gynecology International*.

Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J. et al (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders among Cancer Patients, *JAMA*; 249: 751-757.

Draper J. (2002) “It’s the first scientific evidence’: men’s experience of pregnancy confirmation”. *J Adv Nurs*;39(6): 563–70.

Di Vita, A.M., Brustia, P. (a cura di) (2008). Psicologia della genitorialità. Modelli, ricerche, interventi. *Torino: Antigone*.

Dow KH, Harris JR, Roy C.(1994). “Pregnancy after breast-conserving surgery and radiation therapy for breast cancer”. *J Natl Cancer Inst Monogr*; 16: 131–137.

Dunkel-Schetter C., Feinstein L.G., Taylor S.E., Falke R. (1992). Patterns of coping with cancer (Lead article). *Health Psychol*; 11(2): 79-87.

Eckenrode J (1991). The social context of coping. *New York: Plenum Press.*

Ell K., Nishimoto R., Mediansky L., Mantell J. (1992). Social relations, social support and survival among patient with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*; 36: 531-41.

Faller H., Buelzebruck H., Drings P., Lang H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archive General Psychiatry*; 56: 756-62.

Ferlay J., Parkin DM., Steliarova-Foucher E. (2010). *Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. Eur J Cancer*; 46:765-81.

Feeney, J. A., Noller, P., Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In Sperling, M. B., Berman, W. H., Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives (pp.128-152). *Guilford Press, New York.*

Fenton S.E., Sheffield L.G. (1994). Control of mammary epithelial cell DNA synthesis by epidermal growth factor, cholera toxin, and IGF-1: specific inhibitory effect of prolactin on EGF-stimulated cell growth. *Exp Cell Res*; 210: 102–106.

Finnbogadóttir H., Svalenius E.C., Persson E.K (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*; 19: 96–105.

Frenette P.S., Thirlwell M.P., Trudeau M., et al (1994) The diagnostic value of CA 27-29, CA 15-3, mucin-like carcinoma antigen, carcinoembryonic antigen and CA 19-9 in breast and gastrointestinal malignancies. *Tumour Biol*; **15**: 247-54.

Freund C., Mirabel L., Annane K., Mathelin C. (2005). Breastfeeding and breast cancer. *Gynecol Obstet Fertil*;33:739–744.

Friedman, L., Baer, P., Nelson, D. & Lane, M. (1988). Women with breast cancer: Perception of family functioning and adjustment to illness. *Psychosomatic Medicine*; 50: 529-540.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organisation of infant-mother attachment at one year of age, "Child Dev.", 1992.

Fossati A. et al (2003), Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: A multivariate study. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 191, pp. 30-37.

Fossati A., Feeney J.A., Grazioli F., Borroni S., Acquarini E., Maffei C., (2007), L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan: Una misura autosomministrata per l'attaccamento adulto. In L. Barone, F. Del Corno (a cura di), La valutazione dell'attaccamento adulto: I questionari autosomministrati, *Raffaello Cortina, Milano*, pp. 181-196.

Fornari F., (1985). Affetti e cancro. *Raffaello Cortina*, Milano.

Gambini P. (2007). Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico relazionale. *Milano: Franco Angeli*.

Gatchel, R. J., Peter, M. L., Fuchs, P. N. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*; 133: 581-624.

Gelber S., Coates AS., Goldhirsch A., et al. (2001). Effect of pregnancy on overall survival after the diagnosis of early stage breast cancer. *J Clin Oncol*; 19:1671-75.

Gentilini O., Masullo M., Rotmensz N., Peccatori F. et al.(2005). Breast cancer diagnosed during pregnancy and lactation: biological features and treatment options. *Eur J Surg Oncol* 2005; 31: 232-6.

George C., Kaplan N., Main M. (1986): *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley (CA).

Ginsburg E., Vonderhaar B.K. (1995). Prolactin synthesis and secretion by human breast cancer cells. *Cancer Res*; 55: 2591–2595

Glantz M. J., Chamberlain M.G., Liu Q. *et al.*, (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer*; 15: 5237-5242.

Grazioli L., Martinelli V., Dionigi F., Ballerio M., Damiani S., Veglia T.A., Zanotti S., Politi P. (2013). Sintomatologia ansiosa e depressiva in un campione di donne con carcinoma mammario alla prima visita oncologica. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*; 126(1): 175-182.

Greco O., Maniglio, R. (2009). Genitorialità. Profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione. *Milano: Franco Angeli*.

Greer S., Morris T., Pettingale K.W. (1999). Psychological response to breast cancer. Effect of outcome. *Lancet*; 2: 785-7.

Gritti P., Di Caprio E.L., Resicato G., (2011). L'approccio alla famiglia in psiconcologia. *Clinica Psiconcologica*; 2: 51-72.

Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camisasca, E. e Serantoni, G (2008). Parenting Stress Index Short Form. Adattamento italiano. *Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali*.

Harris J.R., Lippman M.E., Veronesi U., Willett W. (1992). Breast cancer (2). *N Engl J Med*; 327: 390–398.

Hatem A., Azim Jr., Bellettini G., Gelber S., Peccatori F.A. (2009). “Breast-feeding after breast cancer: if you wish, madam”. *Breast Cancer Res Treat*; 114: 7–12.

Hazan C., Shaver P.R. (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*; 52(3): 511-524.

Hazan C., Gur-Yish N. e Campa M. (2004). What Does it Mean to Be Attached?, in *Rholes e Simpson*.

Holmes J., (1994). La Teoria dell’Attaccamento. *Raffaello Cortina Edizioni*.

Howard-Anderson J. et al. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J. Natl. Cancer Inst*; 104(5): 386-405.

Howes M.J, Hoke L., Winterbottom D. (1994). Psychosocial effects of breast cancer on the patient’s children. *J Psychosoc Oncol*; 12: 1-21.

Jemal A., Siegel R., Ward E., Murray T., Xu J., Thun M.J. (2007). “Cancer statistics”. *CA Cancer J Clin*; 57(1): 43-66.

Jensen jr Morbeck D.E. (2011). *Mayo clinic proc*.

Kissane D.W., Bloch S. (2002). Family focused grief therapy. *Buckingham: Open University Press*.

Kissane D.W., Bloch S., Burns W.I., Patrick J.D., Wallace C.S., McKenzie D. (1994). Perceptions of family functioning and cancer. *Psychooncology*; 3: 259-69.

Kissane D.W., Bloch S., Burns W.I., McKenzie D.P., Posterino M. (1994). Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psychooncology*; 3: 47-56.

Kobak, R.R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation and representations of self and others. *Child development*; 59, 135-146.

Kotler T., Buzwell S., Romeo Y. & Bowland J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology*; 67:237-245.

Laurence M. et al (2013). Maternity Care practise that support Breastfeeding: CDC Efforts to Encourage Quality Improvent. *Journal of women healt* Vol.22, Number 2.

Lambertini M. et all (2017). Safety of pregnancy in patients (pts) with history of estrogen receptor positive (ER+) breast cancer (BC): Long-term follow-up analysis from a multicenter study. *ASCO*.

Lambertini M. et all (2015). Update of Fertility preservation in young women undergoing breast cancer and ovarian cancer therapy. *Wolters Kluwer Health*, Vol.27.

Langagergaard V., Gislum M., Skriver M.V., et al.(2006). Birth outcome in women with breast cancer. *Br J Cancer*; 94: 142–6.

Lazarus, R. S., & Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee S.J., Schover L.R., Patridge A.H., et al. (2006) American Society of Clinical Oncology Recommendations on fertility preservation in cancer patients. *J Clin Oncol*; 24(18): 917-931.

Leiber L., Plumb M.M., Gerstenzang M.L., & Holland J. (1976). The communication of affection between cancer patients and their spouses. *Psychosomatic Medicine*; 38: 379-389.

Levine M. (2007). Adjuvant therapy and thrombosis: how to avoid the problem? *The Breast*; 16: S169-S174.

Levy-Shiff R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology* ; 30(4): 591-601.

Lewis M.L., Hammond M.A., Woods N.F. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model". *J Behav Med* 16: 351-370.

Lillberg K et al (2003). Stressful Life Events and Risk of Breast Cancer in 10,808 Women: A Cohort Study. *Am J Epidemiol*; 157: 415-423.

Lombardo L., Lai C., Morelli E., Bellizzi F., Piccolini M., Penco I. (2007). Rischio di lutto complicato in familiari di pazienti oncologici in fase terminale: uno studio di screening. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*; 4: 28-34.

Longhi A., Macchiagodena M., Vitali G., Bacci G. (2003). Fertility in Male Patients Treated with Neoadjuvant Chemotherapy for Osteosarcoma. *Journal of Pediatric Hematology/oncology*; 25 (4): 292-296.

Lueboonthavatchai P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*; 90(10): 2164-2174.



Main M., Goldwyn R. (1985-1994): *Adult Attachment Scoring and Classification System*. Manoscritto non pubblicato, *University of California, Berkeley*.

Main M., Solomon J. (1986): *Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In: Brazelton T.B., Yogman M. (a cura di): *Affective development in infancy*. Ablex, Norwood; 95-124.

Mayes L.C. e Leckman J.F. (2007). Parental Representation and Subclinical Changes in Postpartum mood. *Infant Mental Health Journal*; 28(3): 281-95.

McDaniel S.H., Hepworth J., Doherty W.J. (1992). Medical family therapy: a biopsychosocial approach to families with health problems. *New York: Basic Books*.

McNeilly A.S., Tay C.C., Glasier A. (1994). Physiological mechanisms underlying lactational amenorrhea. *Ann NY Acad Sci*; 709: 145–155.

McNeilly A.S. (2001). Neuroendocrine changes and fertility in breast-feeding women. *Prog Brain Res*; 133: 207–214.

Melchor L., benitez J.(2013). The complex genetic landscape of familial breast cancer. *Hum Genet*; 132: 845-63.

Middleton L.P., Amin M., Gwyn G., et al. (2003). Breast carcinoma in pregnant women. Assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. *Cancer*; 98: 1055–60.

Moore H.C.F., Foster R.S. (2000). *Breast cancer and pregnancy*. *Semin Oncol*; 27: 646–53.

Moysich K.B., Ambrosone C.B., Vena J.E., Shields P.G., Mendola P., Kostyniak P., Greizerstein H., Graham S., Marshall J.R., Schisterman E.F., Freudenheim J.L. (1998). "Environmental organochlorine exposure and postmenopausal breast cancer risk". *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 7:181–188.

*Mueller B.A., Simon M.S., Deapen D. et al. (2003). Childbearing and survival after breast carcinoma in young women. Cancer; 98: 1131-40.*

*Moran M.S., Colasanto J.M., Haffty B.G., Wilson L.D., Lund M.W., Higgins S.A. (2005). Effects of breast-conserving therapy on lactation after pregnancy. Cancer; 11 (5): 399-403.*

National Health Interview Survey 1992.

National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Office of Cancer Survivorship. Bethesda: 1993.

Navazesh M., Christensen CM (1982). A comparison of whole mouth resting and stimulated salivary measurement procedures. *J Dent Res*; **61**: 1158-62.

*Obenauer S., Dammert S. (2007). Palpable masses in breast during lactation. Clin Imaging; 31:1-5.*

Osborn T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psychooncology*; 16: 101-26.

Pagani O., Peccatori F., et al. (2015). Pregnancy after breast cancer: Are young patients willing to participate in clinical studies?. *Breast*; 24(3): 201-207.

Pamela M. Wallace and Ian H. (1990). Marital Adjustment during the Transition to Parenthood: Stability and Predictors of Change. *Journal of Marriage and Family*; 52(2): 21-29.

Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*; 134: 138-147.

Parker, G. (1983b). Parental overprotection: a risk factor in psychosocial development. *Grune & Stratton, New York*.

Partridge A.H., Gelber S., Peppercorn J, et al. (2004). Web-based survey of fertility issues in young women with breast cancer. *J Clin Oncol*; 22: 4174-4183.

Pavlidis N.A (2002). Coexistence of pregnancy and malignancy. *The Oncologist*; 7: 279-87.

Pavlidis N.A., Pentheroudakis G. (2005). The pregnant mother with breast cancer: Diagnostic and therapeutic management. *Cancer Treat Rev*; 31(6): 439-47.

Peccatori F., Martinelli G., Gentilini O., Goldfirsch A., (2004). *Chemotherapy during pregnancy: what is really safe?* *Lancet Oncol*, Jul; 5(7): 398. No abstract available.

Penrose R., Beatty L., Mattiske J., Koczwara B (2012). Fertility and cancer: a qualitative study of Australian cancer survivors. *Support Care Cancer*; 20: 1259-1265.

Peccatori F. (2008). Allattamento al seno dopo neoplasia mammaria: una scelta possibile. *Riv.It.Ost.Gin*; 18: 811-813.

Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*; 40: 789-797.

*Psyrrri A., Burtness B. (2005). Pregnancy associated breast cancer. Cancer J; 11: 83-95.*

Pierfederici A., Fava G.A., Munari F., Rossi N., Baldaro B., Pasquali Evangelisti L., Grandi S., Bernardi M., Zecchino F. (1982). Validazione italiana del CSD-D per la misurazione della depressione. In R. Canestrari (a cura di), Nuovi metodi in psicometria. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Radloff L.S. (1977). The CES-D scale: A self research depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*; 1:385-401.

*Riordan J. (2002). Breastfeeding and human lactation. 3rd ed. Jones and Bartlett Publishers.*

Rolland J.S.,(2005). Cancer and the family: an integrative model. *Cancer*; 104(11): 2584-95.

Rossouw J.E., Anderson G.L., Prentice R.L., et al. (2002). Writing group for the Women Health Initiative investigators. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women ' s Health Initiative randomized controlled trial. JAMA*; 288: 321-33.

Rowland J.H., Massie M.J. (1998). Breast Cancer, in J.C. Holland (ed.). *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, New York, pp. 348-401.

Russo J., Russo I. (2004). The Breast as a devolving organ. Molecula basis of Breast Cancer. Prevention and treatment. *Germany Spinger*.

Samuel J. (1997). Breastfeeding and the empowerment of women. *Can Nurse*; 93: 47-48.

Sanders M., Baum M. (1993). Breast cancer pregnancy-A review. *J R Soc Med*; 86:162-166.

Schover R.L. (2013). Efficacy Trial of An Internet-Based Intervention for Cancer-Related Female Sexual Dysfunction. *J Natl Compr Canc Netw*; 11: 1389-1397.

Schover L.R., Rybicki L.A., Martin B.A., et al. (1999). Having children after cancer: a pilot survey of survivors' attitudes and experiences. *Cancer*; 86: 697-709;

Schleife H, Sachtleben C, Finck Barboza C et al. (2012).. Anxiety, depression and quality of life in German ambulatory breast cancer patients.. *Breast Cancer*; in press.

Sica C., Sighinolfi C., Franceschini S. (2008). Uno strumento aggiornamento per la misura degli stili di coping. Il Coping Orientation to the Problems Experienced-Nuova versione Italiana. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*; 14(1): 28-50.

Sigal J., Perry J.C., Robbins J.M., Gagné M.A. , Nassif E. (2003). Maternal Preoccupation and Parenting as Predictors of Emotional and Behavioral Problems in Children of Women With Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 21(6):1155-1160.

Simeti F. (2006). Psicologia della maternità. *Edizioni Libreria Cortina*, Verona.

Solomon J., Goerge C. (2006). *Intergenerational Transmission of Dysregulated Maternal Caregiving: Mothers Describe Their Upbringing and Childrearing, in Mayses.*

Sonmezer M. (2004). Hum repr. *Update*

Sroufe L., Waters E. (1977). Attachment as a Organizational Construct. *Child Development*; 48:1184-1199.

Stern D. N (2006). Introduction to the Special Issue on Early Preventive Intervention and Home Visiting. *Infant Mental Health Journal*; 27(1): 1-4.

Stern D., (1985). The Interpersonal World of Infant, tr. It. Il Mondo Interpersonale del Bambino. *Bollati Boringhieri, Torino*.

Stern D.N. (1995): The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. *New York: Basic Books*.

Streckfus C., Bigler L. (2005). The use of soluble, salivary c-erbB-2 for the detection and post-operative follow-up of breast cancer in women: the results of a five-year translational research study. *Adv Dent Res*, 18, 17-24.

Stiegelis H.E., Hagedoorn M., Sanderman R., Van Der Zee K.I., Van De Dergh A.C. (2003). Cognitive adaptation: a comparison of cancer patient and health references. *British Journal of Health Psychology*; 8(3): 303-18.

Sweeny C., Blair C.K., Anderson K.E., Lazovich D., Folsom A.R. (2004). Risk factors for breast cancer in elderly women. *Am J Epidemiol*; 160(9): 868-75.

Taylor S.E., Lichtman R.R., Wood J.V. (1987). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personal Society Psychological*; 30:81-50.

Taylor S., Brown J. (1988). Illusion and well-being: a social perspective on mental health. *Psychological Bulletin*; 103(2): 193-210.

Teti D.M., Gelfand D.M., Messinger D.S., Isabella R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, pre-schoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*; 31(3): 364-376 A.P.A.

Tworoger S.S., Eliassen A.H., Sluss P., Hankinson S.E. (2007). A prospective study of plasma prolactin concentration and risk of premenopausal and postmenopausal breast cancer. *J Clin Oncol*; 25:1482–1488.

Torta R., Bovero A., Zaina E. (2009). Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico. *Riv. Psicol. Indiv*; 65: 73-95.

Torta R., Mussa A. (1997). *Psiconcologia: basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici*. Centro Scientifico. Torino.

Torta, R., Lacerenza, M. (2002), *Depressione e dolore*. UTET Periodici, Milano.

Van IJzendoorn M.H., De Wolff M.S. (1997): “In search of the absent father -Meta-analyses of infant-father attachment”. *Child Development*; 68(4): 604-609.

Veronesi U. (1995). *Manuale di Senologia oncologica*. Masson, Milano.

Vess J.D., Moreland J.R., Schwebel A.I., et al (1988). “Psychosocial needs of cancer patients: Learning from patients and their spouses”. *J Psychosoc Oncol*; 6:31-51.

Vicentini G. (2003). Definizione e funzioni della genitorialità in [www.genitorialità.it](http://www.genitorialità.it)

Watson M., Greer S., Rowden L. & Gorman C. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer, and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*; 21:51-57.

Weiss R. (1982). Attachment in adult life. In: Parkes C.M., Stevenson Hinde J. (a cura di): *The place of attachment in human behaviour*. Routledge, London.

Wellisch D.K., Gritz E.R., Schain W., et al. (1991). Psychological functioning of daughters of breast cancer patients : Part I. Daughters and comparison subjects. *Psychosom*; 32:324-336.

Williams R.H. (ed) (1981). Textbook of endocrinology. W.B.Saunders Co., Philadelphia, London.

Woo J.C., Taechin Y., Hurd T.C. (2003). "Breast cancer in pregnancy". *Arch Surg*; 138: 91-8.

Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Hogarth Press (trad. it. La preoccupazione materna primaria. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975, pp. 357-363.

Winther J.F., Olsen J.H., Wu H., et al (2012). Genetic disease in the children of Danish survivors of childhood and adolescent cancer. *J Clin Oncol* ; 30(1):27-33.

Wobbes M.H., De Groot M.R., Brons J.T., Smit W.M. (2004). Pregnancy and chemotherapy; an apparent contradiction. *Ned Tijdschr Geneesk*;148(8):349-52, 2004 . Dutch.

Wynne L.C. (1988). An epigenetic model of family processes. In C.J. Falicov (Ed.), *Family Transitions: Continuity and Change Over the Life Cycle* (pp. 81-106). New York: Guilford.

Zembo C.T. (2002). Breastfeeding. *Obstet Gynecol Clin North Am*; 29 (1): 51-76.



## ***APPENDICE***

## ALLEGATO A. CONSENSO INFORMATO



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO

S.C.Psicologia Clinica ed Oncologica

Direttore: prof. R.TORTA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_,  
residente in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
sono stato informato che i dati ottenuti dallo studio saranno confidenziali e non  
potranno essere divulgati.

Ai sensi del decreto legislativo 196 del 30 giugno 2003 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, il paziente va informato che i suoi dati personali verranno raccolti ed archiviati elettronicamente e saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica e di formazione.

Esprimo il consenso a al trattamento dei dati personali per i fini indicati e sono consapevole che i risultati della ricerca potranno essere oggetto di pubblicazioni a scopo scientifico e formativo e che saranno sempre trattati in forma anonima. Sono stato inoltre informato del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla ricerca stessa.

Acconsento volontariamente a partecipare a questo studio e confermo che è mi stata rilasciata una copia di questo consenso informato.

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO B. INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO

Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

**Stato civile:**

Nubile

Convivente

Separata

Coniugata

Vedova

**Paese di nascita:**

Italia

Altro Paese (indicare quale \_\_\_\_\_)

**Titolo di studio**

Scuola elementare

Diploma scuola superiore

Diploma scuola media

Laurea

**Condizione lavorativa**

Casalinga

Disoccupato

Lavoro occasionale

Operaio/a-artigiano/a-commesso/a

- Impiegato/a - insegnante  
 Dirigente - Libero professionista  
 Altro(Specificare)\_\_\_\_\_

**Indichi con una crocetta le persone con cui vive**

- da sola  
 coniuge/partner  
 figli (numero totale figli\_\_\_\_\_)  
Specificare \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ figli: \_\_\_\_\_
- 4  madre e/o padre  
5  sorelle/fratelli  
6  altri parenti
- 

**Prima diagnosi di tumore**       Sì       No

*Se la risposta è Sì, rispondere alla seguenti domande:*

**Data primo intervento:** \_\_\_\_\_

- Ha effettuato:**  Intervento chirurgico  
 radioterapia  
 Chemioterapia  
 Ormonoterapia

Altro  
(specificare) \_\_\_\_\_

## APPENDICE C. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GRAVIDANZA

### 1. Si è trattato di una gravidanza:

Ad alto rischio     A basso rischio     Normale

*Nelle domande successive gentilmente dia una risposta sulla base della seguente scala: per niente, poco, abbastanza, molto*

per niente - poco - abbastanza - molto

### 2. Quanto desiderava un bambino?

### 3. La decisione di avere questo bambino è stata programmata?

### 4. Ha avuto problemi di salute durante la gravidanza o particolari disturbi?

Sì    No

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

### 5. Ha vissuto bene i malesseri della gravidanza?

Molto falso

Abbastanza falso

Abbastanza vero

Molto vero

### 6. Ha vissuto bene le modificazioni del suo corpo durante la gravidanza?

Molto falso

Abbastanza falso

Abbastanza vero

Molto vero

### 7. E' stato importante per lei vedere il bambino in ecografia?

Molto falso

Abbastanza falso

Abbastanza vero

Molto vero

### 8. C'è stato un allattamento al seno?    Sì    No

Se sì, per quanti mesi? \_\_\_\_\_

**9. Nelle domande seguenti Le chiediamo di specificare quanto Lei si sente sostenuto/a dalle persone che le stanno vicino:**

per niente - poco - abbastanza - molto

Lei sente di ricevere adeguato sostegno pratico dal suo partner?

Lei sente che può confidarsi con il suo partner quando ne ha bisogno?

Lei sente di ricevere adeguato sostegno pratico dai suoi familiari?

Lei sente che può confidarsi con i suoi familiari quando ne ha bisogno?

Lei sente di ricevere adeguato sostegno pratico dai suoi amici? (esempio: aiuto nella gestione della casa, nelle varie incombenze)

Lei sente che può confidarsi con i suoi amici quando ne ha bisogno?

## APPENDICE D. CES-D

La preghiamo di dirci se nella scorsa settimana si è sentita in una delle seguenti maniere. Metta una croce solo su una tra le quattro possibili risposte

DURANTE LA SCORSA SETTIMANA:	meno di 1 giorno	1-2 giorni	3-4 giorni	5-7 giorni
1. Sono stato preoccupato da cose che generalmente non mi preoccupano.	1	2	3	4
2. Non mi andava di mangiare; l'appetito era scarso.	1	2	3	4
3. Ho sentito che non potevo scuotermi dalle mie malinconie, anche con l'aiuto della mia famiglia o dei miei amici.	1	2	3	4
4. Ho sentito che valevo quanto gli altri.	1	2	3	4
5. Ho avuto difficoltà a stare attento a quel che facevo.	1	2	3	4
6. Mi sono sentito depresso.	1	2	3	4
7. Ho sentito che qualsiasi cosa che facevo era uno sforzo.	1	2	3	4
8. Avevo speranze per il futuro.	1	2	3	4
9. Ho pensato che la mia vita è stata un fallimento.	1	2	3	4
10. Ho avuto paura.	1	2	3	4
11. Il mio sonno era agitato.	1	2	3	4
12. Ero felice.	1	2	3	4
13. Ho parlato meno del solito.	1	2	3	4
14. Mi sono sentito solo.	1	2	3	4
15. La gente non era amichevole.	1	2	3	4
16. Mi sono divertito.	1	2	3	4
17. Ho avuto dei momenti in cui scoppiavo a piangere.	1	2	3	4
18. Mi sono sentito triste.	1	2	3	4
19. Ho sentito che non piacevo alla gente.	1	2	3	4
20. Non ce la facevo ad ingrannare.	1	2	3	4

## APPENDICE E. ASQ

Questo questionario elenca diversi comportamenti che mette in atto nella vita quotidiana. Per ciascuna delle seguenti affermazioni indica se sei:

- 1. totalmente in disaccordo**
- 2. fortemente in disaccordo**
- 3. in parte in disaccordo**
- 4. in parte d'accordo**
- 5. Fortemente d'accordo**
- 6. Totalmente d'accordo**

	1	2	3	4	5	6
1) Complessivamente sento di valere come persona						
2) Sono più facile da conoscere rispetto alla maggior parte delle persone						
3) Confido nell'aiuto degli altri in caso di necessità						
4) Preferisco contare su me stesso piuttosto che sugli altri						
5) Preferisco fare affidamento su me stesso						
6) Chiedere aiuto è ammettere di aver fallito						
7) Il valore delle persone dovrebbe dipendere da ciò che compiono						
8) Portare a termine le cose è più importante che						



costruire relazioni						
9) Fare del mio meglio è più importante che stare con gli altri						
10) Se hai un compito da svolgere lo devi fare senza preoccuparti di chi potrebbe soffrirne						
11) È importante piacere agli altri						
12) Per me è importante evitare di fare cose che non piacciono agli altri						
13) Per me è difficile prendere una decisione senza sapere che cosa ne pensano le altre persone						
14) Le mie relazioni con gli altri sono generalmente superficiali						
15) A volte penso di essere buono a nulla						
16) Penso che sia difficile aver fiducia negli altri						
17) Penso che sia difficile dipendere dagli altri						
18) Penso che gli altri siano riluttanti ad essermi emotivamente vicini come vorrei						
19) Penso che sia relativamente facile essere emotivamente vicino ad altre persone						
20) Penso sia facile aver fiducia negli altri						
21) Mi sento a mio agio nel dipendere dagli altri						
22) Mi preoccupa se gli altri non si occupano di me tanto quanto io invece mi occupo di loro						
23) Mi crea preoccupazione quando le persone mi si avvicinano emotivamente troppo						

24) Mi crea preoccupazione non essere all'altezza degli altri						
25) Ho sentimenti contrastanti rispetto ai rapporti profondi con le altre persone						
26) Vorrei avvicinarmi emotivamente agli altri, ma provo disagio						
27) Mi domando perché le persone dovrebbero volere la mia compagnia						
28) E molto importante per me avere una relazione profonda						
29) Mi creano molta preoccupazione le mie relazioni						
30) Mi chiedo cosa farei senza qualcuno che mi ama						
31) Mi sento fiducioso nelle relazioni con gli altri						
32) Spesso mi sento trascurato o solo						
33) Spesso mi preoccupa di non andare realmente d'accordo con gli altri						
34) Gli altri hanno i loro problemi quindi io non li infastidisco con i miei						
35) Quando discuto i miei problemi con gli altri, generalmente provo vergogna o mi sento sciocco						
36) Sono troppo occupato con altre attività per dedicare molto tempo alle relazioni						
37) Se qualcosa mi turba gli altri generalmente se ne accorgono e si preoccupano						

38) Credo di piacere agli altri e di essere rispettato da loro						
39) Mi sento frustrato quando gli altri non sono disponibili se ho bisogno di loro						
40) Gli altri spesso mi deludono						

## APPENDICE F. PBI

Questo questionario elenca diversi atteggiamenti e comportamenti dei genitori. Può scegliere tra le quattro possibili risposte ponendo un segno nella casella corrispondente, in maniera appropriata a seconda di come lei ricorda sua madre/suo padre durante I suoi primi sedici anni di vita.

### MADRE

	Molto probabile	Probabile	Poco probabile	Improbabile
1. Mi parlava con voce calda e amichevole	↑	↑	↑	↑
2. Non mi dava l'aiuto di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
3. Mi lasciava fare ciò che mi piaceva	↑	↑	↑	↑
4. Era emozionalmente fredda nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
5. Sembrava comprendere i miei problemi e le mie preoccupazioni	↑	↑	↑	↑
6. Era affettuosa nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
7. Preferiva che fossi io a prendere le decisioni	↑	↑	↑	↑
8. Non voleva che diventassi adulto/a	↑	↑	↑	↑
9. Cercava di controllare tutto ciò che facevo	↑	↑	↑	↑
10. Invadeva la mia vita privata	↑	↑	↑	↑
11. Le piaceva discutere le cose con me	↑	↑	↑	↑
12. Mi sorrideva spesso	↑	↑	↑	↑
13. Mi trattava come un bambino/a	↑	↑	↑	↑
14. Non sembrava capire ciò che volevo o di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
15. Mi lasciava decidere le cose da solo/a	↑	↑	↑	↑
16. Mi faceva sentire non desiderato/a	↑	↑	↑	↑
17. Riusciva a farmi sentire meglio quando ero turbato/a	↑	↑	↑	↑
18. Non parlava molto con me	↑	↑	↑	↑
19. Cercava di rendermi dipendente da lei	↑	↑	↑	↑
20. Sentiva che non potevo badare a me stesso senza che lei fosse presente.	↑	↑	↑	↑
21. Mi dava tutta la libertà che volevo	↑	↑	↑	↑
22. Mi lasciava uscire tutte le volte che volevo	↑	↑	↑	↑
23. Era iperprotettiva nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
24. Non mi ha mai lodato	↑	↑	↑	↑
25. Mi lasciava vestire come preferivo	↑	↑	↑	↑

## PADRE

	Molto probabile	Probabile	Poco probabile	Improbabile
1. Mi parlava con voce calda e amichevole	↑	↑	↑	↑
2. Non mi dava l'aiuto di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
3. Mi lasciava fare ciò che mi piaceva	↑	↑	↑	↑
4. Era emozionalmente freddo nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
5. Sembrava comprendere i miei problemi e le mie preoccupazioni	↑	↑	↑	↑
6. Era affettuoso nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
7. Preferiva che fossi io a prendere le decisioni	↑	↑	↑	↑
8. Non voleva che diventassi adulto/a	↑	↑	↑	↑
9. Cercava di controllare tutto ciò che facevo	↑	↑	↑	↑
10. Invadeva la mia vita privata	↑	↑	↑	↑
11. Gli piaceva discutere le cose con me	↑	↑	↑	↑
12. Mi sorrideva spesso	↑	↑	↑	↑
13. Mi trattava come un bambino/a	↑	↑	↑	↑
14. Non sembrava capire ciò che volevo o di cui avevo bisogno	↑	↑	↑	↑
15. Mi lasciava decidere le cose da solo/a	↑	↑	↑	↑
16. Mi faceva sentire non desiderato/a	↑	↑	↑	↑
17. Riusciva a farmi sentire meglio quando ero turbato/a	↑	↑	↑	↑
18. Non parlava molto con me	↑	↑	↑	↑
19. Cercava di rendermi dipendente da lui	↑	↑	↑	↑
20. Sentiva che non potevo badare a me stesso senza che lui fosse presente.	↑	↑	↑	↑
21. Mi dava tutta la libertà che volevo	↑	↑	↑	↑
22. Mi lasciava uscire tutte le volte che volevo	↑	↑	↑	↑
23. Era iperprotettivo nei miei confronti	↑	↑	↑	↑
24. Non mi ha mai lodato	↑	↑	↑	↑
25. Mi lasciava vestire come preferivo	↑	↑	↑	↑

## APPENDICE G. PSI-SF.

Questo questionario, elenca diversi atteggiamenti che mette in atto nei confronti di suo figlio/a.

Per ciascuna delle seguenti affermazioni, indicare con una crocetta se:

**FA= Fortemente d'accordo**

**A= Accordo**

**I= Incerto**

**D= Dissacordo**

**FD= Fortemente disaccordo**

1. Spesso ho la sensazione di non riuscire a far fronte molto bene alle situazioni	FA	A	I	D	FD
2. Per venire incontro ai bisogni di mio/a figlio/a mi accorgo di sacrificare la mia vita più di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
3. Mi sento intrappolato/a dalle mie responsabilità di genitore	FA	A	I	D	FD
4. Da quando ho avuto questo/a figlio/a non riesco a fare cose nuove e diverse	FA	A	I	D	FD
5. Da quando ho avuto questo/a figlio/a mi rendo conto che quasi mai riesco a fare le cose che mi piacciono	FA	A	I	D	FD
6. Non sono soddisfatto/a dell'ultimo acquisto di abbigliamento che ho fatto per me	FA	A	I	D	FD
7. Ci sono un bel po' di cose della mia vita che mi disturbano	FA	A	I	D	FD
8. Aver avuto un/a figlio/a ha causato, nel rapporto con mio/a marito/moglie (o con il partner), più problemi di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
9. Mi sento solo/a e senza amici	FA	A	I	D	FD
10. Quando vado ad una festa di solito mi aspetto di non divertirmi	FA	A	I	D	FD
11. Non sono così interessato/a alla gente come lo ero una volta	FA	A	I	D	FD
12. Non mi diverto più come una volta	FA	A	I	D	FD
13. Mio/a figlio/a raramente fa per me cose che mi gratificano	FA	A	I	D	FD
14. A volte sento di non piacere a mio/a figlio/a e che lui/lei non vuole stare vicino a me	FA	A	I	D	FD
15. Mio/a figlio/a mi sorride molto meno di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
16. Quando faccio le cose per mio/a figlio/a ho la sensazione che i miei sforzi non siano molto apprezzati	FA	A	I	D	FD
17. Quando mi/a figlio/a gioca non ride né mostra di divertirsi spesso	FA	A	I	D	FD
18. Mio/a figlio/a non sembra imparare così velocemente come la maggioranza dei bambini	FA	A	I	D	FD
19. Mio/a figlio/a non sorride tanto quanto la maggioranza dei bambini	FA	A	I	D	FD
20. Mio/a figlio/a non riesce a fare tanto quanto mi aspettavo	FA	A	I	D	FD
21. Ci vuole molto tempo ed è molto difficile per mio/a figlio/a abituarsi alle novità	FA	A	I	D	FD

In relazione alla prossima affermazione, scegli una sola risposta tra le alternative da "1" a "5" qui di seguito

indicate.

22. <b>Sento di essere</b>	1. non molto bravo/a come genitore	1	2	3	4	5
	2. una persona che ha qualche problema ad essere genitore					
	3. un genitore medio					
	4. un genitore al di sopra della media					
	5. un genitore molto bravo					

23. Mi aspettavo di provare per mio/a figlio/a sentimenti di maggior calore e vicinanza di quelli che provo e questo mi dispiace	FA	A	I	D	FD
24. Talvolta mio/a figlio/a fa cose che mi disturbano, solo per farmi dispetto	FA	A	I	D	FD
25. Mio/a figlio/a sembra che pianga o si agiti molto più di della maggioranza dei bambini	FA	A	I	D	FD
26. Mio/a figlio/a di solito si sveglia di cattivo umore	FA	A	I	D	FD
27. Ritengo che mio/a figlio/a sia facilmente irritabile e di umore variabile (lunatico/a)	FA	A	I	D	FD
28. Mio/a figlio/a fa alcune cose che mi infastidiscono molto	FA	A	I	D	FD
29. Mio/a figlio/a reagisce duramente quando succede qualcosa che non gli/le piace	FA	A	I	D	FD
30. Mio/a figlio/a rimane facilmente male per le più piccole cose	FA	A	I	D	FD
31. I ritmi del sonno e dell'alimentazione di mio/a figlio/a sono stati molto più difficili da regolare di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD

In relazione alla prossima affermazione, scegli una sola risposta tra le alternative da "1" a "5" qui di seguito

indicate.

32. <b>Mi sono reso/a conto che convincere mi/a figlio/a a fare qualcosa o a smettere di fare qualcosa è:</b>	1. molto più difficile di quanto mi aspettassi	1	2	3	4	5
	2. un po' più difficile di quanto mi aspettassi					
	3. all'incirca difficile come mi aspettavo					
	4. un po' più facile di quanto mi aspettassi					
	5. molto più facile di quanto mi aspettassi					

In relazione alla prossima affermazione, scegli la risposta tra le alternative da "+10" a "-1-3".

33. <b>Pensi con attenzione e conti il numero di cose che Suo/a figlio/a fa e che La infastidiscono (ad esempio: perde tempo, si rifiuta di ascoltare, è troppo attivo/a, piange, interrompe, fa le lotte, fa a pugni, piagnucola ecc.)</b>	+10	8-9	6-7	4-5	1-3
34. Alcune cose che fa mio/a figlio/a mi infastidiscono veramente molto	FA	A	I	D	FD
35. Mio/a figlio/a si è dimostrato/a un problema più grande di quanto mi aspettassi	FA	A	I	D	FD
36. Mio/a figlio/a mi chiede di più della maggior parte dei bambini	FA	A	I	D	FD

## APPENDICE H. COPE

Siamo interessati a conoscere il modo con cui le persone reagiscono quando devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita. Ci sono molti modi per cercare di fronteggiare lo stress. Questo questionario le chiede di indicare che cosa generalmente fa e che cosa generalmente sente quando fa esperienza di eventi o situazioni stressanti. Ovviamente, eventi diversi portano ad agire in modi in qualche misura differenti, ma pensi a che cosa generalmente fa quando è sottoposto/a a un notevole stress. Per favore risponda a ciascuna delle seguenti affermazioni segnando il numero che corrisponde alla sua risposta. I numeri vanno interpretati in questo modo:

1 = *Di solito non lo faccio.*

2 = *Lo faccio qualche volta.*

3 = *Lo faccio con una certa frequenza.*

4 = *Lo faccio quasi sempre.*

Non ci sono risposte giuste o sbagliate, perciò scelga la risposta più appropriata per lei e non quella che la maggior parte delle persone, secondo lei, darebbe.

1. Cerco di crescere come persona come conseguenza dell'esperienza.....1 2 3 4
2. Mi dedico al lavoro o ad altre attività sostitutive per distogliere la mia mente dagli eventi.....1 2 3 4  
☐
3. Sono turbato e do sfogo alle mie emozioni.....1 2 3 4
4. Cerco di chiedere a qualcuno consigli su ciò che devo fare.....1 2 3 4
5. Concentro i miei sforzi nel fare qualcosa.....1 2 3 4
6. Mi dico che questo non è reale.....1 2 3 4
7. Mi affido a Dio.....1 2 3 4
8. Rido della situazione.....1 2 3 4  
☐
9. Ammetto con me stesso che non posso affrontarla e smetto di sforzarmi.....1 2 3 4
10. Cerco di trattenermi dal fare qualche cosa troppo in fretta.....1 2 3 4  
☐
11. Parlo dei miei sentimenti con qualcuno.....1 2 3 4

12. Faccio uso di alcool o droghe o di stupefacenti per sentirmi meglio.....1 2 3 4
13. Cerco di abituarci all'idea che ciò è successo.....1 2 3 4
14. Parlo con qualcuno per capire di più sulla situazione.....1 2 3 4
15. Cerco di non farmi distrarre da altri pensieri o attività.....1 2 3 4
16. Fantastico su cose diverse da questa.....1 2 3 4
17. Sono turbato e ne sono consapevole.....1 2 3 4
18. Chiedo aiuto a Dio.....1 2 3 4
19. Faccio piani per agire.....1 2 3 4
20. Ci scherzo sopra.....1 2 3 4
21. Accetto che questo è accaduto e che non può essere cambiato.....1 2 3 4
22. Mi trattengo dal fare qualsiasi cosa finchè la situazione lo consente.....1 2 3 4
23. Cerco di ottenere un supporto emotivo da amici o parenti.....1 2 3 4
24. Rinuncio a cercare di raggiungere i miei obiettivi.....1 2 3 4
25. Metto in atto ulteriori azioni per cercare di liberarmi del problema.....1 2 3 4
26. Cerco di stordirmi bevendo alcool o assumendo droghe.....1 2 3 4
27. Rifiuto di credere che sia accaduto.....1 2 3 4
28. Lascio venir fuori i miei sentimenti.....1 2 3 4
29. Cerco di vedere la cosa in una luce diversa, per farla sembrare più  
positiva.....1 2 3 4
30. Parlo con qualcuno per fare qualcosa di concreto per risolvere il  
problema.....1 2 3 4
31. Dormo più del solito.....1 2 3 4
32. Cerco di escogitare una strategia sul da farsi.....1 2 3 4



33. Mi concentro sulla soluzione del problema, e se necessario,  
metto da parte le altre cose.....1 2 3 4
34. Cerco simpatia e comprensione da parte di qualcuno.....1 2 3 4
35. Bevo alcool o assumo droghe per pensare meno alla situazione.....1 2 3 4
36. Mi prendo gioco di quello che è successo.....1 2 3 4
37. Rinuncio a ogni tentativo di ottenere ciò che voglio.....1 2 3 4
38. Cerco di trovare qualcosa di buono in ciò che è accaduto.....1 2 3 4
39. Penso a come posso affrontare meglio il problema.....1 2 3 4
40. Fingo che non sia realmente accaduto.....1 2 3 4
41. Mi accerto di non peggiorare le cose agendo troppo presto.....1 2 3 4
42. Cerco decisamente di impedire che le altre cose interferiscano  
coi miei sforzi di fronteggiare il problema.....1 2 3 4
43. Vado al cinema o guardo la televisione per pensare di meno a questo.....1 2 3 4
44. Accetto la realtà del fatto che ciò è accaduto.....1 2 3 4
45. Chiedo alle persone come hanno agito di fronte ad esperienze simili.....1 2 3 4
46. Provo una notevole sofferenza emotiva e mi ritrovo a manifestare spesso  
questa sofferenza.....1 2 3 4
47. Opero in maniera diretta per superare il problema.....1 2 3 4
48. Cerco conforto nella mia religione.....1 2 3 4
49. Mi sforzo di aspettare il momento giusto per fare qualcosa.....1 2 3 4
50. Metto in ridicolo la situazione.....1 2 3 4
51. Riduco l'entità dello sforzo che sto mettendo nella risoluzione del  
problema.....1 2 3 4

52. Parlo con qualcuno di ciò che provo.....1 2 3 4
53. Faccio uso di alcool o droghe per aiutarmi a superare questo.....1 2 3 4
54. Imparo a convivere con il problema.....1 2 3 4
55. Metto da parte le altre attività per concentrarmi sulla situazione.....1 2 3 4
56. Penso seriamente a quali mosse fare.....1 2 3 4
57. Mi comporto come se non fosse mai accaduto.....1 2 3 4
58. Faccio ciò che è necessario fare, un passo alla volta.....1 2 3 4
59. Imparo qualcosa dall'esperienza.....1 2 3 4
60. Prego più del normale.....1 2 3 4