



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale e Dipartimento di Filosofia,  
Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata**

**Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica**

**Tesi di laurea magistrale**

**Lutto anticipatorio e costruzione di significati nella trama narrativa  
di giovani donne con cancro al seno: una ricerca  
qualitativa sul senso della perdita**

**Anticipatory mourning and meaning construction in the narrative  
experience of young women with breast cancer: an application of the  
Meaning of Loss Codebook**

*Relatrice*

**Prof.ssa Ines Testoni**

*Correlatrice*

**Dott.ssa Erika Iacona**

***Laureanda: Laura Pizzolato***

***Matricola: 2016624***

Anno Accademico 2022-2023



## INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO I .....</b>	<b>3</b>
<b>“ONCOLOGIA FEMMINILE E IMPATTO FISICO, PSICHICO E SOCIALE DELLA MALATTIA” .....</b>	<b>3</b>
1.1 CARCINOMA MAMMARIO E DATI EPIDEMIOLOGICI: SINTOMI, INCIDENZA E MORTALITÀ .....	3
1.1.1 Incidenza e mortalità .....	5
1.1.2 Fattori di rischio attorno alla malattia.....	6
1.2 PRINCIPALI TRATTAMENTI ONCOLOGICI ED INTERVENTI ATTUALI DI PREVENZIONE ..	9
1.2.1 Screening mammografico .....	14
1.2.2 Risonanza magnetica nucleare.....	15
1.2.3 Tomografia a emissione di positroni e Dynamic Optical Breast Imaging .....	16
1.3 IMPATTO PSICOLOGICO NELL’ESPERIENZA DI VITA E MALATTIA .....	17
1.3.1 Paura della recidiva .....	21
1.4 IMMAGINE CORPOREA, FERTILITÀ E SESSUALITÀ.....	23
1.4.1 Problematiche rispetto alla percezione corporea di sé.....	23
1.4.2 La sessualità dopo la diagnosi tumorale .....	25
1.4.3 Effetti collaterali sulle capacità riproduttive.....	27
1.5 LA COMUNICAZIONE TRA SUPPORTO E RELAZIONALITÀ.....	29
1.5.1 Impatto sui legami famigliari .....	32
1.5.2 Difficoltà comunicative nella coppia.....	33
<b>CAPITOLO II.....</b>	<b>35</b>
<b>“NARRAZIONE E COSTRUZIONE DI SENSO NELL’ESPERIENZA DI LUTTO ANTICIPATORIO E CRESCITA POST TRAUMATICA” .....</b>	<b>35</b>
2.1 SIMBOLOGIA DEL SENO E FERITE IDENTITARIE NELL’UNIVERSO FEMMINILE .....	35
2.2 COSTRUZIONE SEMIOTICA E PROCESSI NARRATIVI NELL’ESPERIENZA TRAUMATICA DI MALATTIA .....	39
2.2.1 Meaning of Loss Codebook nella ricostruzione di significato .....	41
2.3 LUTTO ANTICIPATORIO E ANSIA DI MORTE .....	44

2.3.1 Il terrore della morte .....	49
2.4 STRATEGIE DI COPING E SPIRITUALITÀ .....	51
2.4.1 La spiritualità come risorsa.....	53
2.5 CRESCITA POST-TRAUMATICA IN UN’OTTICA TRASFORMATIVA .....	57
<b>CAPITOLO III .....</b>	<b>62</b>
<b>“LUTTO ANTICIPATORIO E COSTRUZIONE DI SIGNIFICATI NELLA TRAMA NARRATIVA DI GIOVANI DONNE CON CANCRO AL SENO: UNA RICERCA QUALITATIVA SUL SENSO DELLA PERDITA”.....</b>	<b>62</b>
3.1 OBIETTIVI DI RICERCA .....	62
3.2 METODOLOGIA .....	62
3.2.1 Partecipanti .....	67
3.3 RISULTATI .....	68
3.3.1 Posizionamento del tumore al seno nella vita delle donne .....	68
3.3.2 Risorse durante il trattamento per il tumore al seno .....	73
3.3.3 Crescita post-traumatica .....	77
3.3.4 Significato dell'esperienza di tumore al seno .....	82
3.4 DISCUSSIONE .....	85
<b>CONCLUSIONE .....</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>92</b>

## **INTRODUZIONE**

A livello mondiale, il carcinoma mammario rappresenta una delle principali cause di mortalità e morbilità per cancro, classificandosi negli ultimi anni come secondo tumore maligno più comunemente diagnosticato. Questo andamento epidemiologico del cancro al seno viene confermato anche nel contesto italiano, rappresentando la forma tumorale più frequentemente diagnosticata nelle donne: queste considerazioni inducono sin da subito importanti riflessioni non solo sul notevole onere per la salute pubblica, ma anche sulla necessità di combinare interventi e strategie di prevenzione primaria e secondaria, funzionali alla riduzione della sua mortalità.

In particolare, il presente lavoro si focalizza sull'impatto del carcinoma mammario nella vita di giovani donne con un'età inferiore ai 50 anni: in questa fascia d'età ad alta incidenza del tumore, la diagnosi e gli interventi terapeutici si costituiscono come esperienze potenzialmente traumatiche e in grado di sconvolgere il funzionamento di vita della donna e l'annessa realizzazione di obiettivi inerenti alle diverse fasi evolutive che attraversa. L'esperienza del cancro può generare un insieme di problematiche psicologiche, fisiche e sociali che si accompagnano all'incertezza, lo stress, l'imprevedibilità e le minacce percepite dall'insorgenza della malattia. Inoltre, quest'ultima può suscitare forti associazioni con rappresentazioni di morte e un senso di angoscia quando si riceve la diagnosi tumorale, si affronta il trattamento e, successivamente, nella paura di una recidiva della malattia. L'evento del cancro è in grado, dunque, di innescare una condizione psicologica definita come "lutto anticipatorio", la quale viene stimolata come reazione alla consapevolezza della pericolosità della malattia per la propria vita e all'esperienze traumatiche di perdite in relazione al proprio presente, passato e futuro. Tuttavia, nonostante l'aumento di giovani donne affette da cancro al seno e delle vulnerabilità e rischi da quest'ultime riportati, in ambito psicologico la letteratura focalizzata su questo argomento appare ancora piuttosto limitata. A tal proposito, tra gli obiettivi di questo studio, vi è stata la necessità di riportare attenzione clinica sull'impatto critico del tumore nel contesto di vita di giovani pazienti oncologiche, esplorandone le difficoltà e le esperienze traumatiche di perdita attraverso interviste narrative effettuate in quattro momenti diversi durante il primo anno di trattamento, al fine di poter strutturare in futuro prassi di intervento supportive a tali

vissuti. Basandosi sull'applicazione di un sistema di codifica composto da una serie di categorie emerse nella costruzione di significati legati al vissuto di lutto, definito "Meaning of Loss Codebook", questa ricerca ha voluto analizzare i significati costruiti attorno all'esperienza di malattia delle partecipanti, le strategie di coping attuate per adattarsi alle avversità, le risorse presenti nell'ambiente circostante e, infine, le esperienze trasformative di crescita e apprendimento che le donne hanno riportato di esperire. In particolar modo, nel contesto di questo studio, si è considerato decisivo il contributo della narrazione come occasione di integrazione del tumore nella trama narrativa e come sfondo del costante processo di costruzione simbolica di significati personali da parte delle donne. Nell'esplorare l'ampiezza di tali tematiche, la presente tesi si è articolata in due iniziali capitoli teorici, i quali hanno fornito una panoramica inerente i dati epidemiologici, la sintomatologia clinica, le forme di trattamento oncologico e le tecnologie preventive rispetto al cancro al seno, includendo importanti riflessioni sull'impatto psicologico della malattia nel far emergere disagio psichico, paura di un ritorno della malattia, angoscia di morte dopo la diagnosi. Espandendo gradualmente il focus, si sono trattati problemi inerenti la percezione dell'immagine di sé, disfunzioni sessuali e ridotte capacità riproduttive dopo i trattamenti, ma anche la necessità di supporto come risorsa dinanzi le difficoltà comunicative nella famiglia e nelle relazioni; infine, vengono poi esplorati i processi di costruzione simbolica nell'esperienza di malattia, le strategie di fronteggiamento e le risorse spirituali, la possibilità di crescita personale e di apprendimento. Invece, il terzo capitolo conclusivo della tesi è volto a presentare la ricerca qualitativa: vengono inizialmente esplicitati gli obiettivi di applicazione del "Meaning of Loss Codebook" come sistema di codifica rivolto al contesto narrativo di 17 giovani donne affette da cancro al seno, orientati a cogliere l'impatto traumatico della diagnosi tumorale e l'innescarsi di processi di lutto anticipatorio, le risorse e strategie utilizzate, i processi di creazione di significati costruiti rispetto all'esperienza di perdita e crescita personale. Inoltre, viene delineata la metodologia utilizzata, la quale si costituisce di un approccio bottom-up e top-down e da interviste semi-strutturate proposte in diversi momenti nel primo anno di trattamento, infine, da un'analisi tematica svolta dai ricercatori basata sull'implementazione del sistema di codifica sopra citato.

## CAPITOLO I

### “ONCOLOGIA FEMMINILE E IMPATTO FISICO, PSICHICO E SOCIALE DELLA MALATTIA”

#### 1.1 Carcinoma mammario e dati epidemiologici: sintomi, incidenza e mortalità

Il cancro è una malattia neoplastica che deriva da una crescita cellulare abnorme non soggetta a controllo da parte dell'organismo, in cui avviene un'importante mutazione del DNA e di alcune cellule che da normali si trasformano in “neoplastiche”, attraverso l'accumulo di anomalie morfologiche, genetiche e funzionali (AIOM, 2022). Nello specifico, il cancro al seno riguarda un'ampia popolazione di cellule fenotipicamente anormali ed evolute dalla stessa cellula originaria un tempo normale, derivanti da diverse variazioni strutturali, mutazioni genomiche e puntiformi (Desmedt et al., 2016): da un punto di vista genomico, infatti, ogni singolo tumore è in grado di contenere da poche a centinaia varianti strutturali, che si complicano nel compromettere più geni tumorali allo stesso tempo e cromosomi (Stephens et al., 2009; Yates et al., 2015), e migliaia di mutazioni puntiformi (Alexandrov, 2017), di cui solo una minoranza si configurerà essere alla base della cancerogenesi e nell'alterazione del prodotto funzionale di geni tumorali critici. Tra i processi mutazionali maggiormente analizzati nel tumore al seno, vi è il silenziamento epigenetico di BRCA1/2 e di geni correlati, come conseguenza della ricombinazione omologa all'interno dello sviluppo cancerogeno (Roy et al., 2012): le particolari mutazioni germinali nei geni BRCA1 e BRCA2 ad alta penetranza sembra facilitare e velocizzare lo sviluppo del tumore in età più giovane (Samphao et al., 2009). In effetti, un'altra firma mutazionale individuata nel cancro al seno e nella maggior parte delle altre tipologie cancerogene risulta essere quella associata all'età delle donne durante la fase diagnostica: la presenza del carcinoma mammario al di sotto dei 40 anni sembra comportare una serie di caratteristiche biologiche aggressive e può essere associata a risultati medici sfavorevoli rispetto a donne più anziane, poiché diagnosticato più tardivamente (Han & Kang, 2010; Lee & Han, 2014). La situazione clinica di giovani donne presenta di sovente aspetti associati ad alti tassi di proliferazione cellulare, patologie di terzo e quarto grado, negatività dei recettori per gli estrogeni, e dunque, esiti collegati ad una prognosi sfavorevole (Zabicki et al., 2006). Quanto detto implica a maggior ragione la necessità di un'assistenza multidisciplinare che fornisca, non solo una

consulenza medica specifica, ma anche interventi informativi rispetto all'influenza della genetica, alle opzioni di ricostruzione e fertilità, la genetica e alle considerazioni rispetto a questioni psicosociali coinvolte data la giovane età, al fine di migliorare così la prognosi (Lee & Reyna, 2014).

Il segno più precoce dell'insorgenza del tumore è un'anomalia rilevabile inizialmente attraverso una mammografia, solo secondariamente, quando il carcinoma si è sviluppato in segni e sintomi fisici, è possibile constatare visivamente e al tatto, per esempio, un nodulo al seno, una retrazione del capezzolo o un'irritazione della pelle (Walker et al., 2014). Per quanto concerne in modo più specifico la sintomatologia clinica, nella fase iniziale dopo la diagnosi è possibile sperimentare una varietà multipla di sintomi fisici intersecati a quelli psicologici legati al sesso, la tipologia di carcinoma, l'età, l'eventuale co-morbidità e trattamento (Hamilton, 2009). Nel definire il carico sintomatologico va inoltre considerato la gravità e frequenza dei sintomi, la prevalenza e il disagio psicofisico inerenti a sintomi non alleviati (Deshields et al., 2011): la mancanza di energie e affaticamento, difficoltà di concentrazione e dolore al seno o alle braccia, difficoltà nel dormire sono comunemente diffusi e prevalenti (Stefanic et al., 2014), ma anche l'edema dell'arto superiore, difficoltà nell'ampiezza e movimento degli arti superiori, la paresi e debolezza delle braccia, difficoltà nell'aderenza del tessuto cicatriziale (Zomkowski et al., 2017). Esiste, inoltre, la possibilità che vi sia uno spettro ampio di sintomi non nodulari, come l'ulcerazione mammaria e l'eczema del capezzolo, a cui si presta solitamente minor attenzione e che possono tardare la ricerca di aiuto e la fase diagnostica (Koo et al., 2017). In termini generali, l'ampiezza e diversificazione dei sintomi può rappresentare una costante sfida poiché in grado di interferire notevolmente con il perseguimento e raggiungimento di obiettivi personali significativi, nonché sul benessere e qualità della vita delle donne soggette a tale carico, le quali possono esperire maggiormente un senso di vulnerabilità e disagio psicologico (Dodd et al., 2010; Barnes et al., 2013). Queste limitazioni possono influire ostacolando fortemente nell'area lavorativa ritardando la ripresa lavorativa e aumentando il rischio di perdita del posto di lavoro, modifica delle mansioni e deprezzamento delle funzioni che può costringere a cambiare professione stessa (Sun et al., 2016).

In termini clinici, il carcinoma mammario è da inquadrarsi come insieme di malattie delineate da differenti caratteristiche patologiche, per cui si parla di carcinoma duttale,



mucinoso e lobulare, e molecolari, in quanto coinvolge, per esempio, l'espressione di recettori per gli estrogeni e per il progesterone (Brenton et al., 2005; Zhang et al., 2022). Rispetto alle differenti caratteristiche istologiche, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sviluppato una classificazione delle diverse tipologie di tumore al seno individuando il maggior numero di carcinoma mammari rappresentati dal carcinoma duttale invasivo di tipo non speciale (75-80%) e carcinoma lobulare invasivo di tipo classico (10-15%) (Tan et al., 2020). Al contempo, esistono sotto tipologie rare di cancro al seno che costituiscono la restante parte di diagnosi di tumore e presentano caratteristiche cliniche e patologiche influenti l'andamento dei trattamenti e della prognosi (Jenkins et al., 2021), come il carcinoma midollare, il carcinoma apocrino, carcinoma secretorio con prognosi positiva, e carcinoma micropapillare, carcinomi neuroendocrini, carcinoma metaplastico e mammario infiammatorio, invece, con prognosi negativa.

### ***1.1.1 Incidenza e mortalità***

Da un punto di vista globale, il cancro rappresenta uno tra gli aspetti principali legati alla mortalità e un ostacolo decisivo allo sviluppo dell'aspettativa di vita (Bray et al., 2021): il cancro al seno è la forma tumorale più frequente nelle donne nella maggior parte dei paesi del mondo, e fattore causante la mortalità per tumori maligni nelle donne in 104 Paesi (WHO, 2020). Inoltre, la sua incidenza sembra essere in rapida crescita con un tasso di aumento del 0,5% all'anno in tutto il mondo, con un incremento valutato del 57,8% negli ultimi 30 anni, dovuto a fattori ambientali, comportamentali, inerenti allo stile di vita e alla genetica (Shang & Xu, 2022). I dati inerenti al carcinoma mammario in Italia, come riportato dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM, 2022), presentano un tasso di sopravvivenza legata a 5 anni dopo la diagnosi è stimata essere del 88% con una probabilità del 91% di vivere altri 4 anni dopo aver superato il primo anno dopo la diagnosi; si prospetta così una buona prognosi grazie a progressi terapeutici, strategie diagnostiche sempre più sensibili, e a programmi di screening sempre più articolati. Nei dati aggiornati al 2022, vi è una prevalenza di 834.200 di donne in Italia aventi ricevuto una diagnosi di carcinoma mammario, mentre è stata registrata un'incidenza di circa 55.700 nuove diagnosi tumorali. Nel 2021, invece, l'indice di mortalità ha delineato un numero di 12.500 decessi, dati che si inseriscono in un quadro

epidemiologico che ha registrato a partire dal 2015 fino al 2021 una diminuzione degli andamenti della mortalità in entrambi i sessi per la maggior parte dei tumori, esclusi la leucemia nelle donne, e in termini generali, al tumore al pancreas, al polmone e alla vescica. L'andamento di questi risultati sembra essere confermato da precedenti ricerche nell'ambito epidemiologico (DeSantis et al., 2017; Heer et al., 2020; Yuen & Mak, 2020; Huddart, 2021; Shang & Xu, 2022).

Allo stesso tempo, va considerato il forte impatto della pandemia da Covid-19 sulla gestione dell'assistenza sanitaria, sia per quanto concerne le dimensioni relazionali e comunicative da parte degli operatori sanitari e dei pazienti (Testoni et al., 2020c), sia per quanto concerne l'interruzione di programmi diagnostici e annessa riduzione di screening (Chen et al., 2021), oltre che ai ritardi nell'accesso a terapie (Satish et al., 2021). Quando detto ha presentato inevitabilmente ripercussioni sui dati inerenti la mortalità e l'incidenza all'inizio della crisi pandemica: ad esempio, è stato ipotizzato che il decesso di alcuni pazienti in fase tumorale avanzata sia stato collegato ai ritardi nelle tempistiche dell'erogazione delle terapie dovuto all'impatto pandemico sui servizi oncologici o al Covid-19 stesso (AIOM, 2022; Caswell-Jin et al., 2022). Quindi, il rischio legato alla vulnerabilità biologica e "immunodepressiva" dei pazienti a causa dei loro trattamenti antitumorali, unito al bisogno continuo di interfacciarsi con istituzioni sanitarie già a rischio nel pieno della pandemia, possono aver esposto i pazienti oncologici a maggiori difficoltà collegate a possibilità di contrarre il virus nel primo anno di pandemia, e morire a causa di esso.

### ***1.1.2 Fattori di rischio attorno alla malattia***

Il cancro al seno è da considerarsi una problematica tanto medica quanto sociale estremamente critica poiché in grado di coinvolgere importanti fasi di vita di donne in tutto il mondo (Coccia, 2019): in particolare, una revisione recente della letteratura ha sottolineato la tendenza del carcinoma mammario a colpire maggiormente le "giovani donne" la cui età in oncologia varia tendenzialmente dai 35 ai 45 anni, con forme tumorali patologicamente più aggressive rispetto alle donne con un'età superiore (Anastasiadi et al., 2017). Da sfondo a queste considerazioni, va tenuto presente quanto la mortalità e l'incidenza riguardanti le diverse forme di cancro sia in ascesa come fenomeno globale, in linea con i cambiamenti registrati nella prevalenza dei tumori, crescita della popolazione mondiale ed invecchiamento della stessa, ma soprattutto mutamenti rispetto

alla distribuzione dei principali fattori di rischio, legati in parte allo sviluppo socioeconomico e lo stile di vita all'interno dei Paesi (Huang et al., 2021). In vista della necessità, dunque, di aumentare a livello generale la consapevolezza e conoscenza degli aspetti favorevoli al rischio d'insorgenza del cancro al seno, di seguito l'esplorazione in una recente revisione della letteratura dei principali fattori di rischio che potremmo distinguere sin da subito in "non modificabili" e "modificabili" (Frikha & Chlif, 2021):

- Fattori non modificabili: in primo luogo, vengono considerati i fattori genetici, in quanto la presenza di una storia familiare di cancro al seno in relazioni di parentela di primo e secondo grado può aumentare il rischio che si sviluppi a sua volta (Badr et al., 2018). La presenza, inoltre, di mutazioni a geni ad alto rischio come i geni soppressori BRCA 1 e BRCA2 può altrettanto influire nel rischio ereditario, così come la presenza nel DNA della variazione genetica nucleotidiche nell'acido desossiribonucleico (Espíe et al., 2012). Di seguito, le donne che riferivano di aver avuto la prima mestruazione al di sotto dei 12 anni di età possono essere esposte ad un rischio in aumento del 50% della diagnosi tumorale a causa dell'esposizione agli estrogeni precocemente, mentre una *menopausa tardiva* oltre i 50 anni sembra incrementare circa del 3% il rischio per ogni anno trascorso oltre l'età presunta della menopausa, legato alla produzione di ormoni ovarici (Nkondjock & Ghadirian, 2005). L'età sembra essere un ulteriore fattore di rischio, in quanto è stato rivelato che l'incidenza del tumore aumenta con l'età (Giordano, 2018). Invece, la densità del tessuto mammario assieme alla presenza di eventuali malattie benigne del seno sono ulteriori fattori di rischio da prendere in considerazione in ambito clinico-diagnostico (Engmann, 2019).
- Fattori modificabili: tra i fattori su cui si può invece intervenire con iniziative di salute pubblica ed educazione sanitaria nella pratica clinica vengono segnalati aspetti relativi allo stile quotidiano di vita, all'atto riproduttivo e all'ambiente circostante:
  - *l'età della prima gravidanza* sembra incidere sul rischio, che diminuisce al di sotto dei 30 anni in quanto vi è meno vulnerabilità agli agenti cancerogeni (Cordina-Duverger & Guénel, 2016). In aggiunta, se da un lato la nulliparità e dunque una mancata gravidanza sembra avere un ruolo iatrogeno nel co-determinare il rischio al cancro al seno, dall'altra l'allattamento al seno sembra

porsi come aspetto protettivo, specialmente se protratto nel tempo (Fortner et al., 2019).

*-scelte alimentari* di bassa qualità possono essere collegate ad un rischio nettamente maggiore di tumore al seno (Donnenfeld et al., 2017), suggerendo che modelli alimentari orientati a diete mediterranee complete di tutti i microalimenti possano al contrario ridurne l'incidenza. L'*obesità* e un annesso squilibrio nel bilancio energetico quotidiano sono infatti impattanti in modo severo sulla prognosi del tumore (Renehan et al., 2008).

- *il consumo di alcol* da cinque a quindici grammi può incrementare il rischio circa del 5,9% (Romieu et al., 2014).
- *attività fisiche giornaliere* con intensità moderate agiscono efficacemente nel prevenire il rischio sia prima che dopo la menopausa, conseguentemente donne poco attive fisicamente possono risentirne nelle fasi di guarigione, rischio di mortalità e recidiva al cancro al seno (McTiernan et al., 2004).
- esposizione *ambientale alle radiazioni ionizzanti* in seguito alla radioterapia (Jerônimo et al., 2017).
- *esposizione ambientale ad inquinanti organo clorurati* persistenti, composti stabili chimici che possono interferire sugli effetti di ormoni endogeni (Rodgers et al., 2018).
- *trattamenti ormonali*, tra cui terapie ormonali sostitutive (TOS) che integrano la combinazione di un progestinico e un estrogeno, particolarmente rischiose se prescritte a lungo termine (Cordina-Duverger et al., 2013).

Nella considerazione di tali aspetti con l'obiettivo di progettare sempre più interventi preventivi, sociali e politici che permettano di incentivare maggior consapevolezza dei fattori di rischio nelle donne, sono stati esaminati il ruolo di ulteriori fattori influenti, tra cui, per esempio, l'associazione tra lo stadio tumorale, la diagnosi e la sopravvivenza con la presenza dell'assicurazione sanitaria (Hsu et al., 2017), rivelando come l'accesso ai servizi di screening possa essere decisivo nel determinare le probabilità di sopravvivenza e di rilievo di diagnosi in uno stato non avanzato (Kohler et al., 2017). In modo analogo, lo studio condotto da Fritz et al. (2019) supporta tale associazione, indicando in aggiunta ulteriori fattori socio-demografici come potenzialmente rischiosi a livello internazionale: comorbidità con altre patologie, età avanzata e al di fuori degli standard stabiliti dallo

screening mammografico (50-69 anni) in grado di determinare uno svantaggio non insignificante nella cura clinica, presenza di disabilità, status socio-economico inferiore e basso livello di istruzione che rilevavano probabilità ridotte di avere una diagnosi di cancro al seno in uno stadio iniziale, e lo stato civile “nubile” (Lyratzopoulos et al., 2013; Groß et al., 2017). Inoltre, fattori religiosi possono concorrere a quelli socio-culturali come ostacolanti o protettivi allo screening, provocando in alcuni casi atteggiamenti di scetticismo, paura, demotivazione e autoconvinzioni non corrette (Alatrash, 2021): l'appartenenza religiosa nelle donne musulmane arabo-musulmane, per esempio, è stato rivelato essere motivo di mancata partecipazione allo screening a causa delle discriminazioni culturali esperite (Jaffee et al., 2020; Padela et al., 2015), dalla paura della diagnosi tumorale e di essere visti da conoscenti mentre si ricevono cure, dalla vergogna e il pudore di scoprire ai medici il proprio corpo (Alatrash, 2020). A quanto detto, di seguito, si aggiungono credenze legate all'inefficacia delle strategie preventive, al fatalismo, al ricevere cure mediche solo nei casi di patologia effettiva, e infine, convinzioni legate all'anteporre la salute familiare alla propria.

## **1.2 Principali trattamenti oncologici ed interventi attuali di prevenzione**

Il trattamento legato al carcinoma mammario risulta tra le terapie oncologiche più ricercate e approfondite, all'interno di uno scenario clinico e di ricerca che vede acquisire sempre più nuovi perfezionamenti dei modelli terapeutici che una volta valutati accuratamente possono rientrare conseguentemente nei protocolli standardizzati di cura (McGuire, 2016). Passaggi clinici che richiedono lo stabilire la diagnosi tumorale, informare sulle alternative terapeutiche e sulla sequenza della terapia del carcinoma mammario invasivo, oltre che sulla stadiazione dell'ascella, richiedono una partecipazione e collaborazione multidisciplinare tra più domini di competenza sotto specializzati, che si estendono a valutare successivamente l'espansione della patologia grazie alla biopsia e la diagnostica per immagini, come priorità determinante eventuali indicazioni di implementazione di terapie sistemiche preoperatorie (Von Minckwitz & Fontanella, 2013; Moo et al., 2018). Risulta quindi decisivo in termini clinici di valutazione iniziale decretare se la presa in carico di donne con carcinoma mammario non metastatico sia legata a criteri clinici di inoperabilità, tra cui, per esempio, la fissazione del carcinoma sulla parete dello sterno e delle costole oppure l'evidenza di linfadenopatie

ascellari fisse, e richiedendo quindi l'utilizzo della terapia neoadiuvante (Liu, 2020). Un'iniziale differenza nel trattamento si erge nelle dimensioni e nella gravità con cui si presenta il tumore al seno, sia esso di piccole dimensioni e quindi soggetto ad un controllo locale e ad un eventuale rimozione chirurgica, oppure, negli stadi più avanzati, il trattamento può richiedere la necessità di un'asportazione totale della zona tumorale o la sua distruzione tramite radioterapia; trattamenti chirurgici possono venire inoltre spesso abbinati a terapie adiuvanti come la terapia ormonale, l'immunoterapia e chemioterapia (Sternberg & Giuliani, 2011; Senn, 2013). A tal proposito, di seguito verranno esplorate le potenzialità e le caratteristiche di ciascuna terapia nel trattamento di specifici casi in cui si sviluppa il tumore al seno nelle pazienti:

- *Terapia locale per il tumore al seno invasivo*

Il controllo locale del tumore riscontra variabilità nella somministrazione della terapia sistemica, nell'estensione dell'intervento chirurgico e nelle sotto tipologie molecolari del tumore, sottolineando differenti tassi di recidiva locale in base alle diverse forme con cui il cancro mammario si presenta (Fisher et al., 2002). La mastectomia e la terapia conservativa del seno son entrambe esempi di terapie locali consolidate dalla ricerca come efficaci nel trattare la tipologia invasiva di carcinoma mammario: studi clinici con follow up fino a 20 anni sottolineano l'equivalenza e l'affidabilità dei dati di sopravvivenza di entrambi i trattamenti nel primo e secondo stadio (Darby et al., 2011). In particolare, la terapia conservativa implica una *nodulectomia*, ovvero un'asportazione del cancro a cui viene associata un'irradiazione adiuvante del seno, solo nei casi in cui nelle pazienti è clinicamente possibile somministrare la radioterapia, la mammella è idonea al follow up e all'identificare la recidiva locale, ed è infine trattabile il tumore attraverso un'amputazione dello stesso ai margini negativi ottenendo effetti estetici non compromettenti (Houssami et al., 2014). La selezione delle pazienti idonee alla somministrazione della terapia conservativa avviene solitamente tramite ecografia diagnostica, esame fisico e mammografia (Moran et al., 2014). È stato riscontrato l'aumento di soddisfazione estetica rispetto alla mastectomia senza ricostruzione, la medesima soddisfazione se invece la ricostruzione avviene immediatamente e un netto miglioramento della qualità di vita in seguito alla terapia (Engel et al., 2004; Jagsi et al., 2015). La radiazione

adiuvante sopra citata, invece, viene applicata dopo la terapia conservativa per rimuovere totalmente la malattia microscopica residua eventualmente nella mammella ed è fortemente controindicata durante la gravidanza, se presenti nell'anamnesi antecedenti irradiazioni della parte toracica o disturbi vascolari del tessuto connettivo (Tokatlı & Dincer, 2019). È possibile attuare, inoltre, un'irradiazione parziale della mammella che si concentra su un volume limitato all'interno della cavità tumorale, che permette un'irradiazione mirata ad una sola porzione e di ridurre quindi le tempistiche di trattamento (Lin et al., 2008).

Tra le mastectomie applicate, citiamo la mastectomia con risparmio cutaneo, la mastectomia semplice totale che va ad eliminare il parenchima mammario, ovvero la pelle in eccesso della zona toracica e il complesso areolare del capezzolo, e la mastectomia con risparmio areolare del capezzolo (Lanitis et al., 2010). Analogamente, anche la radiazione post-mastectomia è una parte altrettanto essenziale del trattamento al cancro al seno avanzato e gli studi che la coinvolgono risultano ancora in evoluzione, tuttavia ciò che risulta consolidato dalla ricerca è la raccomandazione della radiazione post-mastectomia in un momento successivo alla chemioterapia neoadiuvante in pazienti con tipologie tumorali T3-4, patologia linfonodale persistente e coinvolgimento linfonodale N2-3 (Hoffman et al., 2012). Vanno considerevolmente presi in attenzione l'età, possibili comorbidità, reperti patologici nell'ascella o nella mammella, aspetti biologici legati al cancro e aspettativa di vita, fattori influenti nel rischio di recidiva nelle pazienti (Recht et al., 2016).

- *Chemioterapia neoadiuvante*

Dapprima utilizzata con una funzionalità orientata a recidere il tumore localmente avanzato che non era possibile operare, attualmente la chemioterapia neoadiuvante viene implementata per ridurre le dimensioni del cancro nell'ascella e nella mammella, nel tentativo di preservare integralmente quest'ultima (Van der Hage, 2001).

- *Terapie mediche adiuvanti per il tumore al seno*

Terapie sistemiche adiuvanti vengono utilizzate generalmente in seguito alla resezione chirurgica del tumore al seno, con la finalità di eliminare la patologia micrometastatica occultata clinicamente che potrebbe trasformarsi in seguito in

malattia metastatica conclamata (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 2005). Tali trattamenti vengono scelti puntualmente in base all'accumularsi di rischi nelle pazienti influenzati dalle dimensioni primarie del tumore, la quantità di linfonodi e le caratteristiche biologiche della malattia, determinate in parte da test genomici, i quali valutano la genetica legata al cancro nel DNA che deriva dal tumore per comprenderne il potenziale benefico assunto dalla chemioterapia e il rischio di recidiva.

- *Chemioterapia*

In presenza di pazienti con rischio elevato, viene implementata la chemioterapia sistemica presente in differenti opzioni standard, in grado di ridurre i tassi di mortalità, recidiva e rischio relativo, specialmente nei pazienti con malattia HR-negativa (Peto et al., 2012). È consigliato discutere all'interno di un consulto endocrinologo riproduttivo dei desideri legati alla gravidanza e fertilità nelle pazienti prima della menopausa, in quanto la chemioterapia può determinare un'importante insufficienza ovarica, che può essere deviata dalla conservazione di embrioni, ovociti e dal rilascio di ormoni come la gonadotropina (Thigpen, 2012).

- *Terapie biologiche e mirate*

Terapie specifiche vengono utilizzate sulla base della considerazione di tipologie specifiche del tumore, come per esempio con il carcinoma mammario HER2-positivo che viene trattato con una combinazione terapeutica mirata a HER2 e chemioterapia, influenzando totalmente sulla prognosi riportata nei pazienti (Cameron et al., 2017).

- *Terapia endocrina*

Come terapie endocrine, viene utilizzato in primo luogo il tamoxifene nelle pazienti in pre e post menopausa, il quale, se somministrato per almeno 5 anni, può aiutare nel ridurre il rischio di recidiva del circa 50% nei primi 4 anni, e del 30% entro i 9 anni; inoltre, i tassi di mortalità annuale vengono ridotti di oltre il 50% e del 30% entro i 15 anni dalla prima somministrazione (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 2011). In secondo luogo, è preferibile l'utilizzo di exemestane, letrozolo e anastrozolo al tamoxifene nel postmenopausa o successivamente a quest'ultimo (Burstein et al., 2019). Infine, la terapia



endocrina è consigliata con tempistiche variabili da 5-10 anni nella maggior parte delle pazienti con patologia HR-positiva (Pagani et al., 2014).

Come considerazioni finali al trattamento, va considerata l'importanza della rivelazione e della stadiazione di linfonodi ascellari, in quanto sede iniziale delle metastasi tumorali e rilevabili in un esame fisico normale per circa il 25 % dei casi (McCartan et al., 2016). La biopsia del linfonodo sentinella permette di determinare la stadiazione dell'ascella specialmente nelle pazienti che presentano una diagnosi di ascella clinicamente negativa, le quali presentano un rischio più compromettente (Krag et al., 2010). Infine, la presa in carico del carcinoma mammario nelle pazienti con età avanzate va tenuta come individualizzata e gestita dalla collaborazione di figure professionali con competenze oncologiche chirurgiche, mediche e radioterapiche, mirate a valutarne l'aspettativa di vita, l'attuale stato di salute e la comorbidità con altre patologie (Moran et al., 2014). Per quanto concerne, invece, gli interventi attuali di prevenzione, le migliori strategie nell'affrontare una malattia oncologica riguardano in primo luogo la diagnosi precoce e di seguito gli interventi preventivi, quest'ultimi organizzati in sottocategorie che riguardano la prevenzione primaria e l'implementazione di vaccini volti a colpire determinati virus, processo di screening caratterizzante, invece, la prevenzione secondaria, e infine, la prevenzione terziaria determinata dall'utilizzo di terapie adiuvanti e biomarcatori, tenendo al contempo presente la necessità di considerare i fattori di rischio legati allo stile di vita quotidiana modificabili per prevenire la diagnosi tumorale (Chow et al., 2012; Olver, 2016). La letteratura ha sottolineato in effetti l'efficacia della vaccinazione, nello specifico nei primi anni di vita, contro patologie specifiche legate allo sviluppo cancerogeno (Tanaka et al., 2011); la funzionalità della somministrazione di screening periodici che controllano l'andamento di eventuali anomalie o cambiamenti dell'organismo (Carter et al., 2011); al contempo, il progresso e la scoperta in campo medico di terapie mirate e adiuvanti, con annessa identificazione di biomarcatori, nella gestione delle varie tipologie tumorali e nella cura delle stesse (Toi et al., 2010). Prima di introdurre, invece, le differenti tecnologie a disposizione in campo preventivo e diagnostico per il carcinoma mammario, è importante premettere l'importanza che assume "l'autopalpazione del seno" come strumento iniziale di prevenzione e autovalutazione, sotto la competenza e il controllo di ciascuna donna: questa pratica è volta a sondare la possibilità che possano esserci noduli presenti o sintomatologie di un

possibile inizio di malattia, ed è consigliato diventi un'abitudine farlo periodicamente a partire dai 20 anni seguendo i seguenti step (Lemlem et al., 2013; Jothirajan, 2020).

1. Davanti ad uno specchio e ponendo le mani sopra le anche, osservare criticamente la dimensione, la simmetria, il colorito e la forma dei seni, di seguito l'orientamento e la posizione dei due capezzoli, annotandosi eventuali fuoriuscite di liquidi insoliti.
2. Sollevare in alto le braccia e analizzare le medesime caratteristiche sopra citate, osservare possibili alterazioni.
3. Porsi in posizione supina, premere con il polpastrello della mano sinistra sul seno destro e viceversa, eseguire movimenti circolari e leggeri sulla superficie di entrambi i seni, infine analizzare i cavi ascellari.

Di seguito, alcuni brevi approfondimenti relativi alle principali tipologie di imaging implicati a livello preventivo, tra cui in ordine la mammografia, la risonanza magnetica nucleare, la tomografia a emissione di positroni specifica per le mammelle e la Dynamic Optical Breast Imaging (DOBI):

### ***1.2.1 Screening mammografico***

La mammografia rappresenta l'attuale esame diagnostico di imaging standard della mammella più implementato che utilizza radiazioni ionizzanti per produrre una proiezione 2D del seno (Cavanaugh & McNally, 2010), il mammogramma, consentendo di rilevare il carcinoma mammario nella sua fase asintomatica e iniziale, non palpabile, riducendo così considerevolmente i tassi di mortalità correlati (Marmot et al., 2013). In tale esame radiografico, il programma di screening si esplica in due proiezioni radiografiche, una effettuata lateralmente l'altra invece dalla parte superiore, i cui risultati andranno confrontati separatamente da due radiologi differenti per acquisire una maggiore affidabilità diagnostica (Gierach et al., 2012). Seguendo strettamente le indicazioni del ministero della Salute Italiano, è richiesto uno screening alla mammella nelle donne che non presentano fattori di rischio quali suscettibilità ai geni BRCA1 e BRCA2, e familiarità, in un'età compresa tra i 50 e i 69 anni, eseguendo una mammografia ogni due anni, in vista di ridurre così di circa il 40 % la mortalità per questo sottotipo di malattia oncologica (Ministero della Salute, n.d.). Attualmente, in alcune

regioni italiane, si stanno implementando programmi di screening che coinvolgono una fascia più ampia di donne comprese tra i 45 e i 49 anni con mammografie effettuate ogni anno, e donne con età compresa fino ai 74 anni con screening ogni due anni. Va precisato, inoltre, che per le donne, specialmente quelle più giovani, aventi un seno particolarmente denso, non è consigliato fare ricorso alla mammografia, ricorrendo al contrario a opzioni come la biopsia con ago aspirato e/o ecografia mammaria che ne completano l'accuratezza diagnostica (Salem et al., 2013). In aggiunta, solitamente si applica uno screening oncogenetico specifico per le donne portatrici di una mutazione dei geni BRCA1 o BRCA2 o aventi storie familiari di cancro al seno, che presentano di conseguenza un rischio maggiore di riscontrarlo personalmente (Kerlikowske, 2009). In ultima istanza, è ancora attuale il dibattito inerente all'efficacia per quanto concerne costi e benefici dello screening mammografico in ambito sanitario, della complessità delle linee guida annesse da seguire e dalla ridotta compliance delle pazienti (Srinivasan & Parris, 2016): vengono mantenute inalterate le seguenti raccomandazioni inerenti allo screening che riguardano l'insufficienza di dati per stabilire un impatto funzionale nel ridurre la mortalità da parte di uno screening mammografico nella fascia d'età sopra i 75 anni; in seguito, chi ha un'età compresa tra i 50 e i 74 anni è invitato a sottoporsi ogni due anni ad una mammografia, in particolare, la mammografia sembra essere maggiormente impattante sulla mortalità nella fascia delicata dai 60 e i 69 anni; alle donne aventi, invece, un'età compresa tra i 40 e i 49 anni è consigliato scegliere individualmente, tenendo conto della possibilità da un lato di un rischio elevato di biopsie inutili, falsi positivi e dall'altra il vantaggio di una diagnosi precoce di carcinoma in situ (Nelson, 2009). Rimane infine importante all'interno della relazione medico paziente discutere delle limitazioni, dei rischi e delle barriere, oltre ai benefici, associati alla pratica clinica dello screening, che deve continuare ad essere arricchita di studi orientati all'impatto della comorbidità, dell'aspettativa di vita di ciascuna paziente e del suo funzionamento corporeo oltre che cognitivo (Sarma, 2015).

### ***1.2.2 Risonanza magnetica nucleare***

Come precedentemente detto, non viene raccomandato di sottoporsi a mammografie periodiche se si ha un'età inferiore ai 40 anni poiché di ridotta efficacia in quanto il tessuto avvolgente entrambi i seni risulta per lo più denso e può quindi offuscare le possibilità che ci siano segni di malignità allo screening mammografico, ostacolando quindi una

valutazione più completa possibile di quale sia l'ampiezza reale del tumore (Berg, 2009). In questo scenario, la risonanza magnetica si inserisce nell'analisi diagnostica dettagliata delle lesioni mammarie con donne con tale casistica (Mann et al., 2008) ed è una tecnica diagnostica in grado di usufruire di campi magnetici per creare immagini accurate in sezione della mammella e dei tessuti che la strutturano, rilevandone differenze nel rilassamento e nella circolazione dei protoni nella parte acquosa e lipidica (Salem et al., 2013). Questo permette di acquisire un'elevata sensibilità nell'identificare il tumore al seno nella specificità di donne aventi sintomatologia ad alto rischio o addirittura in assenza di sintomi presenti, ed è una modalità di screening che va ad integrare la mammografia in quanto potenzialmente più sensibile nell'identificare la massa tumorale rispetto allo screening mammografico, ma allo stesso tempo possibilmente manchevole nel rilevare altri tumori (Lord et al., 2007). Infine, la ricerca sottolinea la necessità di attuare una risonanza magnetica annuale non appena si compiono 30 anni di età (Sardanelli et al., 2010), mantenendo costante la combinazione tra mammografia e risonanza magnetica nello screening con pazienti aventi mutazioni BRCA che non scelgono operazioni chirurgiche come la mastectomia.

Attualmente, si dispongono di esami di risonanza magnetica riguardanti un unico punto temporale oppure tecniche che raggruppano le diverse immagini a partire dal momento che precede l'iniezione di contrasto fino a quelle che la succedono, come la risonanza magnetica dinamica con contrasto, rappresentando modalità di screening ampiamente implementate con donne ad alto rischio di tumore al seno per la loro storia familiare (Kuhl & Schild, 2005; Lehman et al., 2005).

### ***1.2.3 Tomografia a emissione di positroni e Dynamic Optical Breast Imaging***

In termini di monitoraggio della terapia inerente al carcinoma mammario, la tomografia ad emissione di positroni (PET) può assumerne un ruolo determinante in quanto tecnica clinica avanzata di imaging che in fase secondaria è in grado di fornire conoscenze fisiologiche e funzionali, a partire dai processi e cambiamenti metabolici del glucosio usufruendo del fluorodesossiglucosio (18F-FDG) (Rosen et al., 2007; Choe & Durduran, 2012), un radiofarmaco che permette di distinguere tessuti benigni da quelli maligni in cui le cellule presentano un valore alto di glucosio. Una particolarità di questa tecnica è rappresentata dalla superiore capacità rispetto alla mammografia ed ecografia di predire risposte dell'organismo patologiche e lesioni tumorali dopo i primi due cicli di

chemioterapia (Quon & Gambhir, 2005). Come nel caso di altre tecniche di imaging, la tomografia ad emissione di positroni si posiziona in aggiunta alla somministrazione della mammografia per completarne il quadro informativo, in un'ottica di riflessione sull'importanza della pianificazione personalizzata della terapia e del suo monitoraggio per il benessere del paziente nel suo percorso terapeutico (Enfield et al., 2009).

La DOBI (Dynamic Optical Breast Imaging) è invece una tecnologia sul versante ottico per le pazienti che non risulta invadente, la quale agisce usufruendo dei raggi infrarossi nell'analisi diagnostica del seno (Van de Ven et al., 2008): tale tecnica è finalizzata a distinguere i contenuti dell'ossiemoglobina, un composto labile ottenuto dalla combinazione tra l'ossigeno molecolare e l'emoglobina nel sangue, da quelli della deossiemoglobina, entrambe cruciali nel processo di angiogenesi e nello sviluppo del tessuto canceroso, aventi inoltre un diverso spettro (Vaupel & Harrison, 2004; Arridge & Schotland, 2009). Grazie alla loro analisi è possibile discernere la presenza di lesioni, lo sviluppo in corso e la loro localizzazione. Infine, questa tecnica gode di una serie di vantaggi legati all'estrema sensibilità ai cambiamenti nella composizione dei tessuti e a quelli fisiologici, al mancato utilizzo di radiazioni ionizzanti rendendo questa tecnologia non invasiva ad un costo di esercizio e installazione basso (Yang et al., 2019).

### **1.3 Impatto psicologico nell'esperienza di vita e malattia**

Una diagnosi di tumore al seno può rappresentare un evento potenzialmente traumatico e impattante la qualità di vita e il benessere mentale delle persone colpite e dei loro familiari: il disagio psicologico emerge con il diffondersi principalmente di depressione, ansia, isolamento, senso di colpa e sfiducia (Fatiregun et al., 2016), in un quadro di fragilità ed eventi stressanti legati al momento della diagnosi, della progressione della malattia e della sua gravità, aggressività fisica del trattamento e rischio di recidiva (Martino et al., 2021a). La letteratura dedicata alle conoscenze sull'impatto psicologico del tumore sulle donne aventi un'età inferiore ai 50 anni ne sottolinea sin da subito le vulnerabilità e traumaticità, in quanto il carcinoma si presenta come fortemente aggressivo e distruttivo nella visione del mondo e nella vita quotidiana della donna (Amsbaugh & Dragun, 2015; Yazdani-Charati et al., 2019). Da un lato, maggior disagio emotivo e uno spettro sintomatico depressivo-ansigeno esperito, dall'altro, minor

vitalità come reazione all'aggressività della chemioterapia ricevuta (Mosher & Danoff-Burg, 2005; Martino et al., 2015). Per comprendere al meglio l'esperienza traumatica del tumore al seno nel vissuto di giovani donne è importante considerare in primo luogo l'"elaborazione emotiva" come stile di adattamento ed integrazione di difficoltà ed esperienze stressogene nella trama di vita (Adams et al., 2010; Martino et al., 2019b): evitare o inibire in modo prolungato l'elaborazione di emozioni negative connesse a tale esperienza può impedirne, infatti, un'iniziale risoluzione, ma al contempo innescare disturbi del comportamento e pensieri ossessivi ed intrusivi (Roberts & Reuber, 2014; Margherita & Gargiulo, 2018). Essa svolge allo stesso tempo un ruolo preventivo nell'insorgenza di ostilità, depressione, sintomi somatici e ansiogeni, rappresentando allo stesso tempo un fattore in grado di predire tale sintomatologia in ogni fase del trattamento, ragion per cui risulta necessario sviluppare interventi di supporto specifici per le pazienti e per le diverse fasi del trattamento che le coinvolgono (Arena et al., 2007; Bloom et al., 2011; Ahmad et al., 2015; Bidstrup et al., 2015). La letteratura supporta, in effetti, l'evidenza di un carico significativo di disturbi d'ansia, tra cui anche ansia generalizzata, attacchi di panico e fobie sociali nelle diverse traiettorie dell'esperienza oncologica, a partire dall'inizio della somministrazione dei trattamenti fino al fronteggiamento degli effetti, e l'annessa paura di recidive nelle fasi di guarigione (Hill et al., 2010; Norzuraida & Ng, 2010; Ribnikar et al., 2015).

L'impatto negativo dell'ansia sulla qualità di vita delle donne si esprime in termini fisici, sociali e psicologici nel compromettere le strategie di fronteggiamento allo stress della malattia, causando affaticamento, declino dell'interesse sessuale, problematiche inerenti alla percezione visiva e corporea a seguito dei trattamenti (Ching et al., 2009; Howard-Anderson et al., 2012). Diverse variabili possono concorrere nel contribuire a tale stato psicologico, tra cui lo stadio elevato del carcinoma, la tendenza ad una maggior vigilanza ai sintomi corporei, maggior sensibilità cognitiva all'ansia e una giovane età (Jones et al., 2013). In aggiunta, l'ansia è vissuta come una sfida psicologica con intensità differenti anche in base all'utilizzo dei principali trattamenti, tra cui radioterapia, chemioterapia e intervento chirurgico (Odigie et al., 2009). Essa può sussistere indipendentemente o in comorbidità con il manifestarsi di sintomi depressivi in grado di influenzare fortemente la motivazione, la resilienza e la compliance ai trattamenti antineoplastici (Casavilca-Zambrano et al., 2020): emergono sentimenti di infelicità, tristezza, diminuzione

dell'autostima, perdita di interesse sessuale, i quali possono essere influenzati dallo stato civile e l'occupazione, ed incidere per quanto riguarda sostegno emotivo, finanziario e familiare (Olagunju et al., 2012; Trinca et al., 2019). Tale carico depressivo può essere accompagnato spesso da sintomatologia fisica, tra cui, ad esempio, problemi cognitivi quali concentrazione e memoria, sonno e dolore solitamente associati all'umore (Popoola et al., 2011); problemi di alimentazione, nausea ed indigestione, sensazione di fatica generale, infine difficoltà respiratorie e motorie (McFarland et al., 2018).

Nella considerazione di quanto detto finora, importanti questioni psicosociali e cliniche si delineano nella presa in carico di donne con tumore al seno, specialmente nelle prime fasi inerenti alla diagnosi (Tetteh & Faulkner, 2016): è necessario fornire prontamente servizi di supporto psicologico e di identificazione tramite colloqui rispetto a sintomi ansiosi quanto depressivi, tenere conto al contempo di schemi culturali influenti nell'interpretazione della diagnosi tumorale mentre si affrontano stigma, difficoltà relazionali e di immagine, angoscia di morte, e infine, coinvolgere attivamente i familiari nelle fasi decisionali legate al trattamento (Suh, 2013; Freedman, & Partridge, 2013; Hubbeling et al., 2018). La multifattorialità degli agenti antineoplastici nel determinare sintomi ansio-geni e depressivi, tra cui età del paziente, caratteristiche sociodemografiche, precedenti storie di familiarità, stadio del carcinoma (Justo et al., 2011; Vahdaninia et al., 2010; Partridge, 2013) richiedono, infatti, attenzione nella pratica clinica, in particolare quando si effettua lo screening, in quanto solo grazie ad un intervento tempestivo e un'identificazione precoce vi è maggior probabilità di miglioramento nel ridurre il carico psicologico, la compliance al trattamento, e dunque, la qualità di vita delle donne (Ganz et al., 2013; Kaasa et al., 2018). In aggiunta, la situazione clinica si arricchisce considerando la reale possibilità nelle pazienti aventi ricevuto la diagnosi tumorale di sperimentare disturbo da stress post traumatico (PTSD) (Kwakkenbos et al., 2014; Xin et al., 2016): il disagio psicologico, lo stress cronico, il vissuto di sfiducia e la paura di recidiva del tumore che ne derivano hanno, infatti, un impatto considerevole sul funzionamento cognitivo e sulla qualità di vita emotiva, fisica e mentale, con oscillazioni a partire dai primi momenti post diagnosi al concludersi degli effetti del trattamento (Parikh et al., 2015; Arnaboldi et al., 2017). Quanto detto motiva alla considerazione, in primo luogo, di variabili psicologiche quali l'anamnesi familiare positiva alla predisposizione al carcinoma, giovane età, l'etnia e comorbidità con altri disturbi

psicologici, in quanto caratteristiche da tenere costantemente in considerazione nella diagnosi e negli interventi psicologici tempestivi (O'Connor et al., 2011; Vin-Raviv et al., 2013). In aggiunta, durante lo scatenarsi dell'emergenza pandemica globale da Covid-19, la sensazione di isolamento, la paura relativa all'infezione, e l'aumento prescrittivo dell'utilizzo di psicofarmaci sono stati correlati ad una frequenza più elevata dei sintomi di PTSD, significativi nel peggioramento di sonno, funzioni cognitive e qualità di vita nel complesso (Yahi et al., 2022). È stato osservato, inoltre, quanto pazienti aventi PTSD presentassero in seconda istanza un funzionamento immunitario alterato, ad esempio, con livelli di marcatori infiammatori circolanti elevati rispetto alla norma e minor attività rilevata delle cellule "natural killer" (Pace & Heim, 2011). A fronte, quindi, di un indebolimento del sistema immunitario che può alimentare da un lato una progressione del carcinoma e ridurre dall'altro la durata di sopravvivenza, una costante sensibilizzazione e un supporto psicoeducativo possono aiutare nel ridurre i sintomi e incrementare stili di adattamento funzionali nelle fasi di vita delle pazienti (Abbey et al., 2014; Deatrich & Boyer, 2016). All'interno di una riflessione sull'impatto psicologico del cancro al seno, si menziona infine la possibilità di ideazione suicidaria, essendo la patologia oncologica una malattia clinica somatica in grado di aumentare significativamente il rischio di suicidio (Fall et al., 2009; Bolton et al., 2014). Il contenuto e le modalità con cui si riceve una diagnosi di cancro al seno possono rappresentare uno stress significativo che si può aggiungere ad una fragilità psicofisica già esistente e all'eventualità di aver vissuto precedenti eventi emotivamente traumatici (Misono et al., 2008; Vehling et al., 2017; MacLean et al., 2011). Alla base di intenzioni suicidarie, si delineano caratteristiche sociodemografiche legate alla disoccupazione, solitudine e indisponibilità di servizi assistenziali, ma anche fattori legati alla differenza di genere, in quanto il rischio di suicidio sembra essere generalmente legato al sesso maschile, anche se l'inclinazione a sperimentare l'ideazione suicidaria è maggiormente presente nelle donne rispetto agli uomini (Schairer et al., 2006; Kim et al., 2013). In aggiunta, anche il rischio di PTSD sembra possa aumentare la presenza di intenzioni suicidarie, poiché, se i timori e pensieri ossessivi inerenti alla malattia non vengono emotivamente e verbalmente espressi, persistendo dunque per un tempo prolungato, possono peggiorare significativamente il benessere delle pazienti alimentando l'incidenza stessa dell'ideazione suicidaria (Webb, 2012; Kazlauskienė et al., 2022). Da un punto di vista



cognitivo, invece, è stato sottolineato come la maggior parte delle pazienti sottoposte a trattamento subiscano un deterioramento cognitivo significativo (Vardy & Dhillon, 2018; Wefel & Schagen, 2012), in letteratura noto come "Chemobrain" o "Chemofog" (Argyriou et al., 2011): quest'ultimo è in grado di colpire l'attenzione, la memoria, la funzione esecutiva e la concentrazione (Janelsins et al., 2014), verificandosi nell'incapacità di mantenere concentrazione nei compiti e apprendere nuove abilità, difficoltà nel ricordare nomi, volti noti e parole conosciute (Janelsins et al., 2011; Bolton & Isaacs, 2018). Sulla base di queste consapevolezze in campo clinico, la letteratura sottolinea l'importanza di incentivare una cultura sanitaria di formazione del personale nelle competenze comunicative e relazionali in grado di veicolare informazioni che coinvolgano le pazienti nel processo decisionale e nell'acquisizione di consapevolezze legate alla propria diagnosi (Fischer et al., 2013).

### ***1.3.1 Paura della recidiva***

La paura della recidiva del cancro è stata inquadrata come il timore ricorrente che il tumore possa ripresentarsi e progredire nella stessa parte fisica o in altre zone del corpo (Vickberg, 2003). Questa paura include un'ansia per la propria salute e una paura della morte comune nelle giovani donne con tumore al seno, che sperimentano immagini della morte e dell'abbandono angoscianti (Muse et al., 2010), nonché percezioni rispetto la propria vita come incompiuta con opportunità mancate (Simard et al., 2010).

In effetti, la paura di una recidiva del tumore diventa una reale preoccupazione dei sopravvissuti al cancro al termine dei loro trattamenti (Lebel et al., 2013), contribuendo ad alimentare disagio emotivo e ad alterare comportamenti salutari dopo la diagnosi di cancro, tra cui una maggior sedentarietà e un aumento del consumo alcolico (Hall et al., 2019). Quest'ultime possono rappresentare "strategie di regolazione" delle emozioni disfunzionali, attuate nel tentativo di sopravvivere alla preoccupazione costante e alla paura di una recidiva del cancro, conducendo al contrario ad un rischio di risultati clinici critici (Fisher et al., 2016). Nonostante gli anni trascorsi dal completamento delle terapie, delle cure di routine e dalla diagnosi, la paura di recidiva appare ancora un problema consistente, con il potenziale di incidere negativamente sulla qualità di vita e lo svolgersi delle attività quotidiane (Savard, & Ivers, 2013; Koch et al., 2014). Di particolare

rilevanza sembrano essere le associazioni tra una paura di recidiva moderata/alta, l'età dei pazienti e il considerarsi un paziente oncologico (Crist & Grunfeld, 2012).

In uno studio condotto da Cho e colleghi (2018), è stata esaminata la correlazione tra paura di recidiva e sintomi fisici, in particolare stanchezza e dolore, in una popolazione di sopravvissute al cancro al seno di etnia cinese-americana: l'affaticamento è stato associato a una maggiore preoccupazione di recidiva del tumore, mentre le interferenze verificatosi nelle attività quotidiane conseguenti al dolore erano direttamente legate ad un minor benessere emotivo e, allo stesso tempo, indirettamente ad un aumento della paura di recidiva (Koch et al., 2012; Hall et al., 2014; Heathcote & Eccleston, 2017). Quanto detto appare ancor più significativo nelle donne sotto ai 50 anni, le quali affrontano trattamenti più aggressivi e angosce intense, poiché il cancro si inserisce nella loro trama quotidiana interferendo nel sistema familiare e lavorativo, ma anche nella sfera femminile e materna (Cohee et al., 2015; Fernandes-Taylor et al., 2015; Martino et al., 2019b). Tra i fattori predittivi legati alla paura di un ritorno della malattia, è possibile riconoscere, in primo luogo, le rappresentazioni attorno alla malattia stessa, e nello specifico, la percezione che esso sia un "intruso" nella vita, in quanto avvenuto inaspettatamente in momenti delicati in cui si svolgono compiti evolutivi richiedenti maggior prestazioni fisiche e di resistenza, come ad esempio la carriera e la cura dei figli; in secondo luogo, livelli considerevoli di ansia in grado di innescare conseguenze negative a livello socio-economico e fisico (Thewes et al., 2012; Lebel et al., 2013; Ashing et al., 2017). Appare dunque fondamentale impiegare screening di routine ed interventi psicoeducativi, cognitivi e di supporto adatti alle esigenze di ciascuna paziente e volti a diminuire l'impatto di livelli disfunzionali della paura di recidiva in termini assistenziali (Butow et al., 2018; Koch et al., 2014). Particolare attenzione, infine, dovrebbe essere rivolta al controllo dell'influenza di bias interpretativi e cognizioni negative nell'incrementare ansia da recidiva (Butow et al., 2015), la quale può essere ampiamente contrastata se controbilanciata dall'implementazione di un processo psicoeducativo volto a fornire indicazioni concrete su quanto i sintomi possano rappresentare motivo di preoccupazione (Simonelli et al., 2016; Tuman et al., 2021).

## **1.4 Immagine corporea, fertilità e sessualità**

Le conseguenze socio emotive dell'impatto del tumore al seno e del trattamento coinvolgono aree fondamentali del lato femminile di ciascuna donna, tra cui il sesso, le relazioni sociali ed intime, la fertilità e l'immagine corporea (Lee et al., 2010): la reale presa in carico di ciascuna paziente deve in modo prioritario considerare i suoi desideri, obiettivi e volontà personali, il bisogno di instaurare un dialogo attorno agli aspetti inerenti la loro cura con l'équipe sanitaria, in modo tale da incentivare un senso di agency nel processo decisionale, responsabilità ed educazione personale durante il trattamento attivo fino alla sua conclusione (Vadaparampil et al., 2012; Black et al., 2020). Nel dispiegamento della seguente letteratura, verrà approfondito come le terapie antineoplastiche influiscano nella percezione personale del proprio corpo, nell'aumentare il rischio di infertilità, nel funzionamento sessuale, e quindi nell'adattamento in termini generali al tumore rispetto ai ritmi quotidiani (Avis et al., 2005; Pinto, 2013). La disinformazione attorno all'infertilità, con l'innescarsi di un'annessa "cultura del silenzio" in termini di salute e funzionamento sessuale in tale contesto clinico, si radica a partire dalla considerazione che quest'ultimi siano aspetti "incontrollabili", "scontati" e per cui non c'è abbastanza tempo da investire in colloqui clinici (Crowley et al., 2015), privando così realmente le donne di una consapevolezza costante e di scelta critica nell'accompagnamento nel percorso terapeutico (Banerjee & Tsiapali, 2015).

### ***1.4.1 Problematiche rispetto alla percezione corporea di sé***

I disturbi relativi all'immagine corporea rappresentano un reale problema di sopravvivenza per le donne che affrontano un carcinoma mammario e allo stesso tempo una possibile conseguenza del trattamento (Hung & Bober, 2020): essi includono cambiamenti nell'aspetto, alterazioni sensoriali, disfunzioni, rischi legati alle capacità riproduttive, peggioramenti dei sintomi della menopausa (Lewis-Smith et al., 2018). In linea con ciò, la letteratura sottolinea come un'immagine corporea negativa abbia un impatto sulla guarigione e sulla vulnerabilità psicologica di chi sopravvive, limitando le interazioni con gli altri mentre si fronteggiano le difficoltà fisiche minimizzandole per l'imbarazzo e la vergogna (Fingeret, 2010; McClelland et al., 2015). L'immagine corporea rimane, quindi, una preoccupazione ricorrente, soprattutto nelle giovani donne,

a cui fanno costantemente ricorso a seguito di interventi chirurgici volti ad asportare il seno (Senkus et al., 2013): tra le principali difficoltà riportate, vi sono la minor attrattività percepita dovuta a visioni alterate del proprio corpo, disagio fisico e psicologico, problematiche sessuali nelle relazioni intime, ma anche maggior stress psicologico, sintomi ansiogeni e depressivi, percezione del proprio corpo come incompleto (Fingeret et al., 2014; Cordero et al., 2015). Nello specifico, la perdita del seno causa una serie di cambiamenti fisici correlati a fluttuazioni di peso, cicatrici e deformazioni fisiche, perdita dei capelli e del normale equilibrio ormonale, possibili danni ai nervi e mutamenti avversi nel colore della pelle, a seguito di radiazioni e chemioterapia (Boquiren et al., 2013). È stato constatato, inoltre, come possano esserci differenze sociodemografiche rispetto a tale tematica, analizzate in uno studio condotto da Patel-Kerai et al. (2017) con popolazioni di donne nere, asiatiche, americane, latine e caucasiche: maggiori preoccupazioni inerenti all'immagine corporea appartenevano a pazienti nere e dell'Asia meridionale; comuni invece erano le difficoltà nell'adattarsi a mutamenti fisici dovuti al carcinoma e sentimenti di disgusto per il proprio aspetto fisico, sensazioni di deformità e perdita di autostima (Paskett et al., 2008; Jack et al., 2009). Sulla base di quanto considerato e sull'esposizione continua a messaggi socioculturali radicati su precisi standard attrattivi e femminili, è stato rivelato come una maggiore preoccupazione per l'immagine corporea nelle giovani donne incentivi alla ricostruzione del seno, come tentativo di preservare il lato estetico e ripristinare un senso di normalità nel percepire il proprio corpo (Tiggemann et al., 2012; Paterson et al., 2016).

In tale ottica, Fingeret et al. (2013) hanno delineato un quadro teorico all'interno del quale significare e comprendere l'esperienza corporea durante la delicata fase di ricostruzione della mammella: nel valutare gli esiti dell'operazione, sono stati presi in considerazione costrutti legati all'immagine corporea, e dunque pensieri, sentimenti e percezioni sul funzionamento fisico; valutazione della qualità di vita generale della donna connessa alla soddisfazione della paziente relativa alla qualità delle cure ricevute, infine, del risultato stesso del trattamento (Falk Dahl et al., 2010; Hartl et al., 2010; Annunziata et al., 2011). In tale ottica, la percezione corporea può essere intesa come risultante dall'interazione tra soddisfazione e qualità di vita riportata dalla paziente, tenendo conto allo stesso tempo delle sue aspettative a riguardo (Collins et al., 2010; Howes et al., 2016).

Nel considerare, invece, l'immagine corporea correlata alla qualità di vita esperita nei suoi domini fisici, emotivi e sociali, son state riscontrate variazioni in base a fattori demografici, e di comorbidità rispetto ad altre malattie nello studio di Ettridge et al. (2022): in primo luogo, possedere altre patologie ostacolanti la salute può concorrere, assieme alla diagnosi di cancro, ad impattare sulle modalità con cui si percepisce il proprio corpo e sull'apprezzamento generale del suo funzionamento; in secondo luogo, è stato riscontrato come l'essere sposate, avere supporto e rassicurazioni costanti dal proprio partner permettesse alle donne di questo campione di guadagnare maggior soddisfazione e stima per il proprio corpo; infine, la possibilità di lavorare era associata ad una qualità di vita nettamente migliore nelle donne (Paff Ogle et al., 2011; Leung et al., 2014; Brunet & Price, 2021).

#### ***1.4.2 La sessualità dopo la diagnosi tumorale***

Una revisione della letteratura effettuata da Santos e colleghi (2014) apre ad una contestualizzazione della particolare tematica della sessualità, termine multidimensionale comprendente aspetti culturali quanto biologici e psicosociali, introdotta in un contesto di vita quotidiana dopo aver ricevuto una diagnosi tumorale (Cesnik et al., 2013): il funzionamento sessuale può risultarne in effetti radicalmente modificato, soprattutto in seguito alle fasi aggressive di trattamento antineoplastico, tra cui, per esempio, procedure chirurgiche come la mastectomia, in grado di mutare significativamente sia la funzionalità che l'aspetto del seno, procedure terapeutiche quali radioterapia, chemioterapia e terapia ormonale che possono provocare effetti collaterali, tra cui riduzione dell'eccitazione sessuale e anorgasmia (Camp-Sorrell, 2009; Krebs et al., 2011; Lovelace et al., 2019). Sulla base di indagini effettuate, la sperimentazione di una diminuzione rilevante dell'attività sessuale dopo aver ricevuto una diagnosi di carcinoma al seno riguarderebbe il 75% delle donne (Ussher et al., 2012; Barton & Ganz, 2015; Crowley et al., 2015) mentre in media circa il 30% di questa popolazione ha riferito di non svolgere alcuna attività sessuale (Lewis et al., 2012; Schover et al., 2014; Raggio et al., 2014; Lee et al., 2015). Oltre il calo di interesse nel condurre la propria vita sessuale, possono esserci ulteriori problematiche legate alla lubrificazione, al piacere ed eccitazione sessuale, rapporti sessuali che diventano fisicamente dolorosi (Safarinejad et al., 2012; Cho et al., 2015). Tra i fattori in grado di influenzare le esperienze sessuali nelle donne con tumore

al seno, l'età, soprattutto nelle donne più giovani, sembra essere predittiva di una minore presenza di disfunzioni sessuali e quindi maggior soddisfazione sessuale rispetto a fasce di età più anziane (Andrzejczak et al., 2012; Quintard et al., 2014). Un'indagine condotta da Boquiren et al. (2015) ha sottolineato tale considerazione rivelando una correlazione negativa tra il fattore "età" e la lubrificazione, l'eccitazione sessuale e il funzionamento sessuale globale.

Rispetto all'impatto del tipo di intervento chirurgico sulla sessualità, la letteratura si è concentrata particolarmente nello studio delle differenze emergenti, constatando, tuttavia, risultati piuttosto ancora incoerenti tra loro (Male et al., 2016): quest'ultimo aspetto può ricondurre alla riflessione di quanto l'affrontare una deturpazione rispetto al proprio corpo e le conseguenti disfunzioni sessuali siano un vissuto particolarmente soggettivo, talvolta indipendente da qualsiasi anamnesi clinica di interventi chirurgici effettuati, e riguardante per lo più la percezione psicocorporea rispetto ai cambiamenti sul fisico e l'adattamento psicologico della donna a quanto precedentemente vissuto (Boehmer et al., 2013; Pillai-Friedman & Ashline, 2014; Ginter & Braun, 2016). Infine, studi che si sono concentrati prevalentemente sugli esiti specifici di terapie adiuvanti sulla funzione sessuale hanno riscontrato come la terapia ormonale presenta un maggior impatto negativo su rapporti intimi, sia essa integrata con chemioterapia o con chemioterapia e radioterapia, rispetto alle singole terapie (Brédard et al., 2010; Halley et al., 2014). In aggiunta, esporsi a tutte e tre le forme di terapia adiuvante aumentava il rischio sei volte tanto di riscontrare difficoltà nella lubrificazione e nella soddisfazione generale (Schover et al., 2014; Marino et al., 2016). Gopie e at al. (2014) hanno sottolineato effetti collaterali innescenti una menopausa precoce sulla sessualità dopo aver ricevuto terapie adiuvanti, tra cui secchezza vaginale e minor libido; la menopausa indotta dalla chemioterapia, invece, può predire un continuum di insoddisfazione, disfunzionalità e inattività sessuale (Krychman & Katz, 2012; Lee et al., 2015). La considerazione attorno alla sessualità nelle donne dopo una diagnosi tumorale sa arricchirsi ulteriormente, in seguito ad attente riflessioni sui mutamenti fisici ed identitari, di considerazioni attorno alle modalità con cui le donne si relazionano nelle reti sociali e con cui quest'ultime si lasciano coinvolgere nella sfera sessuale (Pérez et al., 2010; Bober et al., 2013). Quando si è in coppia, la qualità della propria relazione con il partner sembra influire considerevolmente sulle strategie di coping ai cambiamenti sessuali avversi, in particolare, ricevere maggior

sostegno e comprensione dal partner, oltre che accettazione rispetto al proprio fisico, incrementa un adeguato adattamento generale al tumore e maggior soddisfazione sessuale e corporea (Sawin, 2012; Gilbert et al., 2013). Rispetto allo stile di comunicazione in ogni coppia, è stato sottolineato come quest'ultimo fosse significativo nel mediare l'eventualità di emergenti problemi sessuali e disagi personali (Milbury & Badr, 2012): poche discussioni reciproche, aperte e costruttive erano associate a maggiori problematiche nella sfera intima della coppia e sintomi depressivi nei singoli (Sawin, 2015).

Infine, è altrettanto fondamentale sottolineare come non vadano assolutamente generalizzati tali risultati a tutte le donne con tumore al seno, ma al contrario presi in considerazione qualora, nella presa in carico clinica e psicologica di ciascuna paziente, si riportino personali cambiamenti sessuali rilevanti nella vita quotidiana (McClelland et al., 2014). In aggiunta, la comunicazione sanitaria attorno alla sessualità tra figure sanitarie e le donne con i loro partner risulta ancora piuttosto limitata, a causa di una scarsa comprensione e formazione professionale sul funzionamento sessuale dopo i trattamenti (Ussher et al., 2013); di conseguenza, questo rappresenta un aspetto su cui lavorare fortemente, in quanto gli interventi professionali da parte di operatori sanitari possono avere un ruolo decisivo nell'adattamento alla sessualità nelle fasi più delicate del trattamento e nel rielaborare, quindi, le emergenti di difficoltà (Pauwels et al., 2013).

#### ***1.4.3 Effetti collaterali sulle capacità riproduttive***

La fertilità rappresenta un'ulteriore problematica legata alla qualità di vita a lungo termine di ciascuna donna che affronta un tumore al seno, nello specifico per le giovani donne, le quali si pongono la questione della fertilità nel momento in cui affrontano trattamenti potenzialmente invadenti e "salvavita" (Peate et al., 2012; Lambertini et al., 2016). La possibilità di procreare può essere fortemente compromessa da interventi chirurgici specifici su organi riproduttivi o nei tessuti circostanti, e da trattamenti adiuvanti quali radioterapia e chemioterapia, quest'ultime responsabili di indurre un'insufficienza ovarica e, quindi, diminuire le possibilità di concepire (Hickey et al., 2009; Anderson et al., 2011). Recenti studi riportano quanto la capacità di riprodursi possa essere ulteriormente ostacolata dal "ritardare l'idea" di concepire per paura anticipata che il tumore si presenti di nuovo o di tramandare i propri geni positivi al tumore al feto

(Gorman et al., 2011; Dryden et al., 2014). Quanto detto, dunque, contribuisce ad alimentare un disagio psicologico significativo nelle donne, con riduzione della qualità di vita esperita e talvolta l'innescarsi di un reale "doppio trauma", in quanto si deve affrontare doppiamente il dolore della perdita della fertilità e dell'incertezza di una diagnosi tumorale (Greil et al., 2010; Carter et al., 2010).

Una lettura della costruzione socioculturale e semantica attorno alla maternità, soprattutto nelle società occidentali, sembra aiutare nella comprensione dei vissuti di fertilità e infertilità come fenomeni anche socialmente costruiti, non solo processi fisiologici: l'identità sociale femminile in rilievo è innanzitutto quella di essere madri, come se possedessero un mandato alla procreazione sin dalla nascita, mentre la fertilità rimane una funzione ancorata al ruolo di donna (Loftus & Andriot, 2012; Biglia et al., 2015). La ricerca qualitativa di Dryden et al. (2014) si è proposta di esplorare la costruzione discorsiva e di significato della tematica della maternità, così come le sue varie implicazioni, per giovani donne aventi ricevuto la diagnosi, constatando quanto la fertilità ricoprisse un ruolo essenziale nella loro realizzazione e quanto la sua compromissione incidesse sulla soggettività delle donne, innescando particolari esperienze di devastazione, forte paura e senso di inadeguatezza (Gorman et al., 2010; Peccatori et al., 2013). In aggiunta, è emerso quanto l'incapacità di poter procreare le facesse sentire indesiderabili ai loro partner, così come perdere simboli fisici associati al funzionamento riproduttivo, come il seno, comportasse una percezione meno femminile di sé (Villarreal-Garza et al., 2017). Analogamente, la ricerca qualitativa di Kirkman et al. (2014) sottolinea l'intrecciarsi in modo totalmente soggettivo e personale di tematiche che legano il cancro al seno alla maternità, tra cui, significati rispetto alla fertilità e sentirsi "madre", la diagnosi come evento impattante la vita, la perdita di tempo e di possibilità di scegliere, la nuova vita dopo i trattamenti (Pagani et al., 2011; Ruddy et al., 2014). Di fronte a domande esistenziali sul senso della vita, la fertilità rimaneva un aspetto importante sia in assenza di progetti attuati di maternità, che in presenza di pianificazioni della stessa, esponendo le donne a sentimenti negativi rispetto le possibilità perse o nettamente ridotte di concepire (Valachis et al., 2010; Corney & Swinglehurst, 2013). Dunque, la gestione della fertilità nella presa in carico della paziente rende necessario sviluppare una conoscenza approfondita inerente ai desideri e alla possibilità di conservazione degli ovuli di ciascuna donna (Shimizu et al., 2012): gli studi sottolineano



quanto le donne possano esperire problematicità nella mancata divulgazione adeguata di informazioni inerenti alla tematica da parte degli operatori sanitari, per i quali possono emergere sentimenti negativi di frustrazione e rabbia (Dryden et al., 2014; Warner et al., 2016). In particolare, rimandare discussioni sulla fertilità e infertilità, sulla base di fattori prettamente contestuali, come un'età di procreazione nettamente inferiore alla norma, da parte del personale sanitario può avere un impatto negativo sulla soggettività e benessere psicofisico delle donne (Lee et al., 2010; Dyer & Quinn, 2016). In linea con quanto detto, si possono creare ulteriori problematiche se si prendono in considerazione tecniche di conservazione della fertilità solamente una volta deciso il percorso terapeutico, in quanto questo può comportare decisioni prese con urgenza, quando al contrario vi era necessità di maggiori tempistiche per soppesare rischi legati al concepimento futuro e quelli inerenti alla sopravvivenza personale (Kim et al., 2012; Srikanthan et al., 2016).

In ultima analisi, maggior attenzione clinica e sanitaria necessita di essere investita sui racconti provenienti dalle donne stesse riguardanti il loro particolare processo soggettivo di elaborazione narrativa di significati e valori (Loren et al., 2013), infine, ad una comunicazione completa rispetto ai rischi genetici a cui possono intercorrere futuri figli biologici, che rispecchiano per la maggior parte delle donne reali preoccupazioni, ansie e sensi di colpa nell'immaginare una futura maternità (Azim et al., 2011; Black et al., 2020).

### **1.5 La comunicazione tra supporto e relazionalità**

All'interno di un'assistenza oncologica che gestisce l'impatto psicofisico sulle donne precedentemente esplorato, gli aspetti comunicativi rappresentano alcuni tra i pilastri fondanti di cui i medici si devono occupare nella presa in carico di donne con tumore al seno, in cui risultano rilevanti sia le caratteristiche comportamentali non verbali e verbali dell'interazione con le pazienti, sia il contenuto delle conversazioni che hanno luogo con quest'ultime (Parker et al., 2009; Quinn et al., 2009). La gestione della cura delle donne, infatti, risente delle modalità con cui vengono raccolte informazioni salienti legate all'anamnesi, sintomatologia e timori legati al cancro (Neuhauser & Kreps, 2008), e come le informazioni funzionali ad una adeguata comprensione e partecipazione alle alternative terapeutiche vengono divulgate, infine il supporto e l'incitamento delle pazienti all'interno di una relazione costruita sulla base di confidenza, stima e soddisfazione

rispetto al lavoro clinico in corso (Moran et al., 2013). In modo analogo, persuadere le persone nell'adottare comportamenti consoni al mantenimento della loro salute psicofisica attraverso una comunicazione sanitaria mirata ed efficace risulta un aspetto altrettanto fondamentale, tale da ricoprire un ruolo cruciale nel controllo e prevenzione al cancro (Kreuter et al., 2007; Kratzke et al., 2013). Nello studio condotto da Occa & Suggs (2015) con 194 donne aventi tumore al seno, sono state considerate in particolar modo le differenze tra comunicazione didattica e narrativa nell'atteggiamento a sottoporsi a screening e autoesame del seno, su consapevolezza e padronanza delle conoscenze inerenti agli esami diagnostici indicati, infine, verificarne le eventuali associazioni con strategie di comunicazione implementate, quali collezioni di testi, grafici, immagini e video (Armstrong et al., 2011; Aronson et al., 2012). È stato dimostrato come l'esposizione a queste strategie concorra a migliorare positivamente conoscenze, intenzioni e atteggiamenti consapevoli all'informazione preventiva (Atanga et al., 2012): nello specifico, i messaggi veicolati narrativamente come storie di casi, aneddoti e testimonianze hanno influenzato maggiormente l'intenzione e l'atteggiamento propositivo dimostrato (Hoeken & Fikkers, 2014); invece, la trasmissione di contenuti didattici e di apprendimento hanno assorbito un effetto rilevante sulle conoscenze acquisite e sul bagaglio di consapevolezze (Bloju & Stan, 2013). Questi risultati hanno infine evidenziato in modo generale maggior apertura da parte delle partecipanti nel sottoporsi a visite mediche, esami al seno, ecografie e mammografie, anche se non raccomandate (Bențea & Anghelache, 2012).

La comunicazione si inserisce in parallelo anche in un'ottica di supporto sociale in grado di influenzare gli esiti clinici del carcinoma, sulle modalità di adesione ai principi guida dello screening e alle particolari raccomandazioni mediche e terapeutiche (Smalls et al., 2018): la rete informale attorno alle pazienti permette una connessione sociale di scambio informativo, per esempio rispetto a danni e benefici di un'alternativa terapeutica, di condivisione esperienziale, di rafforzamento dell'autostima e di sostegno nel momento nel processo decisionale e risolutivo di problematiche (Thompson et al., 2016). Quanto detto permette non solo un'acquisizione ulteriore di conoscenze e una maggior socievolezza, ma anche opportunità di gestire le emozioni negative grazie ad un supporto emotivo impattante sulle possibilità di sopravvivenza (Bardach et al., 2011). D'altra parte, la letteratura ha segnalato sovente il rischio di incorrere in un declino di relazioni sociali

in pazienti che affrontano malattie gravi e invalidanti (Thompson et al., 2013): la malattia può attuare forti costrizioni della rete sociale che limitano le opportunità di interazione e scambio nella vita di donne con tumore al seno, le quali possono scegliere di cambiare stile di vita dopo la diagnosi, ritirandosi da una dimensione lavorativa poco soddisfacente, da attività e contatti sociali effettivi (Chou et al., 2010). In tale ottica, il sostegno proveniente dall'eventuale presenza di un partner, degli amici e della rete familiare è stato ampiamente associato ad un maggior atteggiamento combattivo nell'affrontare la malattia, maggior implementazione di strategie di coping e, dunque, maggior benessere esperito (Belcher et al., 2011; Thoits, 2011). Al contrario, in assenza di un supporto, può persistere un manifestarsi costante di disagio psicologico tra sintomi ansiosi e depressivi, correlato, inoltre, ad un utilizzo di strategie disfunzionali, come evitamento cognitivo ed eccessiva preoccupazione (Calderon et al., 2021). In generale, va considerato come le relazioni sociali possano influire sia negativamente che positivamente sulla sopravvivenza delle donne, come esemplifica lo studio di Kroenke et al. (2012): da una parte, l'essere coniugate e disporre di un buon supporto sociale su cui contare poteva contribuire a ridurre tassi di mortalità al tumore post-diagnosi (Cousson-Géalié et al., 2011); al contrario, quest'ultimi si innalzavano in presenza di un'ampia rete sociale correlata ad un carico sociale elevato, causato dallo sperimentare di sovente tensioni relazionali, stress o obblighi nel fornire assistenza a familiari e amici, togliendo tempo alla propria cura di sé (Holt-Lunstad et al., 2008). In termini generali, risulta rilevante constatare quanto i contatti sociali attorno alle donne possano alleviare la gestione di sintomatologie negative caratterizzate da stress, impotenza, rabbia e ansia, permettendo loro di reagire con stili di coping adattivi (Miyamoto & Sono, 2012; Fekih-Romdhane et al., 2019).

Diverse importanti implicazioni cliniche sono state identificate nello studio osservazionale di Fisher et al. (2021) in quanto il supporto sociale si è dimostrato in grado di impattare sulla sintomatologia depressiva, l'interferenza del dolore, e sui livelli di fatica manifestata, riducendone l'intensità (Abrahams et al., 2018). Gli autori hanno inoltre sottolineato come attuare un supporto strumentale alle pazienti, per esempio aiutare nelle faccende domestiche o nello svolgimento di attività quotidiane, possa al contrario concorrere ad innescare maggior stanchezza e sintomi depressivi (Heo et al., 2014): è plausibile questo possa essere causato dall'insicurezza che si innesca rispetto

alle proprie abilità di gestione delle conseguenze psicologiche e fisiche della malattia (Kahangi & Mardanian-Dehkordi, 2018). Quanto detto esorta l'assistenza psicosociologica a concentrarsi nell'attuare e progettare piani di cura personalizzati per ciascun paziente e le strategie di fronteggiamento messe in atto (Cook et al., 2018), in modo tale da potenziarle e da incentivare comportamenti resilienti e proattivi; infine includere in tali considerazioni la necessità di identificare l'impatto delle relazioni e dell'annesso carico sociale sulla qualità della vita delle donne (Fong et al., 2017).

### ***1.5.1 Impatto sui legami familiari***

Nella gestione quotidiana dell'impatto di un tumore al seno, i legami e il sostegno psicoemotivo offerto all'interno del sistema familiare giocano un ruolo significativo nel fronteggiare la malattia (Van Dyke et al., 2018). A tal proposito, lo studio di Ali et al. (2014) si è posto di esplorare quali fossero le percezioni sulla relazione madre e figlia di giovani donne prima dell'avvento della diagnosi, l'annesso impatto dopo la scoperta della malattia e l'insieme di esigenze supportive esperite: la comunicazione di una diagnosi tumorale ha rafforzato positivamente il rapporto con le madri, le quali hanno rappresentato un sostegno stabile, pratico ed emotivo sin da subito, indipendentemente dai trattamenti in atto, dalla situazione clinica o dalla vicinanza fisica (Li & Loke, 2013; Zhu et al., 2021). Come sostenuto anche da ulteriori studi, la diagnosi tumorale fa emergere da un lato, nelle giovani pazienti, sensi di colpa e sofferenza per l'impatto della malattia sulla famiglia, d'altra, le preoccupazioni e timori dei genitori nel ritenersi possibili responsabili della trasmissione del tumore (Lynch et al., 2006; Schrank et al., 2016). La reazione della famiglia al manifestarsi della patologia può influire anche negativamente sulle capacità supportive delle pazienti, ragion per cui è necessario fornire loro adeguato sostegno psicoemotivo attraverso, per esempio, gruppi di sostegno e consulenze individuali (Astrup et al., 2020).

L'onere di chi in famiglia prenderà in mano la cura e l'accompagnamento nel percorso clinico del familiare colpito riguarda anche reali sfide comunicative impattanti il benessere stesso dei caregiver familiari, i quali detengono responsabilità assistenziali, di presa di decisione sui trattamenti da intraprendere e di condivisione delle informazioni inerenti a diagnosi e prognosi anche agli altri membri (Wittenberg et al., 2017; Testoni, 2020). Specifici interventi possono essere implementati sul carico comunicativo esperito

dai caregiver, tra cui interventi psicoeducativi di potenziamento nelle abilità comunicative e di coping, nonché interventi focalizzati sull'incentivare capacità di autocura nella gestione fisica (Fletcher et al., 2012). L'impatto sui familiari è sottolineato ulteriormente nello studio condotto da Benson et al. (2014): i parenti di primo grado, figli adulti e giovani, in particolare di sesso femminile, sembrano poter riscontrare diverse difficoltà rispetto alla diagnosi ricevuta dal genitore, ragion per cui comunicare loro notizie destabilizzanti e gestirne le reazioni ha rappresentato una fase particolarmente difficile da attraversare, soprattutto se i figli erano lontani da casa, di giovane età e già sofferenti sul tema (Johansen et al., 2018). La notizia del loro tumore al seno ha reso i figli spesso confusi, timorosi, oppressi e stressati dai cambiamenti di ruoli all'interno del sistema familiare (Stenberg et al., 2014).

### ***1.5.2 Difficoltà comunicative nella coppia***

Una diagnosi di carcinoma mammario è un evento stressante che può avere ripercussioni significative anche sul funzionamento familiare e di coppia, da cui solitamente deriva il sostegno emotivo, strumentale e sociale di cui le pazienti dispongono (Naaman et al., 2009): una recente revisione a cura di Rajaei et al. (2020) inquadra l'esperienza di coppia rispetto al tumore come un fatto diadico interdipendente, in cui ne risente la salute psicofisica di entrambe le parti nel momento in cui avvengono disabilità fisiche e cambiamenti di ruolo legate alla malattia, il peso delle nuove responsabilità assistenziali sul partner e annessi sentimenti di ansia e potenziale perdita, che possono sfociare in uno stress interpersonale caratterizzato da un flusso comunicativo incerto e teso (Feldman & Broussard, 2006; Sprung et al., 2011). Appare, dunque, sempre più essenziale per la coppia il passaggio di integrazione di tale situazione nei meccanismi relazionali che li riguardano e che sono volti a preservare la qualità del funzionamento duale (Manne et al., 2013). Nello specifico, la qualità della relazione può dipendere fortemente dalle modalità con cui i partner comunicano tra loro gli ostacoli e i fattori stressanti, come possono esserlo le esigenze personali di entrambi e la progressione del tumore (Acquati & Kayser, 2019), in linea con gli stili di coping e i processi di adattamento (Regan et al., 2015), che possono quindi impattare equilibri esistenti o precedenti disequilibri nelle relazioni coniugali e sentimentali. In quest'ottica, lo studio di Antoine et al. (2013) si è concentrato nel far emergere l'esperienza vissuta in termini diadici da 11 giovani coppie che attraversavano una fase clinica caratterizzata dalla somministrazione della terapia

ormonale, le quali inizialmente hanno sottolineato reciprocità nel sostenersi e nell'avvicinarsi; tuttavia, solo in un secondo momento emergevano discrepanze tra visioni, percezioni e intenti tra i membri della coppia e i loro parenti (Friðriksdóttir et al., 2011). Il partner, accompagnato dalla cerchia familiare alla coppia più stretta, non sembrava notare segni invalidanti del tumore tali da non poter riprendere un funzionamento di vita e di coppia "normale", facendo in modo che le donne si sentissero sole e non riconosciute nella loro sofferenza (Rosedale, 2009). All'interno di un buon funzionamento coniugale e di coppia, la "consapevolezza relazionale" sembra rappresentare un ulteriore aspetto da tenere in considerazione, poiché in grado di predire più soddisfacenti livelli di condivisione e auto-rivelazione, di conseguente percezione delle reazioni e risposte ricevute dal partner, infine, di comunicazione e intimità nei discorsi inerenti la relazione (Vanlemmens et al., 2012; Wagner & Bigatti, 2015). Come sottolinea la letteratura, la consapevolezza si esplica nel dialogare esplicitamente sulla soddisfazione percepita rispetto alla relazione, di come mantenere intimità nella vicinanza e nel far fronte al futuro, nel condividere timori legati al cancro (Dorval et al., 2005; Chung & Hwang, 2012). Quanto detto permette di affrontare al meglio dinamiche relazionali caratterizzate da comunicazioni diadiche talvolta disfunzionali, in cui per proteggersi a vicenda, i partner spesso sceglievano di omettere quanto provavano, spingendo la coppia verso una ridotta accettazione dei comportamenti dell'altro e una minor gestione regolativa di emozioni, atteggiamenti e cognizioni (Fergus & Gray, 2009; Badr et al., 2010; Dorros et al., 2010). In conclusione, la letteratura sottolinea la necessità di individuare in termini di ricerca e progettualità nel contesto clinico delle modalità di fronteggiamento delle coppie in quanto questo può aiutare nel comprendere se l'intimità relazionale viene preservata in momenti così sfidanti (Li & Loke, 2014); valutare e incentivare la presenza di capacità risolutive, comunicative e cooperative, il cosiddetto "coping comunitario" tra i due partner, che si uniscono nell'affrontare problematiche collettive e non solo individuali (Lopez et al., 2012); adattare gli obiettivi di comunicazione ad ogni specifica coppia e considerarne gli impatti sull'intimità (Badr & Carmack Taylor, 2009).

## CAPITOLO II

### “NARRAZIONE E COSTRUZIONE DI SENSO NELL’ESPERIENZA DI LUTTO ANTICIPATORIO E CRESCITA POST TRAUMATICA”

#### 2.1 Simbologia del seno e ferite identitarie nell’universo femminile

Nella maggior parte delle culture contemporanee, il seno è rappresentazione simbolica di vitalità, maternità, femminilità e bellezza, ma anche terreno significante, culturale e politico dove si ergono dialoghi coinvolti nell’individuare e controllare socialmente la femminilità (Young, 2005; Rubin & Tanenbaum, 2011): la relazione instauratasi tra ciascuna donna e il proprio seno risulta raramente imparziale e neutrale, in quanto coinvolge costantemente il contesto storico e socio-culturale in cui si inserisce e che dunque la plasma (Webb et al., 2018). In linea con ciò, riconoscere tale valenza storica e culturale nell’immergersi di processi particolari di costruzione di significati attorno al seno consente di avvicinarsi ad una comprensione realistica dell’impatto delle narrative sulle donne che affrontano un tumore al seno e sulle conseguenti decisioni da prendere in merito ad operazioni di ricostruzione del seno (Lammer et al., 2007; Martino et al., 2016a; Ogrodnik et al., 2017). È nel meccanismo discorsivo all’interno di interazioni sociali che in effetti si intrecciano simboli e pratiche culturali in grado di comunicare ciò che per la società è reso “accettabile”, realistico, conforme e “vero”, al punto di influenzarne i significati singoli e personali (Jirek, 2017). Da un punto di vista di sviluppo femminile, il seno si configura come prima manifestazione corporea e visibile dell’inizio della pubertà nel periodo adolescenziale, in cui i compiti evolutivi convergono prioritariamente nell’identificazione della propria identità (Young, 2005; Caldwell, 2016): la sfera personale si interseca ulteriormente con le risposte sociali alla visibilità del seno, arricchite di aspettative e pressioni culturali che influenzano fortemente le modalità con cui le giovani donne si relazionano al loro seno, al loro senso del sé e sul loro sentirsi parte del mondo (Perusek, 2012). In aggiunta, per la nostra società, il seno si configura essere anche simbolo di desiderio e sessualità (Emilee et al., 2010), oltre che ad associarsi alla realtà femminile della maternità e dell’allattamento, spesso simbolicamente percepito come “non sessuale” (Johnston-Robledo et al., 2007), contribuendo a trasmettere il messaggio che il seno fa parte di un dominio pubblico a discapito del senso di proprietà intimo e diretto della donna (Claesson et al., 2018). La retorica sociale attorno

all'allattamento materno rappresenta un ulteriore esempio di pressione socio-culturale a discapito delle donne (Bartlett, 2005): da un lato, la disapprovazione convogliata nei confronti di coloro che non possono o scelgono di non allattare i propri figli, in quanto accusate di “negare” le responsabilità inerenti il loro ruolo biologico e di essere, dunque, “egoiste” e “pigre” (Forbes et al, 2003; Johnston-Robledo et al., 2007; Andrew & Harvey, 2010), dall'altro, viene espresso un particolare disagio a livello sociale nei confronti dell'allattamento come atto in sé, tanto da essere innescare dibattiti inerenti all'adeguatezza o meno di allattare negli spazi pubblici (Mulready-Ward & Hackett, 2014). Al contrario, il seno può simboleggiare anche una controparte di empowerment e acquisita realizzazione personale, sulla scia di un'identità sessuale femminile in cui il seno può essere luogo corporeo intimo coinvolto nel trarre e condividere piacere sessuale (Arikan et al., 2020). Il cancro al seno può incidere nella vita di donna apportando significativi cambiamenti nelle modalità con cui la donna percepisce se stessa da un punto di vista intra-personale, inter-personale e corporeo (Carter et al., 2013; Lewis-Smith et al., 2018): la perdita di un seno o di entrambi i seni, così come la perdita dei capelli, costituiscono reali perdite di parti di sé e ferite identitarie (Tacon, 2011; Fingeret et al., 2013) che possono scatenare sentimenti di disprezzo verso sé stessi, umiliazione e paura di essere trattate “diversamente” a causa dello stigma sociale negli spazi pubblici (Koutri & Avdi, 2016). Nella trama di vita di ciascuna donna, la perdita del seno legato alla mastectomia può causare in effetti una forte discrepanza tra il “Sé e il corpo” e le aspettative sociali sull'essere donna (Sun et al., 2017): la sensazione di sentirsi alienate dal proprio corpo, percepire quest'ultimo come torace mutilato e sfregiato, indesiderabile alla vista e in disarmonia poiché asimmetrico (Lindwall & Bergbom, 2009; Ehlers, 2014). Il “nuovo corpo” può comportare un sentirsi costantemente manchevoli di un'integrità corporea e insicuri a causa della perdita dell'aspetto fisico femminile in precedenza, mettendo così in discussione, attraverso il lutto del corpo avuto in passato, le dimensioni emotive, sociali, relazionali, fisiche e simboliche alla base di un'identità femminile in crisi (Piot-Ziegler et al., 2010; Munhoz et al., 2011). L'impatto della perdita del seno come perdita di parti identitarie legate al sé si elargisce anche alla considerazione sull'influenza sulle relazioni sentimentali e intime con il partner, in cui può avvenire un cambiamento nella vita sessuale e nei comportamenti legati al seno mancante, portando ad un minor interesse sessuale esperito



(Bakht & Najafi, 2010; Gilbert et al., 2013; Pillai-Friedman & Ashline, 2014). La deturpazione vissuta si può accompagnare anche ad un senso di stigmatizzazione, affrontato dalle donne attuando strategie di isolamento dalla rete sociale nel tenere al sicuro il proprio “corpo sfigurato”, evitando il sostegno offerto dalle persone circostanti (Fallbjörk et al., 2012; Brunet et al., 2013). Per alcune donne, la perdita del seno può rappresentare una conseguente perdita dell’opportunità di allattare in futuro i loro figli (Azim et al., 2008). La ricerca in ambito psico-oncologico si è concentrata particolarmente sull’impatto dei regimi di trattamento sull’immagine corporea e il funzionamento fisico, esplorandone da un lato l’influenza dei cambiamenti transitori legati ad alterazioni fisiche successive alla radioterapia e chemioterapia, come le fluttuazioni di peso o la perdita persistente di capelli (Lemieux et al., 2008; Baati et al., 2010); dall’altra i mutamenti corporei irreversibili come nel caso della doppia mastectomia (McGaughey, 2006). Si osservano difficoltà frequenti nel rapportarsi alla propria immagine corporea, in quanto è comune la percezione nelle pazienti di sentire di aver perso il controllo sul proprio corpo, il quale può essere visto dopo il cancro come una minaccia per la loro vita o motivo di disagio (Snöbohm et al., 2010; Ervik & Asplund, 2012). Tali ripercussioni sugli aspetti più intimi dell’identità e della corporeità che le donne affrontano nel loro percorso di malattia (Lehmann et al., 2015) coinvolgono l’influenza di discorsi culturali dominanti all’interno della società a cui le donne sono esposte, i quali spingono al conformismo sociale e alla divulgazione dell’espressione di femminilità generalmente accettata dalla società (Perusek, 2012), e che possono complicare in ultima istanza le decisioni da prendere in vista di una possibile ricostruzione del seno (Herndl, 2009). In merito alla possibilità di mastectomia e ricostruzione del seno, possono presentarsi, oltre che a disparità sanitarie in merito (Rubin et al., 2013), posizioni fortemente contrastanti nelle donne, tra chi sostiene la sola mastectomia possa rappresentare una scelta libera e sfidante i dogmi dominanti che veicolano definizioni ristrette di femminilità, e chi, invece, si percepisce influenzata dalle critiche sociali e dai significati culturali attorno la ricostruzione mammaria (Báez-Hernández, 2009), individuando nella ricostruzione una strategia che consente maggior mimetizzazione e controllo sull’espressione del proprio corpo nell’apparenze ed interazioni sociali (Rubin & Tanenbaum, 2011). Inoltre, l’operazione chirurgica può rappresentare per alcune l’idea di acquisire un senso di “normalità” e “completezza”, rimodellando un “nuovo” corpo

dopo il cancro (Alderman et al., 2007). Quanto detto sottolinea l'importanza di modelli di cura sanitari in grado di prendere in considerazione le diverse sfumature di significato e facilitare un processo decisionale consapevole sul trattamento chirurgico (Denford et al., 2011). Tuttavia, attraverso la creazione di nuovi significati risulta possibile organizzare i pensieri attorno all'accettazione della sofferenza, rielaborare in modo positivo lo shock iniziale dovuto all'evento traumatico della diagnosi e attuare un meccanismo di fronteggiamento verso un nuovo senso di normalità (Ching et al., 2012; Asiedu et al., 2014), adattamento e accettazione di sé stessi (Mulkins & Verhoef, 2004; Park et al., 2009). Ne è un esempio lo studio qualitativo costruzionista condotto da Rashidi et al. (2020), il quale ha esplorato in modo particolare il processo di creazione di significato legato al mutamento identitario di donne aventi avuto il cancro al seno, come supportato da studi precedenti (Ching et al., 2011; Koutri & Avdi, 2016; Berman et al., 2020). In particolar modo, si è discusso con le partecipanti del proprio "Sé malato" iniziale, focalizzato sul disagio psico-emotivo causato dalla diagnosi, e il "Sé che affronta la malattia" successivo, orientato ad un'integrazione della malattia e ad una crescita post-traumatica, sino a condursi ad un "Sé trasformato", che ha coinvolto le sopravvissute in un processo trasformativo inerente alla creazione di nuovi significati, appropriazione psicologica dell'evento traumatico e ad un senso di empowerment in grado di permeare una nuova immagine di sé (Park et al., 2009; Baglama & Atak, 2015; Phipps, 2018; Engebretsen & Bjorbækmo, 2020). Questo processo di costruzione simbolica rispetto all'immagine di sé e l'esperienza di cancro si articola ulteriormente nella fase di guarigione e conclusione delle terapie, in cui le donne possono riscontrare difficoltà a ristabilire significati sul proprio Sé legato alla sopravvivenza (Williams & Jeanetta, 2015): nonostante i significati positivi attribuiti a quest'ultima, le donne possono dover lottare contro le minacce preoccupanti di recidiva e possedere convinzioni di non meritare il titolo di "sopravvissute" per non ritenere sufficientemente grave la loro esperienza oncologica (Kaiser, 2008). Quanto detto può portare l'attenzione clinica alla considerazione dell'incapacità a livello culturale di costruire concezioni sul cancro in grado di comprendere e riflettere la completezza dell'esperienza vissuta, rendendo costantemente necessaria un'assistenza sanitaria ed empatica in linea con i reali vissuti delle donne (Sadler-Gerhardt et al., 2010).

## **2.2 Costruzione semiotica e processi narrativi nell'esperienza traumatica di malattia**

Definizioni esemplificative delle terminologie di “significato” e “creazione di significato” possono risultare problematiche per la natura multidisciplinare di questo ambito specifico e la complessità dei concetti collegati (Collie & Long, 2005), per cui, nel comprendere il processo di creazione di senso in un contesto di tumore al seno, può essere utile concentrarsi nel creare condizioni favorevoli per le donne alla costruzione di nuovi significati, riconoscere come valide le attribuzioni di senso che emergono e intervenire attivamente nel tentativo di mutare i discorsi e le narrative dominanti che limitano il processo simbolico stesso (Boals, 2012; Schutte et al., 2012; Martino et al., 2013; De Luca Picione et al., 2018). In termini narrativi, l'esperienza di tumore al seno ha le potenzialità di innescare una crisi nei meccanismi caratterizzanti il funzionamento tra mondo interno ed esterno, intralciando il senso di continuità nel tempo che regola la personale storia di vita e i particolari processi di costruzione di significato (Boals et al., 2011; Adams et al., 2011; Neimeyer, 2019), attivando quindi un'urgenza narrativa e creativa che promuove l'organizzazione di nuovi significati e collegamenti tra i diversi elementi esperienziali (Brockmeier, 2009; Martino et al., 2015; De Luca Picione, 2020). A tal proposito, lo studio longitudinale di Martino et al. (2021b) si è focalizzato nell'analizzare le modalità principali con cui i processi narrativi di costruzione di significato si articolano nell'esperienza di tumore al seno nelle donne aventi un'età inferiore ai 50 anni, nelle prime tre fasi del trattamento: in termini temporali, è stata notata sin da subito un'evoluzione narrativa che partiva da un'iniziale funzionamento psicologico privo di connessione tra sé e l'esperienza dopo l'insorgenza della diagnosi, fino all'integrarsi e ricostruirsi successivamente di parti dell'esperienza stessa, tramite un passaggio di ricerca di significato nell'evento e connessioni tra sé e l'esperienza, da modalità generali e vaghe a modalità esternalizzanti che collegano il sé all'esperienza in corso (Hall, 2010; Esposito et al., 2016; Bolton & Isaacs, 2018; De Luca Picione et al., 2019). In aggiunta, da una prospettiva vissuta emotivamente, si è associato l'esordio della malattia a modalità pervasive che incontrano poche connessioni possibili tra parole ed emozioni allo stato grezzo, la comunicazione di referti medici, infatti, possono causare una disconnessione tra l'esposizione al carico emotivo e la capacità di pensiero come meccanismo di difesa, per cui risulta difficile trovare le parole adeguate allo shock vissuto (Rasmussen & Elverdam, 2007; Jones et al., 2013). Nella terza fase definita “incarnata”,

invece, l'evoluzione incontra il corpo che manifesta la sofferenza fisica e mentale per le terapie mediche e farmacologiche (Arena et al., 2007; Adams et al., 2011). Da un punto di vista interpersonale, si sviluppano forme di organizzazione del sé-altro in cui si celano i propri sentimenti agli altri per proteggere il loro benessere fino a raggiungere forme di supporto pratico ed emotivo per il sé date dalla vicinanza con gli altri nelle fasi durante e successive ai trattamenti (Martino et al., 2019a; Martino et al. 2021a). In uno studio che ha esplorato le differenze narrative di donne in diversi momenti temporali dopo la diagnosi di cancro al seno (Martino et al., 2019b), attraverso osservazioni e analisi effettuate nei blog oncologici italiani, sono emerse tematiche che principalmente si focalizzavano su aspetti medici dell'esperienza, riscontrando un contenimento confortante e fiducioso delle emozioni legate alla malattia grazie al ricorso ad un linguaggio tecnico-medico, sul corpo come destinatario di preoccupazioni per l'immagine fisica e l'identità lavorativa sconvolta dal cancro, sull'accettazione della sofferenza e, infine, sulla possibilità di esprimere le proprie emozioni, costruendo su tale base legami di senso inerenti la propria esperienza (Hoyt & Pasupathi, 2008; Heilferty, 2009; Coll-Planas & Visa, 2016). In questi termini, il blog appare come strumento di contenimento emotivo e di condivisione di narrazioni online autentiche che esprimono la necessità delle donne di elaborare le proprie emozioni, mantenere una temporalità delle trasformazioni e un senso di continuità di vita (Keim-Malpass et al., 2013; Kim & Lee, 2014). In modo analogo, De Boer & Slatman (2014) hanno analizzato le modalità con cui le donne con cancro al seno dessero un senso al proprio Sé attraverso il racconto delle proprie esperienze soggettive all'interno di un weblog come mezzo di comunicazione (McCosker, 2008; Esposito et al., 2016): la progressione osservata delle diverse narrazioni di sé, che si mescolano e si sovrappongono in maniera alternativa e differente, implica uno specifico processo di creazione di senso non lineare e mai definitivo, diretto principalmente alla riappropriazione di sé stesse dopo un'iniziale estraneità, mentre permane un senso di alienazione (Kaiser, 2008; Ettridge et al., 2022).

Il tumore attua un cambiamento profondo nel modo intimo di relazionarsi con il proprio sé che si riflette inizialmente nelle modalità con cui le donne si percepiscono frammentariamente come pazienti oncologiche e donne sfigurate (Pujol, 2012; Paterson et al., 2016); tuttavia, ad un certo punto delle loro narrazioni, può avvenire un cambiamento legato ad una fase transitoria di particolari "riti di passaggio" attraverso i

quali ristrutturano le loro storie frammentate e alienate in racconti coerenti, in cui le donne tornano ad abitare con impegno il loro sentirsi un Sé incarnato in un contesto di vita, narrandosi come donne sopravvissute o “sfigurate”, e accedendo alla possibilità di una maggior libertà nella narrazione di sé (Waters et al., 2013; De Boer & Slatman, 2014; Martino & Freda, 2016). In linea con quanto precedentemente affermato, quindi, la funzione narrativa si configura come essenziale componente del processo esperienziale che tende all’unificazione e costruzione di sintesi interne di elaborazioni di senso tra il proprio Sé e il mondo circostante, consentendo di sperimentare un necessario senso di continuità e coerenza attraverso il concatenarsi di storie personali in uno spazio intersoggettivo di vita (Tronick, 2010; De Luca Picione et al., 2018; Martino et al., 2019a;). Pertanto, all’interno di un’esperienza di cancro al seno, la narrazione può rappresentare una risorsa estremamente funzionale nel riconfigurare le prospettive temporali prima e dopo la malattia (Gillies & Neimeyer, 2006; Waters et al., 2013; Hu et al., 2021), promuovere l’adattamento e l’attivazione di strategie di coping rispetto alla malattia, ritrovando un contatto intimo emotivo precedentemente evitato (Quattropiani et al., 2018). Questi processi trasformativi volti alla ricerca di un senso riconfigurato di volta in volta all’esperienza di malattia (De Luca Picione & Valsiner, 2017) possono non solo alleviare l’angoscia e la sofferenza delle pazienti, ma facilitare una possibilità di crescita a seguito di esperienze di perdita, attraverso l’assimilazione delle stesse nelle storie di sé condivise con gli altri o la riorganizzazione attiva delle credenze e narrazioni di sé (Currier et al., 2006; Neimeyer et al., 2010; Testoni et al., 2017).

### ***2.2.1 Meaning of Loss Codebook nella ricostruzione di significato***

Come è stato precedentemente argomentato, l’esperienza di cancro al seno espone le donne ad un percorso caratterizzato da problematiche fisiche e psicosociali legate non solo alla sperimentazione di una ridotta qualità di vita, ma anche agli effetti collaterali dei trattamenti, degli interventi chirurgici e dell’eventuale asportazione del seno, i quali possono provocare sentimenti negativi e difficoltà in termini di immagine corporea, preoccupazioni sessuali e aumento di disagio psicologico nelle relazioni interpersonali (Fallowfield & Jenkins, 2014). Questi cambiamenti nel funzionamento quotidiano e nella percezione di sé appartenenti all’esperienza di malattia sono in grado di produrre una serie di perdite inevitabili e sconvolgenti, come, ad esempio, la percezione di perdite di parti

di sé femminili in seguito all'asportazione del seno o la riduzione delle possibilità di concepire in seguito a trattamenti fisicamente invadenti (Levasseur et al., 2020). Quest'ultime espongono le donne non solo ad un processo costante di cambiamento della propria identità e ricerca di vantaggi, ma anche ricostruzione di significato espresso nella possibilità di rivisitazione, rinnovazione e rivalutazione delle strutture di significato precedenti l'esperienza di perdita, orientato eventualmente a nuove strutture di significato che permettono di ridurre l'angoscia e creare una visione nuova attraverso cui vedere il mondo, come avviene quando si perde una persona cara (Gillies & Neimeyer, 2006; Lee, 2008; Davis & Morgan, 2008; Coleman & Neimeyer, 2010; Efran et al., 2013; Neimeyer, 2019). Nello studio condotto da Carr e colleghi (2022), volto ad esplorare l'influenza dei timori legati la fertilità sulla creazione di significato e il disagio esistenziale esperito tra pazienti con cancro al seno, sono emerse tematiche legate al tumore e al suo impatto particolare sulla possibilità di concepire, espresse nel disagio legato alla perdita percepita della femminilità, nei cambiamenti fisici influenti sull'identità di genere e nel crearsi di una "visione distrutta", in seguito all'impatto che l'infertilità poteva assumere sul significato e sullo scopo di vita. Lo studio sottolinea come nel processo di costruzione di senso e adattamento di aspetti inerenti collegati alla malattia, si possano affrontare le difficoltà e la perdita di significati rivalutando le proprie priorità nella vita, creando nuovi significati alla perdita della propria identità precedente, aumentando così la propria resilienza (Lichtenthal et al., 2017; Breitbart et al., 2018). Dunque, l'esperienza di perdite influenti nell'andamento e qualità di vita di ciascuna donna può avvicinarsi per somiglianza ai meccanismi sottostanti il vissuto di lutto, il quale, allo stesso modo, può presentarsi come un tentativo di ricostruzione di una rete di significati, messa in crisi dalle difficoltà attuate dalla perdita stessa (Cordova et al., 2007; Froude et al., 2017; Walsh et al. 2018). In quest'ottica, il potenziale di una psicoterapia costruttivista risiede principalmente nel favorire strategie di creazione di significato che permettano di ricostituire racconti di sé coerenti dove il senso di perdita risulta integrato, come la scrittura terapeutica, tecniche di visualizzazione creativa e immaginativa, l'utilizzo delle metafore in senso generativo (Lee et al., 2006; Liamputtong & Suwankhong, 2015). Tale occasione di attribuire costantemente un significato nuovo si costituisce conseguentemente come portatrice di crescita e cambiamento, grazie all'utilizzo dei sistemi di credenza culturalmente disponibili che permette un'interpretazione continua

delle esperienze, l'orientamento delle azioni verso obiettivi individuali significativi e la coordinazione dei propri rapporti interpersonali con gli altri (Kelly, 2002; Lindstrom & Triplett, 2010; Freitag et al., 2011; Testoni et al., 2018a).

Nell'analizzare esperienze di fronteggiamento e adattamento alla perdita e al lutto, è stato sviluppato un sistema completo di codifica che risulta valido nell'analisi di significati creati successivamente alla perdita di una persona vicina, il "Meaning of Loss Codebook" (MLC) (Gillies et al., 2014), il quale si configura come un insieme di codici rappresentati da 30 categorie legate a temi positivi quanto negativi, emersi in esperienze di lutto dove si è cercato di dare un senso alla morte di una persona amata (Holland & Neimeyer, 2010; Alves et al., 2012). In particolare, il MLC offre il vantaggio di comprendere una rappresentazione completa dei significati costruiti durante l'adattamento al lutto, che si può ampliare alla considerazione di situazioni difficili di perdita nell'immagine di sé e nella quotidianità (Holland et al., 2006; Lichtenthal et al., 2010; Lichtenthal et al., 2011; Neimeyer, 2011; Burke et al., 2014; Testoni et al., 2021a) tra cui: liberazione dalla sofferenza, accettazione, crescita personale, compassione, valorizzazione delle relazioni, impermanenza, apprezzamento, spiritualità, preparazione del defunto alla morte, cambiamento nello stile di vita, legami familiari e valorizzazione della vita. Inoltre, sono emerse tematiche legate all'assenza di significato e mancanza di comprensione che hanno consentito di riconoscere e comprendere ulteriormente le risposte di chi esternalizzava un proprio senso di rassegnazione o una lotta continua con un processo ruminativo di costruzione di senso. In aggiunta, si sono manifestate tematiche a valenza negativa, come il rimpianto del defunto, la perdita di innocenza e identità, sentimenti negativi e rimpianto. Dunque, il MLC con la sua mappatura di significati con sfumature positive e negative può rappresentare uno strumento utile anche nell'implementazione di ricerche future rivolte a chiarire se quest'ultimi sono in grado di predire il disagio evocato dal lutto, il benessere e la crescita personale delle persone coinvolte (Casellas-Grau et al., 2013; Testoni et al., 2017; Bellet et al., 2018; Hall et al., 2019). Come prove di validità, è stata sottolineata la convergenza di schemi di codifica e misure di self-report esistenti, nonché la sovrapposizione tra tali temi con altri identificati in diversi studi incentrati sul processo di creazione di significato nel lutto con metodologie confrontabili (Davis et al., 1998; Murphy et al., 2003; Steger et al., 2006; Manne et al., 2009; Coleman & Neimeyer, 2010; Lichtenthal et al., 2010; Neimeyer & Sands, 2021). Il sistema, costruito sulla base di

un'analisi qualitativa che ha coinvolto un campione di circa 162 adulti in lutto per perdite naturali o improvvise, ha riscontrato un'eccellente affidabilità e un ruolo utile nel guidare la comprensione delle manifestazioni di senso prodotte in un contesto di lutto, nello studio di processi ed esiti delle terapie sul lutto e del ruolo della scrittura in prima persona nei blog e nei diari durante eventi traumatici di perdita, infine, nel contesto clinico di valutazione dei significati manifestati negli interventi professionali di supporto (Davis & Morgan, 2008; Hooghe & Neimeyer, 2012; Currier et al., 2012; MacKinnon et al., 2013).

### **2.3 Lutto anticipatorio e ansia di morte**

Nell'avvicinarsi ad una comprensione del lutto anticipatorio, quest'ultimo può essere delineato come un insieme di reazioni che possono prevedere sentimenti intensi di negazione, tristezza, ansia da separazione, delusione, risentimento, senso di colpa, disperazione e solitudine esistenziale (Garand et al., 2012), rappresentando una serie di risposte emotive che riguardano non solo la morte imminente e inevitabile, ma anche la perdita di identità e funzioni, cambiamenti di ruolo improvvisi e dolorosi (Shore et al., 2016). È dunque un lutto esperito non solo dal malato terminale o dal paziente oncologico che riceve una diagnosi difficile, ma può manifestarsi allo stesso modo nella rete amicale, familiare e sanitaria, attraverso dimensioni emotive, cognitive, fisiche, relazionali e spirituali (D'Antonio, 2014). Per quanto fortemente dolorosa, un'esperienza di lutto anticipatorio può essere vantaggiosa nella misura in cui fornisce un tempo di preparazione e sviluppo di capacità utili per far fronte ai futuri cambiamenti destabilizzanti e inevitabili (Hottensen, 2010). In particolare, diverse teorizzazioni in letteratura si sono occupate di analizzare la tematica inerente al lutto anticipatorio come dolore manifestato a seguito della previsione di una perdita grave: inizialmente, si menzionano i contributi dello psicoanalista Erich Lindemann (1944) e dello psichiatra Colin Murray Parkes (Parkes & Weiss, 1983) nell'ambito della teoria dell'attaccamento, all'interno della psicologia tanatologica, invece, sono stati fondamentali i contributi di Therese Rando (2000) ed Elisabeth Kubler-Ross (1974), le quali hanno sottolineato il sottile contrasto caratterizzante tale stato psicologico, oscillante tra il valorizzare la ricchezza del qui ed ora e la consapevolezza imminente della terminalità. Le autrici hanno osservato l'innescarsi di una fase depressiva a partire dalla presa di coscienza di dover morire o



affrontare la dipartenza di qualcuno che si ama, poiché si è creata una rappresentazione della situazione che si teme senza aver colto chiaramente il significato autentico sottostante (Testoni, 2020). La contraddittorietà esistente tra il rappresentarsi una perdita finale inevitabile nel momento in cui il malato risulta ancora in vita è in grado di causare forte ambivalenza e dissonanza cognitiva (Loen & Snyder, 1979). In aggiunta, tale fenomeno vissuto in prima persona da chi era prossimo alla fase finale della sua vita, in vista del decadimento funzionale del proprio corpo, dei progetti futuri, delle speranze e della propria autonomia nella vita quotidiana (Rando, 1986), presentava somiglianze con processi inerenti il lutto completo, come sottolineato da Elisabeth Kubler-Ross (1974). La psichiatra svizzera ha teorizzato un modello riguardante il percorso conducente al distacco e alla perdita di qualcuno, caratterizzato da cinque fasi esperite in modo differente dal malato e la famiglia coinvolta: l'iniziale mancata accettazione della realtà concreta, negandola con rifiuto, seguita da forti emozioni di rabbia e risentimento, e ancora, il successivo tentativo di "patteggiare" con il proprio vissuto, cadendo poi in uno stato depressivo di perdita di speranza, infine, rassegnazione all'evidenza della perdita e della morte. Aver elaborato tali fasi permette una gestione migliore del dolore della perdita una volta avvenuta, in quanto son già stati attivati quei meccanismi di assimilazione, integrazione e ridefinizione precedentemente approfonditi.

Nella specificità di pazienti con cancro avanzato, la letteratura enfatizza la presenza di lutto anticipatorio come modalità personale di prepararsi prima della propria separazione definitiva da questo mondo, attraversando cambiamenti comportamentali, sociali, emotivi, psicofisici, cognitivi e infine spirituali, nel tentativo di adattarsi secondo i propri ritmi individuali (Cheng et al., 2010; Moon, 2016), e rimanendo fortemente influenzati dall'esperienza soggettiva innescata dalla malattia, dai suoi effetti collaterali, dalla progressione e limitazioni imposte dal cancro, dalla fase di vita coinvolta e le variabili sociodemografiche (Tsilika et al., 2009). In modo analogo, nel valutare lo stato di lutto anticipatorio in donne con tumore al seno metastatizzato, Chunlestkul et al. (2008) hanno riferito che il riconoscere la propria sofferenza e prepararsi psicologicamente alla propria morte, usufruendo del supporto e delle informazioni a disposizione, e coinvolgendo al contempo la propria rete familiare, permetteva maggiori probabilità di esperire un senso di pace e di crescita personale sia per loro stesse che per i loro cari. Inoltre, sembrano essersi intensificate le reazioni di lutto anticipatorio durante la pandemia da COVID-19

nelle persone in fin di vita e nelle famiglie circostanti (Singer et al, 2020), a causa dell’impatto del virus sulla gestione delle istituzioni sanitarie, sul controllo delle infezioni e delle normali forme di supporto, aggravato dall’esperienze di quarantena e isolamento (Testoni et al., 2021e). Quanto detto ha portato ad esperire sofferenza e paura della morte come conseguenza degli alti tassi di mortalità del virus, aggravando i sentimenti di lutto anticipatorio nel trattamento di pazienti in terapia intensiva e l’elaborazione stessa del lutto (Carr et al, 2020; Menzies et al, 2020; Khanipour-Kencha et al., 2022). Il dolore psicologico nei pazienti terminali può essere anche inquadrato nei termini di perdita del senso di dignità (Chochinov, 2007): a tal proposito, la “Dignity Therapy”, o “Terapia della Dignità” assume in quest’ottica una rilevanza particolare come intervento psicoterapeutico volto a ridurre sofferenza psicologica, consolidare lo scopo e il significato di vita e preservare, quindi, un senso ampio di dignità, coinvolgendo i pazienti in sedute orientate all’affrontare attivamente questioni rilevanti del lutto anticipatorio e della vita di ciascuno di loro, così come le speranze future e ciò che, come “eredità”, hanno intenzione di lasciare (Chochinov et al., 2005; Chochinov et al., 2011). È emerso come questa terapia sia in grado di ridurre sentimenti negativi di tristezza, depressione e ansia di morte, e al contempo di migliorare significativamente la qualità di vita, la percezione familiare e il benessere spirituale dei pazienti, come confermano studi precedenti (Julião et al., 2013; Testoni et al., 2021b; Grassi et al., 2022; Handzo et al., 2022). All’interno del sistema familiare, una condizione intensa di lutto anticipatorio, caratterizzata dall’incertezza legata al non sapere la quantità di tempo rimanente da condividere ancora con il morente, richiede una riorganizzazione di vita quotidiana che può risultare stressante e rischiosa per l’unione familiare e la reciprocità negli scambi interattivi tra i familiari (Coelho et al., 2018; Testoni, 2020, pg.92): quest’ultimi ne risentono sia a livello cognitivo, attraverso l’incapacità di mantenere concentrazione e un senso di confusione, che fisico ed emotivo, mediante insonnia, spossatezza esperita, anedonia e perdita di appetito, ritiro dalla socialità (Kehl, 2005; Waldrop, 2007, Kuo et al., 2017). I familiari possono sperimentare un processo dinamico e oscillante caratterizzato da stati emotivi controllati e incontrollati, da strategie di coping orientate alla perdita e al recupero, prima di raggiungere un equilibrio emotivo più stabile (Chen et al., 2022). Lo sconvolgimento emotivo si costituisce di sfumature emotive in cui lo shock, la paura rispetto alla perdita, la disperazione e la tristezza, l’irritabilità, la solitudine e

isolamento sono aspetti determinanti rispetto a tale vissuto di lutto (Najafi et al., 2022). Inoltre, il lutto anticipatorio nelle famiglie può delinarsi come una fase non sempre evidente e consapevole, ma al contrario rappresentare un dolore nascosto dietro al ruolo assistenziale del caregiving e dell'attenzione rivolta alla sofferenza della persona cara morente (Dumont et al., 2008). Di conseguenza, le reazioni simultanee e talvolta contraddittorie che si innescano possono differenziarsi in base all'incertezza e gravità della patologia e delle aspettative sulla prognosi della persona cara (Johansson & Grimby, 2012; Li et al., 2022): la particolare tensione percepita si può indirizzare verso atteggiamenti volti a fronteggiare la situazione e “tener duro” con forza e, allo stesso tempo, verso atteggiamenti volti a “lascia andare” e creare uno spazio per l'ignoto, preparandosi così per una nuova vita senza la persona cara (Bouchal et al., 2015).

Inoltre, un aspetto problematico caratterizzante la relazione in atto con la persona ancora viva ma di cui è imminente la morte è rappresentato dalla messa in atto di una forclusione accesa della mortalità nella comunicazione, espressa concretamente nella “congiura del silenzio”, quest'ultima rappresentata da schemi comportamentali difensivi messi in atto dai familiari nei confronti del dolente e il mondo circostante, volti alla negazione e al rifiuto dell'evidente malattia e del diritto del malato di esserne consapevole, coinvolgendo talvolta persino l'équipe sanitaria in questo tacito accordo (Pyszczynski et al., 2004; McConnell et al., 2012; Testoni et al., 2013; Testoni et al., 2014). Questa inautenticità nella comunicazione deriva da un congelamento di sentimenti e schemi passati ben consolidati, che vengono ritrasmessi insistentemente e impediscono al paziente di esprimere in uno spazio sicuro e libero i propri sentimenti (Greenberg & Kosloff, 2008; Testoni, 2016). All'interno del sistema familiare, i legami possono apparire fortemente disgregati, disuniti e disimpegnati reciprocamente tra di loro, ma può accadere che si scatenino ed esternino anche dinamiche conflittuali di continue attribuzioni di colpe e manifestazioni di rabbia e risentimento, in grado di lenire i rapporti esistenti (Testoni, 2020). In tale scenario, percorsi di “Death education” si configurano come possibilità di acquisizione fondamentale di competenze essenziale per chi opera in campo sanitario (Fonseca & Testoni, 2011; Testoni, 2015), ma anche una formazione permanente che fornisce un sapere supportivo a livello psicologico ed emotivo sulla tematica del morire, funzionale alla gestione delle ripercussioni esistenziali e psicologiche del contatto con chi affronta la morte (Testoni et al., 2019b; Testoni et al., 2020; Ronconi et al., 2023). In

aggiunta, interventi di riduzione del carico assistenziale nei caregiver di pazienti oncologici, di potenziamento del sistema e funzionamento familiare, infine, di miglioramento della resilienza dei membri possono aiutare a lenire considerevolmente gli effetti del dolore anticipatorio rispetto alla perdita nei caregiver (Dunham, 2022; Li et al., 2023).

Da una revisione condotta recentemente da Patinadan et al. (2020) emerge come tuttavia, nonostante negli ultimi decenni si sia implementato un considerevole interesse da parte di ricercatori e clinici, la letteratura attorno al lutto anticipatorio appare ancora divisiva e costituita da informazioni spesso incoerenti, tale da renderlo un costrutto psicosociale ancora vagamente definito e compreso, influenzandone dunque l'integrità degli interventi implementati, i quali risultano manchevoli di misure mirate e standardizzate per distinguere processi di lutto anticipatorio normali e patologici (Granek, 2010; Lindauer & Harvath, 2014; Nielsen et al., 2016). Le osservazioni di Lebow (1976) sugli obiettivi terapeutici, seppur datate, rimangono capisaldi da tenere in considerazione nel processo di elaborazione e adattamento completo al lutto anticipatorio, e nel facilitare quindi la fase di recupero attraverso un sostegno adeguato ai pazienti e alle famiglie nell'ultima fase evolutiva (Suen et al., 2017):

1. Viene richiesto di rimanere partecipi e coinvolti con il vissuto del paziente, condividendo anche il proprio in quanto unità familiare.
2. Mantenere aspetti separati di sé dal paziente e rappresentarsi come individualità in grado di esistere anche in un futuro senza la persona cara.
3. Essere flessibili a futuri cambiamenti di ruolo richiedenti compiti e responsabilità nuove a cui adeguarsi.
4. Manifestare, accogliere e riconoscere le emozioni che evoca l'affrontare da vicino la malattia terminale.
5. Realizzare concretamente la perdita inevitabile e, nonostante ciò, accogliere pensieri futuri e piani pratici per fronteggiare questo cambiamento di vita
6. Prepararsi a salutare verbalmente o non verbalmente la persona cara.

In conclusione, la complessità emotiva e l'instabilità percepite rispetto alle tematiche di vita e morte tendono ad avere una grande influenza sul funzionamento della vita quotidiana, sulla pace spirituale e mentale di chi sta affrontando l'elaborazione di un lutto

anticipatorio (Chen et al., 2022): all'interno di un'assistenza completa e mirata, risulta fondamentale riconoscere il contesto culturale e religioso circostante, comprendere le priorità e i bisogni dei familiari nelle diverse fasi del lutto, aiutare quest'ultimi e recuperare un normale equilibrio di vita con un nuovo riconoscimento di sé, infine, stimolare la conservazione di ricordi non distorti con il defunto (Tanhan et al., 2016; Kokou-Kpolou et al., 2020).

### ***2.3.1 Il terrore della morte***

Tra le cause principali interconnesse con l'innescarsi del lutto anticipatorio, va sottolineata la profonda mancanza di educazione a livello societario che rende la collettività impreparata nel crearsi uno spazio di pensiero orientato alla possibilità di ammalarsi e di arrivare alla propria fase terminale di vita (Greenberg & Kosloff, 2008), ma anche come la gestione comunicativa di notizie infauste e della diagnosi stessa possa contribuire a meccanismi di lutto anticipatorio, dolore intenso e "mortality salience" (Burke et al., 2010; Testoni, 2015), in quanto ne risulta intenso lo stress emotivo causato, e le conseguenze destabilizzanti a livello corporeo e familiare (Maxfield et al., 2010). Dei particolari meccanismi di occultamento messi in atto per difendersi collettivamente dal terrore che la terminalità incute, se n'è occupata ampiamente la Terror Management Theory (TMT) (Greenberg et al., 1986), concentrandosi particolarmente sul cancro e sul fenomeno psicosociale attorno ad esso che stigmatizza, silenzia e isola il vissuto dei malati e dei loro familiari: in termini di associazione cognitiva, i pensieri legati al cancro vengono correlati a quelli sulla morte, al punto che si innescano processi di rimozione e soppressione inconsapevole dei discorsi attorno alla patologia, tale è l'intensità della minaccia consapevole percepita (Greenberg et al., 1994; Arndt et al., 2007; Pyszczynski et al., 2015). La paura dell'ignoto annessa alla paura di una mancata trascendenza ed esistenza dopo la propria terminalità rappresentano aspetti centrali costituenti ciò che definiamo terrore della morte, a cui si cerca di far fronte attraverso una conoscenza della mortalità fortemente influenzata da visioni culturali, stereotipi e pregiudizi per mantenere solida una personale sicurezza psicologica (Martens et al., 2011; Greenberg et al., 2016). Nei pazienti con cancro avanzato, un'ansia di morte invalidante può emergere a partire da un forte vissuto di demoralizzazione, mancanza di significato, speranza e senso di fallimento, o nel momento in cui si deve affrontare una sintomatologia importante

annessa ad isolamento sociale persistente (Lambert et al., 2014; An et al., 2018). In aggiunta, è stato sottolineato il paradosso per cui la demoralizzazione può essere infine correlata sia al timore della morte che al desiderio della stessa, in quanto nella maggior parte dei pazienti può essere forte la preoccupazione per il processo di morte e l'intensità della sofferenza in grado di influenzare sé stessi e i familiari attorno, più che l'evento della morte di per sé (Nissim et al., 2009; Lo et al., 2011). A tal proposito, Neel et al. (2013), basandosi su uno studio con pazienti con cancro metastatico a cui veniva somministrato un trattamento psicologico, hanno riscontrato ulteriori associazioni utili alla comprensione dell'ansia da morte: oltre al carico complessivo di fatica, sonnolenza, dolore e cambiamenti nell'aspetto fisico, sono state rilevate correlazioni con una minor autostima, che al contrario può alleviare e proteggere da un senso di angoscia all'idea di mortalità, aumento dell'età e figli minori a carico, per i quali vengono esperite reali preoccupazioni per il loro benessere e crescita, sottolineando ulteriormente quanto tale angoscia riguardi maggiormente una preoccupazione relazionale (Ando et al., 2007; Gonen et al., 2012). Grazie ad interventi mirati ad aspetti psicosociali e fisici inerenti al cancro, integrati con educazione divulgativa sulla morte, che mettano a disposizione a titolo informativo le alternative in termini di cure palliative e morte assistita, è possibile alleviare tali stati di angoscia esistenziale e permettere maggior controllo sul processo di morte e rassicurazione ai pazienti, rafforzandone un senso di spiritualità (Li et al., 2017; Lo, 2018; Testoni et al., 2019a; Testoni et al., 2019b). Ad integrazione di quanto detto, in uno studio trasversale condotto in due fasi, Testoni et al. (2017) hanno esplorato le implicazioni del ruolo della percezione di significato della vita, tenendo fortemente in considerazione in particolare il fattore religioso e la fede in Dio, e della rappresentazione ontologica della morte come fase di passaggio o annientamento, su sintomatologia ansiogena, depressiva e disagio psicologico (Scheffold et al., 2013; Breitbart et al., 2015). Tenendo come prioritaria la condizione esistenziale dei pazienti oncologici, è stato in questo studio esplorata l'importanza nel credere in Dio e nel rappresentarsi la morte come passaggio (Salsman et al., 2015; Testoni et al., 2015), in quanto meccanismo protettivo nell'affrontare al meglio in primis il cancro, in seguito il timore e l'ansia rispetto alla morte, infondendo quindi speranza (Puchalski, 2012). Inoltre, maggior investimenti dati nel delineare un personale senso alla vita, investendo nell'accettazione, relazionalità, intimità e realizzazione, erano associati a minor stress psicologico, depressione e ansia,

quest'ultime presenti intensamente nei pazienti che faticano ad accettare la loro situazione (Applebaum et al., 2015; Bianco et al., 2019).

#### **2.4 Strategie di coping e spiritualità**

L'esperienza di vita legata al cancro al seno e l'annessa considerazione sulla qualità di vita delle donne coinvolte richiedono una riflessione attorno alle conseguenze fisiche e psicologiche legate ai vari trattamenti anti-tumorali, le reazioni emotive all'incertezza del futuro e i meccanismi di difesa messi in atto per fronteggiare psicologicamente una nuova realtà data dalla malattia, le lotte per adempiere alle aspettative di vita, e l'inevitabile possibilità di riscontrare problematiche di vita sociale (Cebeci et al., 2012; Cella & Stone, 2015; Kugbey et al., 2018; Oh & Cho, 2018; Kang et al., 2020). In questo scenario, il ruolo del supporto familiare si delinea sin da subito decisivo nelle sue componenti di sostegno fisico e strumentale, psicologico ed emotivo, nel fronteggiare la condizione di malattia (Cheng et al., 2013; Finck et al., 2018; Ismail, 2021). Il "coping" in questo senso può dipendere in parte dalle reazioni degli altri significativi all'esperienza del cancro ed è dunque un processo che si delinea essere anche relazionale (Yoo et al., 2010; Davey et al., 2012): la malattia può venir affrontata non solo individualmente ma anche collettivamente, le donne si sentono così "ascoltate", "viste" e "capite" dalla rete sociale e familiare circostante, aiutando da un lato un processo di adattamento e fronteggiamento delle difficoltà, dall'altro evitando meccanismi di isolamento sociale e sensazioni negative legate alla "stigmatizzazione", al sentirsi "diverse" e "marchiate" (Bozo et al., 2009; Den Oudsten et al., 2010; Chou et al., 2010; Leung et al., 2014; Hinzey et al., 2016; Thompson et al., 2017; Ernst et al., 2017). Oltre al sostegno familiare e quello ricevuto dagli operatori sanitari, altre strategie di aiuto possono essere rappresentate dall'espressione di alti livelli di ottimismo orientato ad una ristrutturazione cognitiva positiva e ad un atteggiamento proattivo nei confronti della malattia, enfatizzando gli aspetti positivi di una situazione difficile (Palesh et al., 2006; Donovan-Kicken & Caughlin, 2011; Al-Azri et al., 2013). In aggiunta, anche la condivisione di proprie esperienze con altre donne orientata al rafforzamento e all'accettazione del percorso di malattia, una ricostruzione cognitiva focalizzata sul trovare nuovi significati alla lotta contro il cancro come l'avere figli, comportamenti altruistici come disponibilità al

sostegno di esperienze di malattia altrui concorrono ad alimentare un senso di controllo rispetto a sé stesse, empowerment, una miglior gestione del tumore e relazioni positive con gli altri (Drageset et al., 2009; Anusasananun et al., 2013; Hopman & Rijken, 2014; Ośmiałowska et al., 2021; Bosankic et al., 2021). Nello studio longitudinale condotto da Kim et al. (2020), con donne aventi avuto una recente diagnosi di cancro, si è tentato di scoprire e valutare i profili di coping e le loro transizioni correlate al tumore, constatando quanto fossero maggiormente implementati i processi di fronteggiamento legati all'accettazione e al mantenimento/aumento del coping emotivo declinato nell'espressione emotiva e rielaborazione positiva degli accadimenti (Luszczynska et al., 2007; Li et al., 2017). Quest'ultimo si configurava essere generalmente vantaggioso nel risolvere problematiche relative a sintomatologia depressiva rispetto alle strategie di evitamento delle difficoltà (Moreno et al., 2016; Cheng et al., 2018). Inoltre, è stato notato come la strategia di coping diminuisse una volta conclusi il trattamento oncologico e gli ostacoli stressanti, suggerendo che il momento favorevole per incentivare un coping orientato all'approccio risulti essere nella fase subito dopo la diagnosi (Pat-Horenczyk et al., 2016; Stanton et al., 2018). Nel loro studio qualitativo, Gallagher-Squires e colleghi (2020) hanno individuato altre particolari strategie cognitive messe in atto nel fronteggiamento dell'esperienza di cancro al seno, predittive della futura qualità di vita e benessere psicologico (Brandão et al., 2016): nello specifico, sono stati coinvolti processi di rinuncia al controllo, accettazione, rivalutazione della situazione e ricerca di vantaggi e benefici (Towsley et al., 2007; Ching et al., 2009; Kawa, 2017; Zhu et al., 2017). Tali strategie si esprimevano nell'attuazione di rinuncia e spostamento del controllo di quanto vivevano dall'interno di loro stesse su figure esterne, come i medici o Dio, un passaggio che ha permesso loro di superare la confusione e preoccupazioni iniziali legate alla diagnosi, di affidarsi con fede a queste figure e acquisire fiducia ed ottimismo nelle possibilità di sopravvivenza (Vishkin et al., 2016). L'accesso ad un senso di accettazione nelle donne riguardava le esperienze sgradevoli a cui andavano incontro, come la perdita di un seno o gli effetti collaterali del trattamento, ma anche la resilienza e la preparazione alle sfide future, grazie anche ad una consolidata fede in Dio (DeAngelis & Ellison, 2017; Secinti et al., 2019). Di seguito, la rivalutazione si ergeva come una strategia di coping cognitiva orientata all'aggiustamento di una prospettiva per generare sentimenti ottimistici e di gratitudine sulle stesse circostanze (Nowlan et al., 2015), appoggiandosi a



narrative positive di sé, ad una “normalizzazione” della propria situazione senza concepirla come deviante (Clark, 2014), e ad un “confronto sociale al ribasso”, in cui si comparava la propria esperienza con quella di persone meno fortunate (Armaou et al., 2018). Infine, attraverso una ricerca positiva di benefici, è possibile raggiungere un cambiamento favorevole successivo ad una gestione positiva dell’esperienza negativa della malattia, che si esplica nell’esperire una crescita personale affrontando angoscia e timore con più saggezza ed empatia a disposizione degli altri, apprezzando nuovamente la vita e avvicinandosi spiritualmente al proprio Dio (Testoni et al., 2016; Testoni et al., 2021a).

La revisione condotta da Yoo et al. (2014) su una letteratura focalizzata soprattutto su donne afroamericane e latine sottolinea come il disagio psicoemotivo legato alla diagnosi di cancro al seno sia comune in tutte le culture ed etnie (Paul Heppner et al., 2009; Adams et al., 2011; Turkman et al., 2016), ma vi sono al contrario variazioni rilevanti nelle modalità con cui le donne appartenenti a culture differenti rispondano a situazioni stressanti: nelle donne di colore, infatti, vi è maggior tendenza allo sfogo, rivalutazione positiva e autodistrazione che rappresentano strategie positive allo stress, mentre esprimevano maggiormente forme di coping negative come disimpegno comportamentale, soppressione emotiva, e pensieri illusori e autoconvincimenti, apportando maggior angoscia e minor qualità di vita nella sopravvivenza (Culver et al., 2004; Hamilton et al., 2009; Umezawa et al., 2012). A tal proposito, gli autori suggeriscono l’implementazione di nuovi studi che sviluppino interventi culturalmente competenti adeguati alle differenti popolazioni, in un’ottica di valutazione di un eventuale miglioramento nelle strategie di coping (Ashing-Giwa & Kagawa-Singer, 2006). In aggiunta, risulta rilevante avviare ulteriori future ricerche orientate ad individuare modalità specifiche di coping, al fine di sensibilizzare i medici e gli operatori sanitari sulle modalità relazionali da attuare con i pazienti appartenenti a diversi gruppi socioculturali ed etnici (Bowen et al., 2007; Gallagher-Squires et al., 2020).

#### ***2.4.1 La spiritualità come risorsa***

Nel tentativo di delineare il concetto di “spiritualità” e comprenderne il significato, va in primo luogo citato il contributo di William James e della sua opera “The Varieties of Religious Experience” (1902) nel chiarificare e distinguere la “religiosità istituzionale”,

declinata nei suoi aspetti socio-normativi, dalla “religiosità personale”, che si collega invece a quanto indicato dalla letteratura odierna con la dimensione spirituale e le annesse esperienze mistiche. Religione e spiritualità si presentano come aspetti dell’esperienza umana tra loro collegati ma non adiacenti, la spiritualità infatti apre scenari legati all’idea di auto-trascendenza e immortalità, in modo simile all’esperienza descritta da Abraham Maslow (1968) con la terminologia “the peak experience” riferita allo stato mentale in cui si ha accesso ad una percezione totalizzante di auto-realizzazione e di appartenenza ad una totalità armoniosa, e dal contatto intimo con valori ultimi e qualità supreme della vita. La spiritualità si inserisce in spazi psicologici della vita che implicano “la consapevolezza interiore, la possibilità di pensare a sé stessi in rapporto al mondo e alla trascendenza universale, ovvero la capacità di maturare una lettura partecipata dell’esistenza connotata da valori orientati alla ricerca del senso dell’essere” (Testoni, 2020, p.52). I fondamenti alla base del concetto di spiritualità la delineano come risorsa universale e alla portata di ciascuno, in altri termini, è una condizione psicologica in grado di coinvolgere in modo indifferenziato credenti e atei in esperienze di appartenenza a dimensioni trascendentali che possono agire come risorsa nel lenire situazioni di sofferenza, angoscia e timore dirompente rispetto alla terminalità (Testoni, 2015; Pahlevan Sharif & Ong, 2018; Testoni et al., 2019b). Se non si è in grado di affrontare la rappresentazione della morte e il suo concretizzarsi come evento di vita, allora la reazione sofferente al lutto può divenire patologica e non permettere la possibilità di raggiungere tappe maturative di crescita e autoconsapevolezza (Testoni, 2020, pp.104-105): in questo scenario, la spiritualità al contrario può permettere il dischiudersi di visioni e riflessioni alternative che significano la morte come un passaggio anziché un l’ultimo “respiro definitivo”, concedendo così speranza e fiducia per un futuro possibile (Testoni, 2015; Testoni et al., 2015). Sia per il lutto complicato che per quello anticipatorio, la spiritualità si configura essere un aspetto essenziale ed integrante gli interventi volti all’aiuto e all’elaborazione della resilienza rispetto all’angoscia di morte, permettendo al contempo un senso di continuità nella propria crescita personale, relazioni sociali, valore della vita e senso di pace (Phenwan et al., 2019; Solomon et al., 2017; Testoni et al., 2019a; Testoni et al., 2021f). Al contrario, subire un’invalidazione nel tentativo di dare un senso alla perdita, rischia di arrestare il processo di lutto causando sensazioni di vuoto e mancanza di senso (Neimeyer, 2006).

In una sintetica revisione della letteratura sul ruolo della religione e della dimensione spirituale nell'esperienza di malattia nei primi dodici mesi dopo la diagnosi tumorale, Swinton et al. (2011) hanno evidenziato le molteplici correlazioni positive tra spiritualità e benessere, creazione di senso, riduzione di sintomi ansiogeni, speranza e autostima, interazioni e supporto sociale (Homan & Boyatzis, 2010; Wang & Lin, 2016). Questo concetto si delinea inoltre in un contesto relazionale durante il percorso di fronteggiamento del tumore al seno, come sostenuto nello studio di Zamaniyan e colleghi (2016) che ha proposto sessioni di terapia spirituale di gruppo in grado di migliorare la qualità della vita e benessere spirituale delle pazienti, all'interno del quale incentivare la relazionalità proveniente dalla cerchia sociale nell'esperienza particolare di ciascuna donna risulta essere un primo compito estremamente importante della cura spirituale (Lim & Yi, 2009; Kazemizarif et al., 2015). Infine, la risorsa spirituale ha permesso alle donne di riallineare cognitivamente e risignificare in modo diverso il tumore al seno nella loro vita, offrendo al contempo un supporto sociale e un impatto psicologico positivo proveniente da relazionarsi con figure religiose percepite come "immaginarie" e "reali": per alcune donne, Dio rappresentava un potente interlocutore con cui dialogare nei momenti particolarmente difficili (Rabow & Knish, 2014; Bai & Lazenby, 2015).

Le implicazioni cliniche sottolineate dallo studio di Cha et al. (2018) nella presa in carico di pazienti oncologici indicano la necessità di coltivare un approccio terapeutico di cura che si rivolga prioritariamente alla spiritualità nelle sue componenti di "pace" e "significato", nel tentativo di migliorare la qualità di vita delle pazienti (Brown et al., 2014; Bovero et al., 2015). Attraverso una connessione spirituale e un coinvolgimento intimo delle relazioni interpersonali, è possibile ricercare un nuovo significato alla vita che attenui il disagio psicologico esperito, si orienti a ricostruire un proprio senso del sé e l'interconnessione con gli altri (Homan & Boyatzis, 2010; Gonzalez et al., 2014; Sherman et al., 2015). Di fronte ad una patologia potenzialmente letale come il tumore al seno, l'incontro e la scoperta di una propria spiritualità può offrire alle donne un'esperienza emotiva di apprendimento, riflessione sul proprio posto nel mondo in relazione a Dio, conoscenza profonda che trascende gli iniziali sentimenti di destabilizzazione, impotenza, dolore e incertezza rispetto alla propria fede (Ahmad et al., 2010; Swinton et al., 2011). Attraverso una nuova lettura esistenziale e spirituale, l'esperienza del tumore può divenire un punto di svolta che spinge ad apprezzare e

riconoscere con gioia ciò che prima veniva sottovalutato, riscoprire il potere collaterale dell'aver speranza e del possedere risorse dinanzi alle avversità, riacquisire forza mentre si delinea la vita come una sfida in preparazione per l'esistenza che avverrà nell'aldilà (Vallurupalli et al., 2012; Höcker et al. 2014). Lo studio di Gall & Bilodeau (2019) si è concentrato invece nell'analizzare il mutamento del coping spirituale positivo nel corso del tempo: la diagnosi, il trattamento e gli interventi medici potevano rappresentare eventi ansiogeni e stressanti in grado di alimentare lotte spirituali ed emotive in cui emergevano le incertezze e i dubbi sulla relazione con Dio, innescando la possibilità di un umore depresso come adattamento alla situazione stessa (Kristeller et al., 2011; Gall & Guirguis-Younger, 2013). Tuttavia, nel tentativo di far fronte alla malattia, le pazienti dimostravano di aumentare il loro uso di strategie di rivalutazione benevola nei primi sei mesi dopo la diagnosi, così come il loro rivolgersi costantemente ad una "forza superiore" al fine di assicurarsi conforto e supporto emotivo in una fase per loro delicata, in cui si sentivano manchevoli di un controllo sulla malattia e sul loro trattamento (Rohani et al., 2015). In particolar modo, le donne con cancro sentivano maggiormente il bisogno di dare un significato personale alla loro esperienza di malattia collocandola in un contesto esistenziale più ampio, come il vederla parte del progetto di Dio (Phenwan et al., 2019). Infine, lo studio di Gregg (2010), intendeva riproporre quanto il contesto razziale ed etnico, gli ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria e le condizioni socio-economiche potessero influire nel differenziale le diverse strategie di coping spirituale: donne nere americane dichiaravano quanto la fede assumesse per ciascuna un ruolo decisivo di consolazione subito dopo la diagnosi e durante il trattamento, rafforzando un senso di fiducia e spiritualità come meccanismi di fronteggiamento che hanno permesso loro di accettare il cancro, la sintomatologia e gli effetti collaterali del trattamento sull'immagine corporea (Chaney, 2008; Pérez, & Rex Smith, 2014). In conclusione, i risultati degli studi precedentemente riportati apportano riflessioni che sfidano fortemente gli operatori sanitari e le figure professionali circostanti le pazienti a garantire loro la miglior assistenza possibile (Puchalski, 2012): risulta infatti importante fornire loro adeguato sostegno sociale, creare uno spazio di ascolto e interesse dei punti di vista, delle esigenze e dei valori spirituali e religiosi vicini alla visione di ciascuna donna, sostenerle nelle fasi salienti come la comunicazione di notizie difficili da elaborare (Gullatte et al., 2009; Fisher et al., 2011). In aggiunta, sensibilizzare i familiari nel fornire un sostegno

psico emotivo al fine di ridurre la morbilità psicologica e incoraggiare il coltivare la propria spiritualità e fede nella religione per affrontare il cancro, coinvolgendo le donne in una condivisione di gruppo come strategia di coping per migliorare il loro benessere e la qualità di vita (Al-Azri et al., 2013; Ismail, 2021).

## **2.5 Crescita post-traumatica in un'ottica trasformativa**

Attualmente, la letteratura dispone di numerose e differenti concettualizzazioni in merito al costrutto di crescita post-traumatica (PTG), per cui non risulta ancora possibile raggiungere una definizione condivisa di tale tematica (Tennen, 2013). Nella loro rassegna, Jayawickreme & Blackie (2014) hanno esplorato le principali posizioni teoriche sviluppate nel corso degli anni, tra cui il “Modello di crescita post-traumatica” di Tedeschi & Calhoun (2004), la teorizzazione di Joseph & Linley (2005) sulla crescita post-traumatica come aumento di uno stato di benessere “eudaimonico”, il modello di Hobfoll et al. (2007) che ha sviluppato un'idea di crescita successiva ad un evento traumatico come aumento delle risorse psicosociali, e infine la teorizzazione di Pals & McAdams (2004) che focalizza la crescita sul cambiamento delle narrative di vita di una persona.

Con il termine “Post-traumatic Growth”, o crescita post-traumatica, Tedeschi & Calhoun (2004) hanno individuato inizialmente la capacità di fronteggiare le esperienze negative e di trasformarle in un potenziale di sviluppo positivo e di maturazione, il quale si declinava in un cambiamento positivo psicologico in termini di maggior apprezzamento nei confronti della vita, un accrescersi di un senso di forza personale, relazioni interpersonali più intime, saper individuare nuove possibilità e lasciarsi coinvolgere in visioni spirituali, infine, nel mutamento della percezione di sé, come sottolineato anche in altri studi (Helgeson et al., 2006; Prati & Pietrantonio, 2009; Calhoun et al., 2010). Dal punto di vista degli autori, tale crescita si configura sia come processo a lungo termine sia come risultato positivo derivante dall'elaborazione del trauma ed individuazione delle problematiche ostacolanti il proprio benessere (Calhoun & Tedeschi, 2012). Sulla base di queste posizioni teoriche, è stato implementato un programma volto a sviluppare crescita post-traumatica con donne affette da cancro al seno da Choi et colleghi (2022), il quale consisteva nel proporre la partecipazione a un gruppo di mutuo-aiuto di sostegno sociale,

condivisione della propria esperienza, scrittura e momenti di autoriflessione al fine di un'autoanalisi conclusiva. I risultati hanno dimostrato una riduzione importante della ruminazione intrusiva e del disagio emotivo, tra cui minor ansia e depressione, grazie alle risorse utilizzate dallo studio come la "divulgazione" e condivisione di sé e il supporto sociale, incentivando al contrario meccanismi di PTG, cambiamenti positivi, ruminazione intenzionale e processi di ricostruzione di senso rispetto ad eventi traumatici (Cann et al., 2011; Calhoun & Tedeschi, 2012; Ahn et al., 2013; Bae et al., 2017). Joseph e Linley (2005), invece, declinano la crescita post-traumatica nei momenti successivi a situazioni traumatiche in cui ha luogo un aumento dell'accettazione di sé, padronanza delle sfide ambientali e sociali, relazioni positive con la cerchia sociale, libertà nell'azione e maggior autonomia. All'interno della loro teorizzazione, il benessere soggettivo rispetto ai propri stati affettivi e alla soddisfazione generale per la propria vita viene distinto dal benessere psicologico, o "eudaimonico", il quale viene raggiunto attraversando transizioni evolutive critiche della vita e coinvolge le tematiche dell'autonomia, dello scopo nella vita e del significato come caratterizzanti il funzionamento globale (Ryff, 1989; Sutin et al., 2010; Jayawickreme et al., 2012). Al contrario, Hobfoll e colleghi (2007) hanno associato la crescita dopo un trauma ai concetti di "azione" e cambiamento nei comportamenti e nella personalità dell'individuo: una situazione traumatica e stressante poteva sfidare particolarmente le risorse psicologiche dell'individuo, come l'autostima e la fiducia in sé, e le reti di sostegno sociale. Un'autentica crescita post-traumatica avviene quando i tentativi di ricerca di senso e revisione delle credenze nei confronti del mondo a livello cognitivo si concretizzano in azione concreta, volta a ridurre il disagio e ad implementare una crescita personale (Zoellner & Maercker, 2006; Seery et al., 2010; Splevins et al., 2010; Syed & Seiffge-Krenke, 2013). Infine, Pals e McAdams (2004) hanno individuato nella ristrutturazione della narrazione sulla propria vita il meccanismo attraverso cui gli individui delineano un significato all'evento doloroso, innescando cambiamenti nel comportamento e nella cognizione tali da caratterizzare una fase di crescita post-traumatica. La revisione delle storie che si raccontano sul proprio sé e sugli eventi circostanti necessita di una posizione attiva da parte degli individui che si impegnano personalmente a comprendere le modalità con cui si sentono cambiati dopo tale situazione cruciale, ricostruendo così la loro storia di vita (Neimeyer et al., 2004; Krause, 2009; McAdams & Olson, 2010; Roepke et al., 2014; Martino et al., 2015; Burke &

Sabiston, 2015). Da tale prospettiva, quindi, si può raggiungere una crescita personale attraverso la manifestazione di narrative redentive su di sé supportate da atteggiamenti di impegno, autostima, promozione del benessere e soddisfazione per la vita (Pals & McAdams, 2004). In aggiunta, in un'ottica di apprendimento, la letteratura enfatizza il concetto di "trasformative learning" come processo di maturazione e cambiamento avviato in seguito ad un evento insidioso e difficile, e ad una riflessione critica sui propri problemi, sentimenti e pensieri, per aprirsi poi a differenti prospettive (Mezrow, 2000). Tale teoria dell'apprendimento trasformativo può essere declinata anche in contesti assistenziali e sanitari per comprendere come la presa di coscienza, rispetto ai propri bisogni legati all'esperienza di malattia, motivi particolarmente i familiari e gli ammalati ad avviare gruppi e associazioni di solidarietà orientati al cambiamento sociale (Nemec, 2012). Quanto detto viene confermato, ad esempio, nello studio di Purtzer & Overstreet (2014), il quale esamina il processo decisionale di screening mammografico di donne con un basso reddito, osservando due fasi distinte, ovvero un iniziale periodo di comportamento evitante lo screening e, infine, un processo di apprendimento trasformativo che ha portato all'aderenza alla mammografia, grazie ad un evento scatenante in grado di facilitare una messa in discussione delle personali considerazioni precedenti sullo screening.

In linea con lo sviluppo di tale visione, la ricerca condotta da Martino & Freda (2016) si è focalizzata sull'identificare i marcatori narrativo-trasformativi come indicatori del funzionamento alla base dell'esperienza di crescita post-traumatica, intesa in termini narrativi come particolare processo articolato dall'impegno nell'associare significativamente gli eventi della vita e il senso attribuito loro, orientato alla ricerca della chiave trasformativa per attraversare l'esperienza sofferente di malattia per poi integrarla e accedere ad una visione futura stabile (Bower et al., 2003; Salvatore & Freda, 2011; De Luca Picione & Freda, 2015; De Luca Picione & Freda, 2016). Nelle trame narrative ad alta/media connessione con livelli di PTG, è stata notata una specifica congiunzione tra le tematiche inerenti ai compiti futuri e alla crescita personale, arricchita ulteriormente da una funzione trasformativa focalizzata sull'estensione di credenze interiori e sul pensiero che diviene "meta-riflessivo", con il fine di poter riequilibrare l'interazione con il mondo sulla base di nuovi significati sull'essere nel mondo nel passato, nel presente e nel futuro (Lee et al., 2006; Koutrouli et al., 2012). In quest'ottica, dunque, la PTG si configura

come importante occasione di trasformazione narrativa in cui poter trarre benefici conseguenti ad un'esperienza traumatica, che dipende fortemente dall'intreccio di relazioni con il proprio sé, con altri valori e significati, con il proprio modo di elaborare pensieri e cognizioni, e con il futuro, variando dunque da persona a persona in base ai differenti contesti esistenziali ed emotivo/culturali (Sumalla et al., 2009; Hall, 2010). Nel modello longitudinale di Danhauer et al. (2013), la crescita post-traumatica nell'esperienza di cancro al seno è stata ricondotta ad aspetti soggettivi e psicosociali, tra cui il tempo successivo alla diagnosi ricevuta, l'intrusività e lo stress generato dal tumore, le strategie di coping positive, negative e religiose messe in atto, la giovane età, percezione di maggior preoccupazione e minaccia avvertita dalla malattia, la ricerca di sostegno sociale e la condivisione della propria esperienza (Lindstrom & Triplett, 2010). In questo studio è stato rivelato in modo particolare l'aumento e lo sviluppo nel tempo di cambiamenti positivi nelle fasi concomitanti e successive al trattamento al tumore, all'interno di un periodo corrispondente al primo anno successivo alla diagnosi, in cui si mettevano maggiormente in discussione idee, percezioni, convinzioni personali su di sé e il mondo circostante (Ransom et al., 2008; Lelorain et al., 2010). Inoltre, lo studio sembra sottolineare l'importanza dell'aumento del sostegno sociale, e l'annessa possibilità di condividere l'evento doloroso e stressante nelle relazioni con gli altri, nel promuovere una crescita positiva post traumatica e una migliore gestione emotiva dei sentimenti angoscianti (Lelorain et al., 2011). Tali risultati sono stati confermati anche dallo studio di Helgeson (2010), che sottolinea ulteriormente cambiamenti positivi nell'apprezzamento della quotidianità e del valore della vicinanza altrui, maggior soddisfazione percepita che ha aiutato nell'aprirsi a nuove possibilità e al consolidarsi di una fede religiosa più forte. Fattori legati all'autogestione della malattia, alla compliance terapeutica e all'autoefficacia, oltre alle strategie di coping e al supporto sociale sono da tenere fortemente in considerazione in un'ottica di sviluppo di interventi mirati a promuovere crescita post-traumatica (Choi & Lee, 2016).

L'obiettivo principale dello studio di Michalczyk et al. (2022) è stato, invece, quello di analizzare la possibilità che ad una crescita personale successiva ad un percorso stressante come il tumore al seno contribuisse la resilienza psicologica, come caratteristica intrinseca il vissuto delle donne coinvolte (Oginska-Bulik, 2010): è stato innanzitutto rilevato come il contatto diretto con la morte innescasse la percezione di stress e



sofferenza, trasformate in seguito in valori vantaggiosi in grado di apportare maggior apprezzamento della vita, e con intensità minore, cambiamento spirituale e nella percezione di sé, infine apprezzamento delle relazioni interpersonali (Brunet et al., 2010; Solomon et al., 2017; Testoni et al., 2017; Testoni et al., 2019b; Testoni, 2020). In secondo luogo, è stata rilevata un'interconnessione tra resilienza personale e PTG che suggerisce la necessità di indirizzare l'assistenza sanitaria ad incentivare attività volte a rafforzare la resilienza interiore, in modo tale da ridurre gli effetti collaterali negativi dei trattamenti antitumorali a livello corporeo, psicologico e sociale (Calhoun et al., 2010; Casellas-Grau et al., 2013; Husson et al., 2017; Bellet et al., 2018). Marziliano et al. (2020) hanno condotto una metanalisi di 51 studi che hanno valutato in particolar modo le relazioni tra sintomi post-traumatici da stress, disturbo post-traumatico da stress e crescita post-traumatica in individui sopravvissuti al cancro, rilevando associazioni complessivamente positive e solide tra l'esperire stress e acquisire una crescita personale (Jim & Jacobsen, 2008; Park, 2010; Ramos et al., 2018), così come tra il riportare disagio e sintomatologia post-traumatica ed esperire livelli di crescita post-traumatica più duratura nel tempo (Dekel et al., 2012). Alla luce di tali risultati e al fine di sviluppare interventi adeguati, risulta fondamentale orientare la valutazione dell'adattamento al cancro alle considerazioni attorno ai fattori stressogeni e traumatici legati alla percezione del cancro (Cordova et al., 2007), e all'età più giovane come indicatori facilitanti la PTG (Cann et al., 2011; Martins de Silva et al., 2011; Koutrouli et al., 2012).

## **CAPITOLO III**

### **“LUTTO ANTICIPATORIO E COSTRUZIONE DI SIGNIFICATI NELLA TRAMA NARRATIVA DI GIOVANI DONNE CON CANCRO AL SENO: UNA RICERCA QUALITATIVA SUL SENSO DELLA PERDITA”**

#### **3.1 Obiettivi di ricerca**

Gli obiettivi di ricerca degli autori si sono rivolti, in primo luogo, all'applicazione del “Meaning of Loss Codebook” al contesto narrativo di giovani donne affette da cancro al seno, esplorandone successivamente l'impatto potenzialmente traumatico della diagnosi tumorale e l'innescarsi di processi di lutto anticipatorio legati a perdite influenti sulla quotidianità, con l'obiettivo di poter strutturare così future prassi di interventi supportivi a tali vissuti. In secondo luogo, si son volute esaminare le strategie di coping utilizzate, le risorse sviluppate dall'ambiente circostante, i significati costruiti attorno all'esperienza di perdita e malattia, infine, le esperienze di crescita vissute dalle donne. Inoltre, nel contesto di tale ricerca si è voluto porre particolare attenzione al ruolo decisivo della narrazione come occasione di integrazione della diagnosi tumorale nella trama narrativa attraverso processi di costruzione di significati personali, emersi attraverso colloqui ed interviste narrative effettuate in quattro momenti diversi durante il primo anno di trattamento.

#### **3.2 Metodologia**

Nella presente ricerca è stata proposta un'intervista narrativa ad hoc a 17 donne in quattro momenti differenti durante il primo anno di trattamento; in seguito, è stata poi sviluppata un'analisi tematica utilizzando il metodo del “Meaning of Loss Codebook” (MLC) tramite una metodologia bottom-up e top-down. Nello specifico, l'intervista narrativa denominata “Early Breast Cancer- Processing Trauma Interview (EBC-PTI)” è stata creata originalmente per esplorare i processi di costruzione di significato nei racconti di giovani donne in fasi mediche particolari (T1, T2, T3 e T4) caratterizzanti il loro percorso di malattia. Ogni fase del percorso di cura si costituiva come punto decisivo di svolta sia nei trattamenti medici che nei significati emergenti nella particolare relazione tra ciascuna donna e l'impatto psicosociale da lei subito durante tale esperienza protratta nel tempo (Picione et al., 2016):

- Fase I: la donna si ritrova inizialmente sottoposta a indagini mediche e diagnostiche per un nodulo sospetto, e affronta una situazione in incognita di velata incertezza.
- Fase II: attraverso la comunicazione dell'esame istologico, la donna prende consapevolezza della gravità della malattia e delle decisioni da prendere sui trattamenti medici consoni alla propria situazione, mentre affronta un intervento chirurgico per asportare il nodulo maligno. È la fase che maggiormente delinea l'impatto critico della patologia.
- Fase III: i trattamenti chemioterapici e radioterapici successivi alle operazioni spingono ciascuna donna a relazionarsi con difficoltà, discrepanze, sofferenze che hanno a che fare con il mutamento della loro identità corporea.
- Fase IV: il ritorno alla quotidianità coincide spesso con una fase di mantenimento che si prolunga almeno nei primi 5 anni, e che richiede un recupero di un senso di continuità, autonomia e graduale indipendenza dall'istituzione ospedaliera, frequentata occasionalmente per questioni di follow-up.

Durante i colloqui condotti “faccia a faccia”, sono state proposte 9 domande aperte orientate in particolar modo a stimolare un racconto aperto a nuove costruzioni di senso rispetto ai momenti cruciali dell'esperienza di malattia in corso. A differenza di interviste e ricerche altamente strutturate, la presenza di interviste semi-strutturate permette di raccogliere dati qualitativi coinvolgendo l'intervistato come partecipante attivo alla costruzione di significato, anziché un tramite “anonimo” da cui trarre considerazioni (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Dunque, tale tipologia di interviste condotte individualmente consente di penetrare in profondità nei vissuti e nelle storie soggettive dei partecipanti, incentivando libera espressione e riflessione sulle prospettive individuali in diverse questioni sociali (Testoni et al., 2021f).

All'interno di questa ricerca, si è voluto inizialmente esplorare il vissuto personale rispetto al periodo iniziale in cui la malattia è comparsa fino al momento presente dell'intervista (ad esempio, con la domanda “Signora, vuole provare a raccontarmi la sua esperienza a partire dal momento in cui si è accorta che c'era qualcosa che non andava fino ad oggi?”), attraverso l'esternazione di pensieri, riflessioni, ricordi emotivamente intensi condivisi dai racconti delle donne. Successivamente, le domande si sono alternate

nell'incentivare narrazioni episodiche, condivisione di eventuali esperienze dolorose passate in cui le donne sono state coinvolte e la comprensione di come quest'ultime le abbiano attivamente affrontate, attraverso la presenza di risorse e reti sociali supportive ("C'è un evento/episodio particolare a cui si riferisce quando dice...?") Ci interessa sapere cosa è successo, dove eravate, chi c'era con voi, cosa avete provato, cosa avete pensato in quel momento...?" "Potrebbe raccontarmi se ha avuto altre esperienze che considera simili, anche emotivamente?" "Mi potrebbe raccontare se c'è qualcosa che è stato per lei particolarmente difficile nel suo percorso fin ora? Se sì, come l'ha affrontata?"). In modo analogo, alcune domande si sono concentrate nel ricercare le personali modalità di costruzione di significato di ciascuna donna rispetto alle motivazioni all'origine della diagnosi ricevuta e all'esperienza di malattia, attraverso la stimolazione di racconti semantici ("Le persone a volte immaginano o hanno idee del perché succedono le cose, sul perché si sono ammalate ... lei ha qualche idea al riguardo o immagina qualcosa?" "Vorrei che scegliesse tre parole/aggettivi/modi di dire che le vengono in mente d'impatto pensando a questa fase dell'esperienza che sta vivendo"), in modo tale da incentivare una graduale comprensione e penetrazione nell'evento critico vissuto.

Infine, le domande finali hanno voluto creare uno spazio conclusivo di dialogo e riflessione sui cambiamenti avvenuti, le consapevolezza apprese, le persone significative lungo il percorso e le risorse utilizzate nel fronteggiamento della malattia ("Potrebbe dirmi se c'è qualcuno o qualcosa che ha sentito particolarmente utile? Come? Con chi si ritrova a parlarne?" "Potrebbe dirmi se c'è una cosa in particolare da cui sente di poter attingere dopo aver attraversato questa fase?" "Nella sua persona prospettiva, sente che l'esperienza di malattia ha cambiato il suo modo di interpretare la vita? Se sì, come?"). Al termine dell'intervista, l'intervistatrice ha predisposto ulteriore tempo per porre domande o dubbi, rassicurando ciascuna donna dell'eventuale possibilità di poter contattare per ogni esigenza il servizio di psicologia dell'ospedale. Ciascuna intervista è stata condotta da due psicologhe esperte in psicologia clinica e metodologia narrativa ed è durata mediamente 45 minuti, successivamente ai consensi firmati è stata registrata e trascritta fedelmente. Per favorire la privacy di ciascuna donna coinvolta, i nomi femminili comparsi nella ricerca risultano pseudonimi fittizi. Infine, il servizio di psicologia dell'ospedale ha messo a disposizione stanze e strutture per gli incontri di supporto terapeutico e per i colloqui di monitoraggio nel tempo, durante tutte le diverse

fasi della ricerca. Per quanto concerne la metodologia, lo studio si è basato su un disegno di ricerca qualitativa, utile particolarmente nell'ambito sociale e della salute nell'esplorare e comprendere i significati attribuiti da individui o gruppi rispetto a questioni sociali e umane (Creswell, 2009). Quest'ultima può rappresentare un mezzo in grado di rendere accessibile l'individuazione, organizzazione e interpretazione delle informazioni raccolte da interviste e conversazioni, attraverso i quali si esplorano i significati vissuti dagli individui coinvolti nei vari contesti sociali (Malterud, 2001; Testoni et al., 2020). In questa ricerca, gli autori hanno eseguito un'analisi tematica dei contenuti risultanti dalle trascrizioni delle interviste, al fine di identificare questioni semantiche rilevanti, somiglianze e differenze tra le narrazioni espresse dalle donne intervistate (Braun & Clarke, 2020). In particolare, l'analisi tematica si configura essere un metodo di ricerca volto a identificare, analizzare e riportare temi e modelli di significato derivanti dai dati qualitativi, rappresentando uno strumento utile nel delineare in modo ricco e dettagliato un resoconto minuzioso dei contenuti emersi (Braun & Clarke, 2006). Al fine della ricerca, va considerato come ogni analisi tematica si basi su una precedente presa di posizione teorica da parte dei ricercatori, che riflette una serie di ipotesi sulla natura dei dati e su ciò che questi riflettono in termini di realtà. Nel presente studio, si è seguito un protocollo principalmente costituito da sei fasi: un'iniziale organizzazione preparatoria del materiale emerso, la creazione di categorie, codifica dei risultati, comprensione e valutazione dei dati emergenti, ricerca di spiegazioni alternative e, in conclusione, stesura di una sintesi tematica finale (Braun & Clarke, 2020; Testoni et al., 2021e). Il processo di analisi si è composto di due approcci essenziali: con una metodologia top-down iniziale, i ricercatori hanno esaminato i testi delle interviste semi-strutturate usufruendo delle categorie a priori stabilite e create da Gillies e colleghi (2014), che hanno compilato il MLC attraverso un'analisi tematica dei racconti delle persone in un'esperienza di lutto, esplorando tematiche legate, ad esempio, i significati attorno al vissuto di perdita, valorizzazione delle relazioni e il cambiamento nello stile di vita. Lo scopo alla base dell'implementazione del MLC riguarda lo sviluppare un sistema di codifica delle narrazioni in forma scritta e orale dell'esperienza di perdita che offrisse la possibilità di cogliere le connessioni tra i tentativi di creazione di significato del lutto, i significati concretamente costruiti e il processo di adattamento di ciascun individuo. Attraverso una mappatura di significati attribuiti in modo sia positivo che negativo, il

MLC rappresenta una categorizzazione generale in grado di guidare nella comprensione delle manifestazioni di senso prodotte in diversi contesti, in primo luogo, nello studio di processi ed esiti delle terapie sul lutto, ma anche negli eventi traumatici di perdita, i quali mettono in discussione il funzionamento della quotidianità e della particolare percezione di Sé, infine, negli ambienti clinici di valutazione dei significati manifestati negli interventi professionali di supporto (Davis & Morgan, 2008; Hooghe & Neimeyer, 2012; Currier et al., 2012; MacKinnon et al., 2013). La codifica dei dati emersa dall'analisi qualitativa dei resoconti di 162 adulti in lutto gode di un'eccellente affidabilità e validità comprovata dalla convergenza di schemi di codifica e misure di self-report esistenti, a cui si aggiunge la sovrapposizione dei temi che include con altri identificati in diversi studi precedenti (Davis et al., 1998; Manne et al., 2009; Coleman & Neimeyer, 2010; Neimeyer & Sands, 2021).

In particolare, il MLC ha consentito di individuare 30 categorie orientate all'esplorazione dei sistemi valoriali ed emotivi, cognitivi, relazioni e comportamentali legati ad esperienze di perdita, ovvero: liberazione dalla sofferenza, accettazione, crescita personale, compassione, valorizzazione delle relazioni, impermanenza, apprezzamento, spiritualità, preparazione del defunto alla morte, cambiamento nello stile di vita, legami familiari e valorizzazione della vita; in aggiunta, tematiche legate all'assenza di significato, mancanza di comprensione, rimpianto del defunto, la perdita di innocenza e identità, sentimenti negativi e rimpianto. Nel presente studio, i ricercatori hanno escluso dall'analisi le seguenti categorie in quanto non consone al contesto di tale ricerca, ovvero identità perduta e identità del sopravvissuto, mancanza del defunto, ricordi, preparazione alla morte, liberazione dalla sofferenza, affermazione del defunto, liberazione dalla sofferenza, tempo insieme, innocenza perduta e identità come persona in lutto. Inoltre, i dati emersi hanno permesso di far emergere diverse tematiche non previste, adottando un approccio bottom-up di analisi delle modalità specifiche di creazione di significato legate all'esperienza di malattia nel primo anno di trattamento che non derivavano da ipotesi teoriche strutturate dalla letteratura (Rotenberg et al., 2020; Testoni et al., 2021a). Infine, per consentire maggior obiettività nell'analisi, ciascun ricercatore ha condotto simultaneamente e indipendente l'analisi e la codifica delle interviste, discutendo e confrontando in ultima istanza i risultati ottenuti fino a raggiungere un accordo unanime, stabilito successivamente con altri due supervisori.

### **3.2.1 Partecipanti**

La ricerca si è sviluppata all'interno dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale di Napoli, centro di riferimento nazionale per la cura delle malattie neoplastiche, nell'ambito del Programma STAR. Lo studio si è basato sulla collaborazione tra il servizio di psicologia e la Breast Unit dell'Ospedale, approvata dal comitato medico dell'Istituto. Le donne coinvolte nella ricerca sono state individuate sulla base di un'analisi dei referti medici e considerate "idonee" in quanto aventi un'età inferiore ai 50 anni e una diagnosi di tumore al seno "duttale infiltrante". Le partecipanti sono state prontamente informate sugli scopi e sulle fasi strutturanti lo studio ed è stato garantito loro una partecipazione volontaria e anonima alle risposte.

Inizialmente, sono state reclutate nella ricerca 50 donne nella fase di pre-ospedalizzazione, mentre il numero totale che si è sottoposto alle quattro fasi longitudinali è stato di 17 donne al di sotto dei 50 anni d'età. La riduzione del numero di donne coinvolte nella prima fase di reclutamento è stata dovuta al peggioramento delle condizioni sanitarie della malattia, la scelta di alcune pazienti di non continuare, cambiamenti nelle strutture ospedaliere e mancanza di tempo da investire da parte di alcune di loro. La ricerca si è composta di 4 diverse fasi in cui le donne sono state intervistate ed esaminate: fase di pre-ospedalizzazione (T1) a 40-60 giorni precedenti l'intervento chirurgico, fase di consulenza post-operatoria (T2) a 30-40 giorni successivi l'intervento chirurgico, nel momento in cui hanno ricevuto i risultati dell'esame istologico, fase di terapia adiuvante (T3), 25-35 giorni dopo l'inizio del trattamento (chemioterapia, radioterapia e terapia ormonale), in conclusione, fase di follow-up (T4) costituita dal controllo dopo 8 mesi circa. I dati sono stati raccolti nel corso del 2018.

Per quanto concerne le caratteristiche sociodemografiche e lavorative delle 17 donne coinvolte, tutte avevano un'età al di sotto dei 50 anni d'età ( $M = 44,47$ ;  $SD = 3,87$ ), con un range di età 36-49 anni: 12 di loro (71%) risultava "Sposata", 4 di loro (23%) "Single" e 1 di loro (6%) "Separata". Inoltre, 15 donne (88%) hanno dichiarato di avere figli e 2 di loro (12%) di non averne; 8 di loro (47%) si identificavano come "Casalinga", 7 di loro (41%) come "Impiegata", infine, 2 di loro (12%) come "Lavoratrice in proprio".

Invece, per quanto riguarda il livello di istruzione, 9 partecipanti possedevano la licenza media (53%), 7 di loro avevano il diploma di scuola superiore (41%) e 1 di loro (6%) possedeva un titolo di studio universitario.

### **3.3 Risultati**

Dall'analisi dei dati delle interviste narrative svolte sono emerse le seguenti principali aree categoriali, ciascuna declinata secondo le categorie tematiche trattate dal MLC:

- Posizionamento del tumore al seno nella vita delle donne
- Risorse durante il trattamento per il tumore al seno
- Crescita post-traumatica
- Significato dell'esperienza del tumore al seno

#### **3.3.1 Posizionamento del tumore al seno nella vita delle donne**

Questa prima area categoriale inquadra in particolar modo il vissuto emotivo legato alla diagnosi tumorale e il suo differente impatto nella vita quotidiana delle partecipanti, cogliendo allo stesso tempo sfumature nelle modalità comportamentali di reazione all'esperienza di malattia, manifestate in atteggiamenti combattivi in modo costruttivo, di accettazione dell'insorgenza del cancro e di rammarico per le opportunità mancate. In quest'area sono state incluse alcune categorie tematiche appartenenti al MLC, tra cui:

- Affetto negativo, coinvolto in esperienze di tristezza, rabbia, senso di colpa, senso di vuoto e disagio.
- Coping, relativo alle varie strategie messe in atto dai partecipanti per affrontare il cancro.
- Moving On, riferito all'atteggiamento combattivo delle partecipanti che, anziché abbattersi, scelgono di affrontare in modo costruttivo le perdite innescate dalla malattia.
- Accettazione, legata alle fasi di insorgenza della malattia, del trattamento e della conseguente acquisizione di un senso di serenità.
- Emotività, che si riferisce alla manifestazione di emozioni non specificate e all'aumento di un contatto intimo con quest'ultime durante il percorso.
- Rimpianto, che riflette sentimenti di rammarico per qualcosa di fatto o non fatto.

Inoltre, sono state evidenziate le trasformazioni di significato durante le diverse fasi del trattamento medico.



### *Affetto negativo*

In una prima fase precedente alla comunicazione della diagnosi tumorale negativa, molte donne riferiscono quanto tale periodo sia fortemente precario e accompagnato da un senso di impotenza e di temporalità sospesa, come ad esempio riferito da Ginevra, donna casalinga di 48 anni, sposata con due figli, la quale sostiene: “Finché non sappiamo che dimensioni ha, che realtà è, non so cosa pensare...Pensi a tutti questi pensieri buoni e cattivi, ma in realtà non lo sai, non lo sappiamo ancora, siamo ancora nel limbo” [FASE I]. Utilizzando la stessa parola chiave “limbo”, Zaira descrive le modalità con cui vive la malattia a 48 anni, con una laurea e un lavoro da impiegata, ed essendo sposata con due figli in età scolare: “È strano, sono in un limbo. Se tutto va bene, allora sarà stato solo uno spavento, lo spero. Ma dentro di me non lo sento, sento che forse c'è davvero qualcosa” [FASE I]. Questa prima fase è caratterizzata ulteriormente da un senso di forte paura, legata al possibile ritardo nell'attesa dell'esito della diagnosi e all'eventuale ricaduta al termine del trattamento medico. Ginevra, a tal proposito riporta: “Hai sempre quel pensiero fisso, è sempre quello, il non sapere, l'attesa, questa fase, questa attesa di queste date certe. Ti rende nervosa, ti fa sentire tesa, in attesa di qualcosa che non puoi controllare” [FASE I]. Questo impatto iniziale di sentimenti negativi può persistere consolidandosi in un'emozionalità pervasiva e invalidante, come riportato da Eleonora, giovane donna casalinga di 46 anni, sposata con due figli in età adulta, che ha riferito di aver provato, in tutte le fasi, un'enorme tristezza che non le consentiva di svolgere le normali attività quotidiane: “Paura, sono angosciata e spaventata” [FASE II]. E ancora: “Questa esperienza è dolorosa, proprio dolorosa. Sono cambiata, non sono più quella di prima, non faccio più le cose che facevo prima nemmeno con i miei nipoti. Basta, non cucino più, non gioco più con i miei nipoti. Questo cancro ha invaso tutto” [FASE IV]. La paura legata alla preoccupazione per i figli è ricorrente nel vissuto di Clara che ha 39 anni, fa la casalinga ed è sposata “sono impaurita perché non so quello che mi aspetta, cioè vengo qua e vedo le signore senza capelli mi manca l'aria.. pure per le mie figlie, paura di avere altre brutte notizie, che la cosa non si chiuda in poco tempo [...] vedo tutto nero, non so se è realmente superabile o meno [...] è come quando ci muore qualcosa, quando perdi qualcosa, questa è la sensazione che provo, quando uno perde.. quando uno ha un lutto” [FASE I]. Questo stato di tensione si può estendere al nervosismo per non poter avere un controllo decisionale sulla propria vita e sul progresso della malattia,

aggiungendo un particolare senso di insofferenza e oppressione: “Ma è tutto perché ci sono delle persone che si aspettano da te determinate cose, tu che ti aspetti delle altre cose alle persone, ci sono cose che devi per forza fare nel ruolo di madre, nel ruolo di figlia ma tu non vuoi fare niente, perché vorresti solo pensare a te ma non lo puoi fare” [FASE II]. Nonostante la guarigione, può rimanere ancora la paura che la malattia torni, come è successo a Carolina che a 36 anni è sposata, ha un figlio di 8 anni e lavora come impiegata. Quest’ultima condivide che: “La mia paura è: e se tornasse? E se non si arriva in tempo?”. [FASE IV]. Infine, è possibile constatare come la trasformazione degli affetti negativi, grazie all’attivarsi di risorse interne esplicitate in strategie di fronteggiamento attive nel superamento della paura e della passività iniziali nell’insorgere del tumore, riguardi solamente l’esperienza di alcune donne.

### *Coping e Moving On*

Per molte partecipanti, è stato sin da subito evidente quanto fosse necessario reagire a quanto accaduto con il fronteggiamento persistente del cancro, dalla sua insorgenza al suo declinarsi durante il percorso medico. Marta è una donna di 49 anni che, dopo aver acquisito la licenza media, si è sposata e ha avuto un figlio, prima del cancro era una casalinga, ora di fronte alla sua malattia spiega che: “Ho paura ma ho anche il coraggio di affrontare la malattia” [FASE I]. Nonostante l’iniziale paura, quasi tutte le donne hanno poi espresso il desiderio di non abbattersi: tutte hanno infine dichiarato di essersi impegnate a combattere la malattia, come Ginevra sostiene “Mi sono trovata in un vortice ma ancora reattiva. Certo non mi sono abbattuta, questo è poco, ma sicuro” [FASE III]. Nello specifico, si è notato come le donne sembrassero essere focalizzate su azioni legate al tempo presente ma al contempo con una visione interna proiettata al futuro che guidava la loro battaglia. Ad esempio, Lia ha 39, lavora come impiegata ed è sposata con un figlio di 9 anni, durante le interviste riporta che: “Devo lottare, voglio riprendere in mano la mia vita... Devo farlo per me e per i miei figli” [FASE I]; nella conclusione del suo percorso, Lia sembra sottolineare ulteriormente l’importanza di andare avanti, pensare al futuro e progettare per andare oltre quest’esperienza: “Non è stata facile da affrontare, ricordo la fase dell’attesa estenuante, ricordo l’intervento e il ritrovarmi mutilata nel corpo, ricordo le terapie toste e debilitanti.. mah.. che devo dire, me la porto dentro quest’esperienza, mi è capitata, i problemi che avvengono uno cerca di risolverli questo,

nessuna esperienza negativa.. un'esperienza che ho affrontato e superato" "[...] mi riferisco a tutta la mia esperienza di malattia.. non voglio che mi fermi, voglio guardare oltre e riprendere ciò che ho interrotto, la mia vita, i miei progetti, i miei sogni" [FASE IV]. Inoltre, le donne sembravano coinvolte nel processo di ricerca delle loro strategie attive di reazione al cancro, come dichiara Ginevra: "Questa è la cosa, che io devo nascondere e mostrarmi forte a loro forte, a loro che sono i miei figli, mio marito, mia mamma, le sorelle, insomma tutti. Devo far vedere che io sono più forte, che sto bene, che combatto, che vado avanti" [FASE I]. In particolare, Barbara, a 49 anni è sposata e libera professionista, con a carico un figlio minorenne di 11 anni, cerca di affrontare con tale modalità l'insorgenza del cancro: "Noi ci dobbiamo occupare della cosa e non preoccupare della cosa [...] io devo iniziare a parlare non col 'devo' ma col 'voglio' e col 'posso'..e.. che forse questa cosa nella..non nella sfortuna, nella fortuna è un bene che mi è capitata così posso capire tutta una serie di altri miei..miei parametri forse che porto dentro" [FASE I]. Dall'analisi bottom-up dei racconti condivisi, è stato possibile anche osservare le strategie messe in atto nell'esperienze difficili passate di alcune partecipanti, in grado di connettersi con le strategie utilizzate nel presente fronteggiamento della malattia. Per esempio, Ginevra ha dovuto affrontare esperienze familiari simili in adolescenza, sostenendo che "ho sempre cercato di aiutare il più possibile". Marta ha condiviso, invece, di aver affrontato la perdita del padre: "fino all'ultimo sono stata vicinissimo a mio padre e l'ho visto morire, ecco come mi sento, allora io cerco di difendere ai miei figli di non farmi vedere piangere, però cerco di essere..fiduciosa di riuscircela a fare [...] sono forte e cerco di essere forte, mi do coraggio in me stessa".

### *Accettazione*

Durante l'ultima fase del trattamento medico per il cancro, è stato rilevato come per alcune donne è stato possibile acquisire un senso di serenità e accettazione della diagnosi, tale atteggiamento non tratterebbe una reazione passiva ma legata alla percezione di poter affrontare la malattia. Barbara ha sostenuto che: "Non posso parlare di rassegnazione, ma sento un senso di accettazione della malattia. Sono abbastanza tranquilla" [FASE IV]. In modo analogo, Carolina spera che tutto possa risolversi nei migliori dei modi: "Sono contenta perché sono felice. Sono anche orgogliosa perché ce l'ho fatta. E poi c'è anche la speranza. Sono anche fiduciosa per quello che verrà, ovviamente. C'è anche la paura,

quella c'è sempre" [FASE IV]. Questa accettazione ha consentito alle partecipanti di vivere la malattia in modo più tranquillo e con una forte speranza di riuscire a guarire, come sostiene Sophie, donna impiegata di 45 anni "Ho la speranza che sia stato solo un brutto momento e quindi di poter ancora progettare e fare cose che non ho mai fatto finora, spero di poterle fare dopo. Hai un impulso diverso, diventi più reattiva, come se dicessi, vabbè mi è capitata una cosa brutta che poteva finire male ma hai un'altra opportunità, spendila bene" [FASE I].

### *Emozioni*

Attraverso le diverse fasi del percorso, i racconti delle donne hanno permesso di far emergere non solo sentimenti negativi relativi all'impatto della diagnosi nella loro vita, ma anche stati emotivi non per forza di natura depressiva o negativa, in grado di evolvere con il fronteggiamento della malattia, come nel caso di Sophie, la quale, nonostante un'iniziale tensione legata all'attesa, riesce a percepire ancora fiducia nel cambiamento e future opportunità: "[...] comunque la tensione legata all'attesa... e comunque qualcosa che.. che non ti fa rilassare cioè è un continuo stato di allerta" "ehh la speranza che.. sia stato solo un brutto momento e quindi.. poter progettare e fare.. cose che magari non hai fatto finora, spero di poterle fare dopo" [FASE I], sino al raggiungimento dell'ultima fase, in cui Sophie si sente decisamente più serena e speranzosa. In modo analogo, anche Ginevra attraversa inizialmente un forte stato di nervosismo e incertezza, ma nell'ultima fase del percorso dichiara di: "Adesso come adesso io mi sento..sto bene, mi sento fortunata tra virgolette e per il momento mi sento tranquilla poi.." [FASE IV]. Anche Clara attraversa una fase di sofferenza e impotenza legate all'attesa rispetto alla malattia, ma raggiunge nelle ultime fasi un momento di stabilità emotiva in cui sente "Forza, liberazione, autostima" [FASE III]. Marta sente di star attraversando un uragano emotivo: "sento tante emozioni un turminio di emozioni... ma faccio tante cose, mi tengo impegnata con la mente e con il corpo, lo devo fare" [FASE II].

### *Rimpianto*

Nella seconda e terza fase, caratterizzate dalla perdita della propria identità corporea e dalla somministrazione di trattamenti medici come radioterapia e chemioterapia, alcune donne hanno espresso il rimpianto e dispiacere per non essersi sottoposte prima a esami

diagnostici o per aver sottovalutato i sintomi. Nelle loro narrazioni, il rimpianto si intrecciava alla rabbia diretta verso sé stesse, come condivide l'esperienza vissuta da Miriam, partecipante casalinga di 44 anni, sposata con tre figli piccoli: “Penso di essere stata comunque forse un po' negligente, perché inizialmente avevo questa piccola nocciolina, ma mi sono rivolta al medico di base e quando gliel'ho detto mi ha detto: oh beh, la ghiandola va e viene. È comunque collegata al ciclo. Forse penso che il fatto sia stato che comunque non mi sono interessata, cioè ho sentito il suo parere e non ho approfondito, avrei potuto evitarlo. Se si fosse agito prima non sarebbe diventata una situazione così pesante. Mi rimprovero per questo, perché, come si dice, mi sono fidato del parere di un medico. Non ho approfondito affatto la questione”. [FASE II]. Inoltre, la rabbia si manifestava anche in termini generali alla situazione stessa, non per forza orientata ad un obiettivo specifico, come ad esempio, Carolina ha dichiarato: “Devo rifare la chemio, che non volevo fare. Ora sono arrabbiata” [FASE II]. Dall'analisi bottom-up, è stato rivelato come molti atteggiamenti espressi dalle partecipanti fossero influenzati dalla familiarità con le precedenti esperienze di malattia dei familiari. Ad esempio, Ginevra ha descritto una “madre con varie cisti, la nonna con una mastectomia e poi l'asportazione del seno e poi il gonfiore e poi l'operazione e poi l'amputazione, e mia zia con l'addome... quindi, insomma, più o meno... chemio, radio, post-operatorio e così via... Non sai quali saranno i traumi che ti accompagneranno dall'adolescenza ... anche prima, praticamente da bambina e quindi, poi ... è tutto un film e dici "questo l'ho già visto" e quindi ... te ne preoccupi” [FASE I]. La propria esperienza di malattia poteva persino evocare la sofferenza per un lutto precedente, come Eleonora riferisce: “Ho provato un dolore simile a questo per la perdita di mio fratello, sì... è un dolore... oh no, simile, perché la perdita di... Non posso paragonare la perdita di un fratello a questa cosa perché nel frattempo sono ancora qui a parlarne e mio fratello è sottoterra, ma... così, no” [FASE II].

### **3.3.2 Risorse durante il trattamento per il tumore al seno**

In questa seconda area categoriale, vengono valorizzate le risorse che hanno favorito il fronteggiamento e il superamento delle difficoltà legate al cancro e la somministrazione dei trattamenti, tra cui, in particolar modo, i legami con la cerchia familiare, con il proprio partner e i figli, con la rete amicale circostante, ma anche il rapporto di fede con Dio e la propria spiritualità. Inoltre, viene affrontato l'impatto che il tumore può innescare in

termini relazionali nel cambiare le modalità con cui ci si relaziona e si sceglie di chi circondarsi, infine, nel mutare la propria fede e fiducia in Dio dopo la diagnosi.

Quest'area ha incluso le seguenti categorie tematiche appartenenti al MLC, ovvero:

- Legami familiari, che includono i mutamenti nella struttura familiare.
- Valorizzazione delle relazioni, ovvero il potenziamento dei rapporti interpersonali come risorse di fronteggiamento del cancro.
- Spiritualità, legata ad espressioni e citazioni sulla propria fede spirituale, la religione e Dio.

Inoltre, sono state evidenziate le trasformazioni di significato durante le diverse fasi del trattamento medico.

#### *Legami familiari e Valorizzazioni delle relazioni*

Le partecipanti hanno particolarmente individuato gli elementi presenti nella loro quotidianità che avessero una funzione supportiva durante tutte le fasi della malattia, evidenziando in aggiunta le trasformazioni dei significati attribuiti per la maggior parte delle donne a tali risorse. In primo luogo, il sostegno della famiglia risultava centrale per la maggior parte delle donne durante tutta la durata dell'esperienza, come nel caso di Sophie: "La mia famiglia mi è stata vicina, le mie figlie e mio marito, mio padre e la seconda moglie di mio padre, diciamo che è come una madre, nel senso che è sempre con me, mi accompagna in tutto. Quando ho scoperto che avrei potuto avere un altro tumore, la prima persona che ho chiamato è stato mio padre" [FASE I]; anche Ginevra ritrova nel sostegno familiare una fortuna e una risorsa che l'ha aiutata ad affrontare tale esperienza: "Tutta la famiglia, non mi hanno mai abbandonata" [FASE IV]. Sulla stessa linea si trova Ludovica, che ha 48 anni, è una casalinga con licenza media, è sposata con due figli adolescenti e ha sottolineato: "La mia famiglia mi ha aiutato in tutti i modi. Mio marito e i miei figli. Mi hanno fatto riposare e stare tranquilla" [FASE IV]. Accanto al valore del sostegno e della vicinanza della famiglia, del partner e dei figli, anche la consapevolezza dell'impatto della malattia sulla famiglia, come accade per Silvia che a 41 anni è impiegata e nubile, con due figli piccoli di 4 e 2 anni: "Perché quando una persona si ammala, di questa malattia, si ammala tutta la famiglia. Non c'è niente da fare, perché tutti soffrono di, chi in un modo, chi in un altro" [FASE IV]. Anche per Eleonora, i legami parentali sono una risorsa di forte aiuto, dal momento che affronta la sua malattia senza il marito che si trova in carcere "mio cognato.. sisi lui.. mi accompagna e mi è vicino

perché intanto è il fratello di mio marito” [FASE I]. Per quest’ultima partecipante, la famiglia è ciò che la fa star bene e la motiva a lottare: “c’è mia nipote che è piccolina, ti ripeto c’è mia figlia che è in fase di separazione e vivono con me, questa cosa la devo affrontare in primis per lei che ne ha bisogno più di tutti lei di me, che sono io che gestisco di più la situazione a casa, dipendono molto da me lei e mia figlia e devo stare bene per lei [...] l’importante è che io ci sono per lei lì, questo è quello che mi fa stare un pochino bene” [FASE II].

L’esperienza di malattia si è configurata essere anche un’opportunità per migliorare le relazioni con amici, parenti e comunità, al di fuori della cerchia familiare: Artemisia è una donna di 45 anni, possiede la licenza media ed è sposata con due figli, di cui uno minorenni, e racconta l’instaurarsi di un’importante nuova amicizia con una donna che ha condiviso lo stesso percorso di malattia “C’era una persona in ospedale che aveva un grosso problema, tanto, tanto grave. È stata una forza, è stata quella che mi ha aiutato. Anche lei aveva i suoi problemi ma mi ha aiutato, mi ha fatto pensare in modo positivo” [FASE IV]; allo stesso modo, Lara è una partecipante di 47 anni, lavora come libera professionista ed è sposata con due figli, racconta di essersi sentita particolarmente supportata dal gruppo ecclesiale della sua parrocchia “Mi trovo a parlare con la comunità che frequento. Pregano per me sapendo che devo essere operata. Mi sono vicini con una piccola parola” [FASE II]; anche Barbara ha trovato accoglienza e sostegno nella sua comunità “Ho ricevuto il sostegno della gente, dei negozianti, delle persone nel mio condominio. Perché in quel periodo, essendo un architetto, avevo un lavoro di supervisione di un progetto di costruzione nell’edificio per il telaio. L’azienda lo venne a sapere, i vicini del condominio lo vennero a sapere. Una vicinanza totale da parte di tutti. Solidarietà e affetto” [FASE II]. Infine, è stato riconosciuto anche il valore dell’équipe che ha accompagnato le donne nel loro percorso, come ha raccontato Ginevra: “Non sono mai stata sola, sono sempre stata guidata dalla mia famiglia, dall’équipe” [FASE II]. Barbara ha particolarmente valorizzato il supporto professionale ricevuto: “chiacchierare con voi diciamo, come centro, secondo me è una cosa che funziona [...] lo vogliamo chiamare sostegno, apporto, o supporto [...] Il parlare con l’altro, io ho sempre pensato, mi fa conoscere anche me stessa” [FASE IV].

Al contrario, per alcune partecipanti, invece, l’unica persona a cui sentivano di poter fare davvero affidamento erano principalmente loro stesse, come nel caso di Miriam: “Mi sono

sentita come se fossi io stessa il mio principale aiutante. Mi sono rafforzata, perché ho capito che alla fine non potevo contare sulle persone, perché anche gli altri soffrivano. Ho cercato di non riversare i miei problemi sugli altri, ma di riversarli su me stessa” [FASE IV].

### *Spiritualità*

Durante la prima fase del percorso, in particolare per due partecipanti, la religione e la possibilità di pregare hanno assunto un ruolo fondamentale per non rassegnarsi e scoraggiarsi nel momento dell’impatto del cancro. Ad esempio, Lara ha condiviso che: “Avvicinandomi al Signore ho superato molti ostacoli” [FASE I], sottolineando come la sua fede le abbia trasmesso forza e volontà di vivere, nonché possibilità di vedere le cose come un dono. Allo stesso modo, Lia ha sostenuto l’importanza della fede nel processo di guarigione: “Intendo la fede come un sostegno, credere in qualcosa che ti dà la forza di superare qualche difficoltà” [FASE I].

Al contrario, Marta ha invece affermato che: “Mi sono allontanata dalla chiesa. Non vado più a messa. Entro a malapena per il segno della croce. Questo mi turba molto. Dico al Signore: quando vuoi che finisca, fammelo sapere. Sarò dura, ma sono anche arrabbiata” [FASE III]. Ciò sottolinea la presenza di un vissuto di rabbia diretta verso Dio, considerato come la causa dell’arrivo della malattia, innescando a sua volta una perdita della sua fede religiosa. Zaira, invece, rispetto a un’entità superiore sostiene “io non ho molta fede, se veramente esiste qualcuno che mi desse un aiuto, ma non per me per i miei figli” [FASE I]. Analogamente, anche Clara condivide “non c’è spiegazione, non riesco a dare una spiegazione. Poi ultimamente, cioè alcune persone si aggrappano alla fede così, io anzi mi sono abbastanza allontanata, quindi, non me la do una spiegazione”. [FASE II]. Durante le interviste, Barbara condivide la sua vicinanza al mondo della omeopatia, dichiarando che “Sono molto materialista, molto pragmatica, non riesco ad abbracciare ancora nessuna fede, insomma. Nonostante le mie insicurezze credo in me stessa, e credo in alcune cose, quindi non riesco proprio a pregare o rivolgermi diciamo a qualcuno o a qualcosa, questo non ce la faccio a farlo” [FASE II].



### 3.3.3 Crescita post-traumatica

Nonostante le difficoltà quotidiane innescate dall'esperienza di cancro, la maggior parte delle partecipanti è riuscita a riscontrare benefici derivanti da questa situazione drammatica: la malattia ha infatti permesso di attuare un cambiamento di prospettiva e di ridefinire le proprie priorità, di apprendere consapevolezza utili nel far fronte alle difficoltà verso il concretizzarsi di una reale crescita personale e di un cambiamento identitario, espressi nella voglia di vivere a pieno la propria vita con maggior empatia e sensibilità nei confronti degli altri.

In questa terza area categoriale sono presenti le seguenti categorie tematiche tratte dal MLC caratterizzanti nello specifico le ultime fasi del trattamento:

- Valorizzare la vita, che si riflette nell'atteggiamento di dare un valore diverso alla propria vita in seguito alla diagnosi.
- Vivere al massimo, espresso nel desiderio di sfruttare ciascun istante a disposizione per vivere nuove esperienze.
- Impermanenza, legata alla consapevolezza della finitudine della vita e della breve durata che in alcuni casi essa può avere.
- Crescita personale, che si riflette nello sviluppo e cambiamento positivo in termini caratteriali.
- Cambiamenti nello stile di vita, e nello svolgersi della routine quotidiana.
- Prospettiva più ampia, legata alla capacità di non farsi turbare da eventi minori basandosi su una visione generale e completa della propria vita.
- Cambiamento d'identità, si riferisce alla presenza di un cambiamento senza specificare le motivazioni alla base.
- Compassione, che si riferisce all'innescarsi di maggiore altruismo ed empatia, sensibilità e disponibilità nell'aiutare con la propria presenza gli altri.

Inoltre, sono state evidenziate le trasformazioni di significato durante le diverse fasi del trattamento medico.

#### *Valorizzare la vita e vivere al massimo*

Durante le interviste, molte donne hanno riportato come l'esperienza di malattia sia stata un'occasione che ha permesso loro di dare un valore più profondo alla vita. Per alcune,

questo processo è iniziato fin dalla prima fase del trattamento, mentre per la maggior parte delle donne è avvenuto durante le parti finali del trattamento, una volta superato il rischio per la propria vita. Lara, durante il periodo di indagine del nodulo sospetto, inizialmente condivide: “Sai che puoi anche morire quando hai un tumore, no? E allora penso che la vita comincia a essere visto in modo diverso, ogni giorno è un giorno più bello, si dà più valore alle cose” [FASE I]. Anche Carolina ha vissuto questo attaccamento immediato alla vita “poi quando stai qua ti rendi conto che andare al lavoro, che la vita normale quella di tutti i giorni quella in cui uno dice ‘mamma mia faccio sempre le stesse cose’ è la più bella [...] uno vuole ritornare alla vita di tutti i giorni [...] però poi magari questa vita ce la dobbiamo guadagnare” [FASE I]. Miriam condivide l’apprendimento per il rispetto appreso per la vita: “si ho capito che nella vita ognuno deve contare su se stesso, questo l’ho capito a priori alla fine ci sono molte persone che si lamentano per niente senza capire che i problemi sono altri ho dato un valore più alto alla vita che comunque bisogna rispettarla” [FASE III].

Nelle fasi finali del trattamento, invece, Artemisia racconta di aver attraversato un cambiamento nella sua vita: “Ora vivo la vita in modo più sereno. È come se all'improvviso capissi quali sono le cose più importanti, il valore della vita, delle persone care, dei figli. Si vedono meglio i beni preziosi che si possiedono e che si danno sempre per scontati nella vita quotidiana. Invece la vita può cambiare da un momento all'altro e bisogna essere consapevoli di ciò che si ha” [FASE III]. Dopo l’iniziale paura della possibilità di morire che la malattia ha fatto insorgere, il cambiamento si è espresso anche nella volontà di voler sfruttare al massimo il tempo che gli rimaneva. Lo dichiara Alice, impiegata di 44 anni, separata con un figlio maggiorenne: “Ho capito il valore della vita, della salute. Un giorno ce l'hai e un altro potresti non averla. Devi fare tutto quello che puoi e vuoi fare senza rimandare nulla” [FASE IV]. Tale esperienza ha innescato un'esaltazione della vita nel cogliere l'importanza di non rimandare più gli impegni e di vivere giorno per giorno senza concentrarsi su cose futuri.

*Crescita personale, cambiamenti nello stile di vita, prospettiva più ampia, cambiamento di identità e compassione*

Al termine del trattamento medico e del loro percorso di malattia, molte partecipanti riportano che quanto accaduto loro le ha rese più predisposte ad aiutare gli altri e a

scoprire nuove aree di sé, alimentando così la propria crescita personale, come Artemisia: “Forse oggi sono più sensibile, sento più profondamente il dolore degli altri e quindi tendo a sentire più profondamente il bisogno di fare buone azioni, di aiutare concretamente gli altri se hanno bisogno di aiuto, di fare buone azioni verso chi ha bisogno, perché ora so cosa significa” [FASE III]. Anche Sophie condivide l’aumento del suo desiderio di essere solidale con gli altri dopo la malattia: “Tutte le esperienze, per quanto negative, devono poi rappresentare un punto di riflessione e di crescita. Vorrei aiutare anche gli altri. Ci sono tante persone che soffrono, bambini che soffrono” [FASE IV].

Durante le interviste, Clara ha condiviso così la crescita personale vissuta: “Ma sicuramente non si dà più niente per scontato, sicuramente...stare più attenta al prossimo, purtroppo tendevo a stare sempre sul chi va là anche sul mio corpo [...] Ascolterò di più il mio corpo, sicuramente sarò, godrò di più dei momenti belli, questo sicuramente, ma già adesso è così, perché comunque, quando poi hai i momenti brutti, poi apprezzi di più i momenti belli” [FASE I]. Questo cambiamento significativo si è protratto sino al concludersi dei trattamenti, quando Clara afferma: “sono molto diretta ancora di più di quello che potevo essere prima, e poi apprezzo di più quello che succede [FASE IV]. Altro cambiamento personale si evinceva in alcune nell’aver imparato a pensare non solo agli altri ma anche a sé stesse, iniziando a volersi bene: a tal proposito, Barbara sostiene che: “Voglio cercare di avere un sano egoismo, quindi anche di dire no a certe cose” [FASE IV]. In linea con ciò, anche Miriam afferma che: “Ho capito che devo essere più egoista, ad essere sincera. Perché sono un po' altruista e invece ho capito che devo amare prima me stessa. Nessuno può giustamente amarti più di te stesso” [FASE IV]. In alcuni casi, l'amore per sé stesse si è concretizzato nel diminuire la tendenza a trascurare completamente i propri bisogni ed esigenze fisiche, acquisendo la consapevolezza che la prevenzione in termini di salute è essenziale: Silvia e Lia, appena scoperta la presenza di masse sospette, hanno voluto enfatizzare l’importanza di sottoporsi a controlli regolari, a tal proposito Lia afferma che: “Da un punto di vista medico, sicuramente ho capito l'importanza degli autocontrolli. È necessario controllarsi, per prevenire le malattie” [FASE I]. L’amore per sé stesse si esprime così nel racconto di Barbara “innanzitutto bisogna volersi bene di più..se stessi.. affidarsi e fidarsi, però mai troppo [...] Pensare in un altro modo, sicuramente devo pensare in modo più leggero, il fatto di cogliere l’attimo.. [...] con un altro equilibrio” [FASE IV].

Per alcune donne, quest'esperienza le ha portate ad agire diversamente e a dare un valore differente alle cose, ad esempio Artemisia condivide che: "Prima ero più impaziente, nervosa, quasi isterica.. ero polemica, prima l'attesa mi agitava, mi alteravo di più [...] ora vivo la vita con più calma sicuramente. È come se all'improvviso capissi quali sono le cose più importanti, il valore della vita, il valore degli affetti, i figli.. vedi con maggior chiarezza i beni preziosi che possiedi che di solito nella vita quotidiana dai sempre per scontato e invece no la vita può cambiare da un momento all'altro e devi essere consapevole di ciò che hai" [FASE III]. In linea con ciò, tale tendenza si poteva esprimere nel ridurre la progettualità rispetto al futuro, come nel caso di Rosa, una donna di 46 anni, casalinga e non sposata "inizi a vivere giorno per giorno senza fare progetti a lungo termine perché poi ti metti a chiedere se questo lungo termine poi ci sarà e allora quindi cerco di godermi le giornate così come sono, come vengono, senza lasciarmi la testa prima di rompermela" [FASE II]. Lara sente di aver appreso molto da questa esperienza difficile: "Beh impari a valutare meglio le cose importanti della vita, a non dare per scontato niente e nessuno, a ringraziare per ogni giorno e per ogni cosa bella che viene" [FASE III]. In altre partecipanti, invece, l'impatto della diagnosi ha comportato una chiusura relazionale e comunicativa, accompagnata da una persistente incapacità di gestire la propria vita come prima: ad esempio, Eleonora racconta che "sto a casa con mia sorella, con i miei nipoti, si gioco con i miei nipoti perché son loro che si avvicinano sempre [...] ma sto sempre concentrata sulla stessa cosa [...] penso e penso sempre a ste chemio, è la cosa che mi distrugge psicologicamente." [FASE II]. Da un approccio bottom-up alle narrative condivise dalle donne, si son potuti considerare importanti cambiamenti relazionali, come nel caso di Barbara: "Con nessuno, non parlo con nessuno [...] se vogliono venire vengono, se non vogliono venire io non mi posso sfacchiare attorno a loro perché è già una fase un po' difficile da superare questa, la sto superando però intanto mi trovo da sola" [FASE III]. Analogamente, nella prima fase della malattia, Barbara sottolinea il desiderio di non voler avere persone vicine in modo eccessivo, dichiarando che "ci sono delle fasi che voglio fare da sola" [FASE I] e del momento di solitudine che attraversa successivamente: "le persone non riescono a starti vicino, non sanno il meccanismo, la chiave per starti vicino [...] le persone scompaiono perché non sono oberate di problemi, non sanno affrontare il tuo disagio" [FASE III]. Nell'ultima fase, Barbara condivide di aver eliminato dalla sua vita la presenza di molte persone "Ora

ad alcuni accolgo e altri non li accolgo più, voglio essere io accolta. [...] bisogna volersi bene di più [...] è come se volessi di più, dagli altri.” [FASE IV]. Allo stesso modo, anche Clara condivide tale cambiamento nelle proprie consapevolezza relazionali: “Si capiscono tante cose della vita, si capisce.. quello che vuoi togliere dalla tua vita. Togli parecchie persone, le elimini, parenti, le elimini. Sei più sul concreto, nel senso che eviti le ipocrisie.. quello che ho capito è che non bisogna perdere tempo, né con le persone né con le cose, apprezzi di più i momenti e togli tutto il superfluo, sia come persone che come cose che capitano nella vita [...] Un po’ chi ti sta vicino non lo capisce” [FASE IV]. La sua esperienza di malattia si è declinata nell’essere “una bilancia per tutte le cose, su te stessa su come percepisci gli altri, su come.. pesi anche i comportamenti degli altri, sia nel bene che nel male [...] chi ti trovi, nel quotidiano, chi ti ritrovi veramente, chi ti ritrovi per chiaccherare, chi è falso [...] Sì, si cambia, cambi tu e cambi il modo di percepire gli altri” [FASE II].

Per Miriam, saliente è stata questa sensazione di estraniamento nei confronti degli altri e nei confronti di sé stessa “Ci sono stati momenti in cui mi sono estraniata come se non fossi io a fare certe cose e poi ci sono stati momenti in cui mi sono chiusa in casa non avevo voglia di uscire a volte mi sentivo pure bene e dicevo che stavo male perché non volevo uscire non avevo voglia di vedere nessuno [...] io mi sentivo sola, ma ci sono tante persone vicine ma mi sono sentita sola, le mie emozioni forse non le ho dette non mi sono aperta” [FASE III].

### *Impermanenza*

Nel riferirsi all’esperienza di malattia e della possibilità di morire come parte della vita, le donne sottolineano un senso di provvisorietà e precarietà, come Sophie, che dichiara di star attraversando una fase “transitoria” in cui le spaventa “l’idea di dover fare delle terapie” [FASE I]. Anche Ginevra, in una prima fase diagnostica del tumore, sottolinea di star attraversando un periodo di intensa incertezza “ti far stare nervosa, ti fa stare... in attesa di qualcosa che tu non puoi controllare, non sai..” [FASE I]. Nell’attraversare questa prima fase difficile della malattia, Zaira condivide “Mi auguro che questo sia uno spavento.. però dentro di me non me lo sento, mi sento che forse c’è veramente qualcosa, vedi quando uno ha delle sensazioni strane?” [FASE I]. Rosa aggiunge la consapevolezza che: “La malattia fa parte della vita e può capitare prima o dopo a tutti ... alcuni prima e

altri dopo” [FASE III]. A questa difficile precarietà da attraversare, Silvia sostiene “la cosa alla fine poi è una questione di tempo mi devo abituare alla situazione per poi poterla affrontare in un primo momento ti lascia così spiazzata e devo reagire in qualche modo non posso permettermi il lusso di deprimermi” [FASE III].

### **3.3.4 Significato dell'esperienza di tumore al seno**

In quest'ultima area tematica, vengono affrontati da un alto i bisogni di esprimere un senso rispetto all'insorgenza e all'esperienza traumatica vissuta a causa della malattia, manifestati nella diversità di significati espressi da alcune partecipanti, dall'altra, la mancata volontà di ricerca di un significato all'origine della malattia che si esprime nel considerarla una parte integrante della vita stessa, e infine, un fallimento nel cogliere e attribuire significati e spiegazioni al loro vissuto.

All'interno di questa quarta area categoriale, sono state affrontate le seguenti categorie tematiche tratte dal MLC:

- Meaning Made, legato ad una comprensione e significazione dell'evento della malattia e della causa della sua insorgenza.
- No Meaning, che si riflette nell'atteggiamento di alcune partecipanti di non cercare un senso più profondo all'esperienza del cancro.
- Mancanza di comprensione, che si manifesta nel tentativo non riuscito di cogliere un significato o aver rinunciato alla ricerca dello stesso.

Inoltre, sono state sottolineate le trasformazioni di significato durante le diverse fasi del trattamento medico.

#### *Significato attribuito, assenza di significato e mancanza di comprensione*

Durante le fasi del trattamento medico, è stato possibile evincere diverse sfumature di significato attribuite all'insorgenza del tumore, in particolare: nelle FASI I e II, le donne hanno raccontato di attraversare un processo intenso di riflessione sulla loro persona e di ritiro, in cui si cercava di trovare un significato e una risposta esaustiva legata alla domanda "perché a me?". Lia ha detto: “Non so perché, non immagino nulla, non do la colpa a niente e a nessuno"... "È normale... forse in futuro capirò”. In aggiunta, si è discusso dei fattori ereditari e familiari legati alla malattia, collocando un senso causale dell'esperienza che stavano vivendo all'interno di sé stesse, attribuito alla propria

genetica, al proprio corpo e la loro storia personale. Ginevra racconta: “[...] per discendenza, come eredità familiare, è l'unica spiegazione che si può dare”. Ilary è una partecipante di 42 anni che lavora come impiegata a tempo pieno, non è sposata e ha due figli, durante i colloqui ha riferito: “Ho avuto una madre che ha avuto un cancro al seno 10 anni fa”. Nelle prime due fasi del suo percorso, questa partecipante spiega l’insorgenza della malattia in tal modo “me la sono cercata, perché mi sono trascurata [...] io per vari problemi mi ero abbandonata sono passati 5 anni e non mi sono più controllata”.

In un secondo momento, la maggior parte delle donne ha formulato significati causali generici o esterni della malattia, a partire da un ancoraggio alle dimensioni di significato condivise culturalmente per permettere alle donne un senso di maggior stabilità e comprensione rispetto al mondo, considerando così il tumore come naturale parte integrante della vita, senza cause particolari. Lia ha detto: “Non c’è un perché, ci si ammala punto e basta, né si è più fortunati degli altri né si è più sfortunati degli altri, assolutamente, quindi..è normale, anche questo, ammalarsi.”. D'altra parte, si è notato come i racconti tendessero a rimuovere la causalità da loro stesse in un processo di attribuzione orientato a fattori esterni incontrollabili, nello specifico, citando il destino, la situazione ambientale, Dio. Come nel caso di Silvia, in cui giocava un ruolo decisivo la sfortuna: “In realtà penso che sia solo sfortuna, cioè che sia capitato a me piuttosto che a qualcun altro di avere questa cosa...” “Non credo che ci sia un motivo particolare per cui una persona si ammala. Succede. Purtroppo, può capitare nel corso della vita. Può succedere piuttosto che finire sotto un tram o avere qualche altra disgrazia e . . . fa parte della vita”. Alcune donne hanno attribuito la causalità della malattia a fattori ambientali come il vivere nella Terra dei Fuochi (un'area in Campania caratterizzata da una diffusa combustione di rifiuti tossici), che potrebbe aver aumentato il rischio di sviluppare tumori. Ad esempio, Artemisia ha riferito che: “Purtroppo viviamo in un mondo dove c'è la Terra dei Fuochi e quindi prima o poi ti devi ammalare, per quello che mangi, per l'aria che non è buona, quindi ti ammali per questo motivo”. Analogamente, anche Rosa ha dichiarato: “Non so, forse per il clima, per l'aria. Tenga presente che io abito nella Terra dei Fuochi dove ci sono quelle emissioni di fumo che sono chiaramente uscite dall'ex fabbrica... Li ho a 300 m in linea d'aria ... e quindi ... non so... a volte”.

Nella Fase III, il trattamento declinato nella chemioterapia e radioterapia ha causato importanti perdite nell’identità corporea che conseguentemente ha rafforzato le

attribuzioni di significato connesse alla malattia in loro stesse e nella loro storia ereditaria, familiare e genetica. Ginevra e Alice hanno sostenuto: “Il cancro al seno è una malattia genetica... è ereditario”... “l’insorgenza del cancro al seno è all’interno della storia familiare”. Clara, invece, enfatizza il senso di solitudine caratterizzante il suo vissuto di malattia “La malattia è solitudine, perché nessuno ti può capire fino in fondo [...] te la devi cavare da solo, cioè come si dice, quando uno muore stai da solo”. Barbara orienta così le sue credenze all’origine della malattia: “Ma io credo che è vero il fatto che si dica che poi portare una serie di malesseri anche psichici oppure le poche gratificazioni, delusioni, stress... io sono sicura che il fatto che 2 anni fa sono successe una serie di disavventure sia in ufficio, sia a mia madre, sia ad altre persone care e io sono stata presa da situazioni pratiche, io sono stata più sotto stress e sicuramente incide sul fisico. Io penso sia vera la cosa che si dice uno poi si ammala”. Lara, invece, sottolinea una continuità nel credere influente l’aspetto ambientale nel causare l’insorgenza della sua malattia “la spazzatura, tutto quello che è successo al Sud, il mangiare contaminato, cose seminate al posto sbagliato”.

Fase IV. I significati sopra citati sono emersi concentrandosi particolarmente su due aspetti: tre partecipanti ritenevano che la malattia fosse il risultato di una punizione divina o della volontà del Signore, come riportato da Marta: “A volte penso che sia una punizione del Signore ... per quello che non so”, una persona ha collegato la causa della malattia al fumo o a modalità diverse con cui avrebbe potuto fare scelte alternative, sentendosi così lei stessa la causa principale, come racconta Zaira che dà la colpa al “fumo, perché io fumo, o uso la pillola”. Altri ritenevano che non ci fosse un significato preciso o una causa dominante legata alla malattia, ma che il tumore rappresentasse semplicemente la “malattia del secolo”, come l’ha definita Eleonora. Ludovica, invece, sottolinea “è il percorso della vita, sono cose che succedono, che capitano. Non è che uno pensa come mai a me, oppure a te no, e a me sì. Sono cose che si affrontano e si va avanti”. Anche Lia supporta questa tesi, senza cercare per forza una causa a quello che sta vivendo “Non ho immaginato niente, credo che le cose avvengono, non sempre bisogna trovare per forza la colpa o dare la colpa a qualcuno o a qualcosa, accadono, ci sono anche le malattie e vanno affrontate... semplicemente questo, accadono, a volte anche senza motivo”.



### 3.4 Discussione

L'utilizzo del "Meaning of Loss Codebook" (Gillies et al., 2014) in tale ricerca qualitativa si inserisce in un'ottica costruttivista rispetto all'esperienza di "perdita" che implica un processo costante di negoziazione, assimilazione, accomodamento e modificazione di precedenti significati verso nuove modalità di ristrutturazione della realtà e di orientamento nelle situazioni dolorose, in linea con una letteratura precedentemente consolidata (Neimeyer, 1999; Neimeyer et al., 2010; Neimeyer, 2019). Un'esperienza traumatica può infatti esprimersi interrompendo il flusso narrativo di chi la vive ad un livello sia superficiale sia profondo, con il rischio di mettere in discussione l'unità coesa del sé (Neimeyer & Mahoney, 1996). In tale ottica il MLC ha permesso di cogliere sin da subito nel processo di codifica differenze nelle modalità con cui le donne contribuiscono ad un processo di costruzione attiva del senso conferito agli eventi quotidiani ed esterni. In particolar modo, lo strumento si è allineato adeguatamente nel rilevare e trasmettere il vissuto di cancro al seno nel differenziarsi dei contenuti espressi dalle donne nel loro processo di adattamento alla malattia, permettendo così un maggior apprezzamento delle sfumature di significato e una categorizzazione generale dei risultati emersi dai colloqui. Quest'ultima ha sottolineato inizialmente come il vissuto di perdita e di contatto ravvicinato con la morte possano aiutare le persone a costituire maggior valore alla vita, come raccontato da molte partecipanti di questo studio che descrivevano la loro vita come preziosa e non più "scontata". Diversi autori hanno evidenziato l'importanza di riflessioni consapevoli e mature sul tema della mortalità poiché questo permetteva non solo di apprezzare maggiormente la propria vita, ma di concentrarsi ulteriormente su compiti ed obiettivi da raggiungere prima della morte (Greenberg et al., 1994; Testoni et al., 2018a; Testoni et al., 2018b; Testoni, 2020).

Un'altra area tematica derivante da questo studio in accordo con le osservazioni di Gillies et al. (2014) è relativa al forte desiderio di vivere al massimo la vita dopo essersi avvicinati ad una condizione di mortalità legata alla condizione umana, questo ha infatti incoraggiato la consapevolezza nelle partecipanti di essere loro stesse responsabili nello sfruttare a pieno la vita rimasta e di non avere a disposizione un tempo infinito per farlo. Questo specifico risultato è stato evidenziato in precedenti studi (Testoni et al., 2019c; Testoni et al., 2021d), secondo cui percorsi educativi rivolti a riflessioni attorno alla finitudine possono portare le persone a utilizzare il proprio tempo in modo più produttivo,

gestendo in modo adeguato le angosce che tale tematica fa emergere. Inoltre, si è esplorato il concetto di “Impermanenza” individuato nel MLC, che enfatizza ulteriormente la precarietà e transitorietà della vita, la quale talvolta mette di fronte a eventi che esulano da un personale controllo, come può esserlo l’esperienza di cancro al seno. Quest’ultimo può infatti innescare un contatto improvviso con l’idea di morte e della sua inevitabilità, facendo emergere uno spettro emotivo di sentimenti angoscianti e di puro terrore esistenziale (Greenberg et al., 1986; Solomon et al., 2017). Una riflessione attorno a queste tematiche risulta solitamente allontanata dalle narrative e censurata a livello sociale, etichettando il morire e le malattie come argomenti tabù verso cui non focalizzarsi quotidianamente (Greenberg et al., 1997; Fonseca & Testoni, 2012). Nel presente studio, come indicato nel MLC inerente all’esperienza di persone in lutto, dopo un iniziale shock, quasi tutte le partecipanti hanno dichiarato di aver avuto la forza di reagire al cancro e di essersi sentiti infine rafforzate dall’esperienza di malattia stessa, constatando una diversa maturità, cambiamenti nelle responsabilità e priorità percepite, infine maggior forza. Molti studi sembrano confermare questo legame tra esperienze traumatiche e una crescita riflessa nella scoperta di una nuova vita e maggior forza personale (Brunet et al., 2010; Calhoun et al., 2010; Husson et al., 2017; Bellet et al., 2018). Come sottolineano Walsh et al. (2018), adattarsi ad un trauma fisico, come il cancro al seno che aggredisce dall’interno, è differente dall’attraversare un’esperienza traumatica che invade dall’esterno, in quanto coinvolge strategie di fronteggiamento e di regolazione molto diverse (Gillies & Neimeyer, 2006; Holland & Neimeyer, 2010; Quattropani et al., 2018). All’interno di questo studio, è stato spesso possibile notare un forte cambiamento nello stile di vita quotidiano e nei confronti della propria salute, un maggior investimento sulla propria persona e le proprie esigenze, sino ad ampliare il cambiamento in termini relazionali, legato ad una maggior tendenza a valorizzare in modo profondo le relazioni, soprattutto i legami e la vicinanza con i propri familiari, e le interazioni solidali con gli altri. In linea con quanto incluso nel MLC, le donne hanno riferito di apprezzare il supporto psicosociale ricevuto dalla rete amicale e comunitaria. Inoltre, si è affrontata l’area tematica inerente alla “Compassione”, espressa dalle partecipanti nella manifestazione di atteggiamenti più sensibili, empatici e altruisti verso gli altri in difficoltà. Nel loro percorso di malattia, le donne hanno condiviso spesso le modalità implicate nell’affrontare una serie di problemi concreti derivanti dalla malattia:

le seguenti categorie del MLC "andare avanti", "far fronte", e "prospettiva più ampia" riflettono la percezione da parte delle partecipanti di vivere con maggior leggerezza senza dare continuamente importanza ad aspetti superflui, agli atteggiamenti implementati per risolvere e adattarsi nonostante le difficoltà, agli ostacoli superati progredendo nel percorso di vita. Tra le risorse maggiormente citate dalle donne emergono in modo particolare la religione, la fede in Dio e in un senso di spiritualità, utili nel rafforzamento di un proprio percepirsi in grado di superare l'esperienza di malattia. In termini generali, la ricerca ha ampiamente sottolineato l'associazione positiva tra l'essere religiosi ed esperire maggior resilienza, capacità di reagire attivamente allo stress, raggiungere un benessere psicologico soggettivo, soprattutto nel particolare contesto oncologico, tale associazione influenza la qualità e la soddisfazione generale di vita (Hackney & Sanders, 2003; Ryan et al., 2005; Thuné-Boyle et al., 2006; Préau et al., 2013; Testoni et al., 2016). Una vita condotta sulla base di una fede spirituale e religiosa sembra incentivare sentimenti di rassegnazione verso la malattia orientati all'adattamento (Jim et al., 2015), un'influenza positiva sul valore della vita, la continuità dei legami, crescita positiva e, dunque, rappresenta una parte significativa del processo di costruzione del senso di perdita (Thuné-Boyle et al., 2013; Paredes & Pereira, 2017; Testoni et al., 2021a). Si è tuttavia presentata anche una tendenza inversa, avvertita da alcune partecipanti con una maggior insicurezza e incertezza rispetto alla propria fede e al rapporto con Dio, sollevando questioni inerenti all'eventualità che la malattia rappresentasse, per esempio nell'esperienza di una tra loro, una punizione voluta direttamente da Dio, come presente in uno studio sul "lutto spirituale complicato" precedentemente condotto (Burke & Neimeyer, 2013; Burke et al., 2019).

Per quanto concerne gli aspetti emotivi legate alla categoria "affetto negativo" del MLC, dopo aver attraversato le prime fasi caratterizzate da forte incertezza, paura della malattia e tristezza, le donne hanno riferito di aver raggiunto un senso di serenità e tranquillità, in cui sembrano aver accettato ed integrato la malattia nella loro vita. Tuttavia, come sostenuto dalla letteratura e dalla presente ricerca stessa, la paura che il cancro possa essere recidivo rimane in modo persistente nello sfondo delle partecipanti ed è motivo scatenante preoccupazione e ansia nelle donne (Simard & Savard, 2008; Koch et al., 2013; Fardell et al., 2016; Cho et al., 2017), aggravato dal peso dello stress legato alle spese economiche da gestire per i vari trattamenti e il timore di dover affrontare

discriminazioni sociali e nell'ambito lavorativo (Crist & Grunfeld, 2012; Frikha & Chlif, 2020). Da una parte, la paura di una recidiva risulta funzionale ad incentivare continui comportamenti di prevenzione e promozione della salute, nonché stimola a presentarsi ai follow-up, dall'altra, se manifestata eccessivamente, può influenzare negativamente la qualità di vita innescando comportamenti disadattivi come un'eccessiva ipervigilanza rispetto a sintomi che possono rappresentare un ritorno della malattia, disabilità funzionale, stress e disagio psicologico (Simonelli et al., 2016; Hall et al., 2019; Tuman et al., 2021; Hu et al., 2021). Inoltre, a tale paura vanno aggiunti una variabilità di cambiamenti significativi a livello corporeo derivanti dai trattamenti e dagli interventi chirurgici, tali da creare ulteriormente difficoltà nel proprio modo di percepirsi fisicamente e un forte disagio (Baucom et al., 2006; Almeida et al., 2015).

Il superamento degli ostacoli precedentemente esplorati sembra essere legato in parte anche alla capacità delle donne di reagire attivamente all'esperienza traumatica del cancro, ricercando e costruendo un significato più profondo all'origine della loro patologia: i racconti e la rete intrecciata di significati che derivano da quest'esperienza dolorosa coinvolgono quindi un sé modificato e flussi narrativi plasmati sulla base di ricordi di sensazioni, cose, sentimenti provati durante tale esperienza (Neimeyer & Mahoney, 1996). La ricerca sottolinea il ruolo decisivo della costruzione di significato nel processo di guarigione da sentimenti dolorosi di perdita (Gillies & Neimeyer, 2006; Waters et al., 2013; Picione et al., 2016; Martino et al., 2019a; Martino et al., 2019b; Martino et al., 2021a; Hu et al., 2021; Martino et al., 2021b): nel presente studio, si è notato una ridotta capacità nel ricercare benefici personali dall'esperienza di perdita e costruire un senso della stessa nelle donne che raccontavano di aver vissuto esperienze negative intense, e che riscontravano infine bassi livelli di guarigione e di superamento del percorso di malattia. Dunque, tale ricerca sottolinea ulteriormente l'importanza, già sostenuta ampiamente dalla letteratura, di ricercare attivamente un significato alla perdita che si sta vivendo, renderlo coerente, comprensibile e assimilabile nel flusso narrativo della propria vita, in modo tale da poter progettare e ricostituire un nuovo senso del sé (Holland & Neimeyer, 2010; Martino & Freda, 2016a; Martino & Freda, 2016b; De Luca Picione & Freda, 2016; Martino et al., 2021b). Risulta rilevante constatare quanto questo obiettivo sia stato effettivamente raggiunto da alcune partecipanti di questo studio, che sembrano aver conquistato un cambiamento nelle modalità di vedere la propria realtà e

stabilire le proprie priorità, acquisendo infine maggior fiducia nelle proprie capacità e riconoscendo valore in loro stesse e nella vita.

## CONCLUSIONE

Dal presente elaborato e dall'analisi qualitativa svolta, l'applicazione del "Meaning of Loss Codebook" come sistema di codifica dell'esperienza di cancro al seno di giovani donne si è rilevata essere valida ed efficace in una prima analisi e comprensione dei vissuti riportati durante le interviste, permettendo allo stesso tempo di oltrepassare tale categorizzazione generale e scoprire una diversità nelle sfumature di significati associati all'esperienza di malattia, che ha permesso quindi di apprezzare anche aspetti personali e impliciti nelle narrative di vita di ciascuna donna. In termini generali, le categorie tematiche presenti nel MLC sono risultate adeguate nell'osservare longitudinalmente l'intera elaborazione psichica dell'esperienza del tumore al seno durante la fase del trattamento medico, rappresentando, quindi, uno strumento esplorativo e narrativo funzionale ad esaminare i processi simbolici trasformativi durante tutta l'esperienza di cancro, e a cogliere in termini preventivi le difficoltà e le fasi di rigidità nel processo di costruzione di significati. In particolare, è emerso come il contatto ravvicinato con la morte innescato dalla malattia e i vissuti di perdita in termini identitari, corporei, psicologici e sociali hanno innescato nelle prime fasi del trattamento incertezza, paura della malattia e tristezza, a cui è seguito un senso di serenità e tranquillità raggiunto nell'aver integrato la malattia nella loro vita, nonostante rimanesse persistente la paura che il cancro potesse essere recidivo. Attraverso i racconti delle partecipanti, si è esplorato l'emergere del concetto di impermanenza, che sottolinea il particolare senso di precarietà e transitorietà legato alla vita, la quale talvolta richiede di affrontare momenti critici che esulano da un controllo personale. Tuttavia, nonostante l'iniziale shock e gli stati emotivi negativi riportati dalle donne, la maggior parte di quest'ultime ha condiviso di aver reagito con forza al cancro e di essersi sentite in seguito più responsabili, maturate e rafforzate positivamente. Quest'esperienza ha aiutato le donne ad attribuire maggior fiducia e valore a loro stesse e alla vita, apprezzandola come un'occasione preziosa. Inoltre, è emerso il desiderio di vivere la vita al massimo e la consapevolezza di avere la responsabilità di sfruttare a pieno il tempo a disposizione per farlo. Questo cambiamento significativo si è ampliato anche al contesto di vita quotidiano e di salute, manifestato nella tendenza ad investire maggiormente sui propri bisogni e a valorizzare la vicinanza

e i legami con la famiglia, la rete amicale e comunitaria, di cui si è apprezzato particolarmente il supporto ricevuto.

Di fronte alle avversità, questa ricerca ha enfatizzato non solo l'espressione di atteggiamenti empatici, altruisti e sensibili verso gli altri, ma anche la manifestazione di strategie utilizzate nel far fronte con maggior forza e consapevolezza, superando gli ostacoli posti nel percorso di vita e adattandosi alle difficoltà. Queste capacità di reagire attivamente al cancro si sono esplicate in particolar modo nel ricercare e costituire costantemente significati più profondi all'origine della loro malattia. Per alcune partecipanti, la religione e un senso di spiritualità hanno rappresentato importanti risorse attraverso le quali si sono sentite in grado di superare l'esperienza di cancro al seno, mentre per altre si è osservata una tendenza contraria, espressa nella messa in discussione della propria fede e del rapporto con Dio. Il presente studio ha riportato come limiti la strutturazione delle interviste orientata solamente a scopo clinico-qualitativo, senza presentare ancora parametri metrici, e un numero ridotto di partecipanti alla ricerca, che può ostacolare l'acquisizione di una piena generalizzazione dei risultati. Essendo il cancro al seno una reale problematica sanitaria riguardante numerose donne in grado di impattare considerevolmente la loro qualità di vita, e data inoltre la limitata letteratura di studi effettuati su giovani donne con tumore al seno, sarà fondamentale per la ricerca concentrarsi in futuro sul coinvolgimento di giovani donne in contesti oncologici per poter confermare i risultati emersi in questo studio, approfondire le trasformazioni di significati e sviluppare interventi consoni ad un loro supporto costante.

## BIBLIOGRAFIA

Abbey, G., Thompson, S. B., Hickish, T., & Heathcote, D. (2014). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 24(4), 371-381. <https://doi.org/10.1002/pon.3654>

Abrahams, H., Gielissen, M., Verhagen, C., & Knoop, H. (2018). The relationship of fatigue in breast cancer survivors with quality of life and factors to address in psychological interventions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 63, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.004>

Acquati, C., & Kayser, K. (2019). Dyadic coping across the lifespan: A comparison between younger and middle-aged couples with breast cancer. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00404>

Adams, E., McCann, L., Armes, J., Richardson, A., Stark, D., Watson, E., & Hubbard, G. (2011). The experiences, needs and concerns of younger women with breast cancer: A meta-ethnography. *Psycho-Oncology*, 20(8), 851-861. <https://doi.org/10.1002/pon.1792>

Ahmad, F., Binti Muhammad, M., & Abdullah, A. A. (2010). Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: Perspectives from Malaysian Muslim women. *Journal of Religion and Health*, 50(1), 36-45. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9401-4>

Ahmad, S., Fergus, K., & McCarthy, M. (2015). Psychosocial issues experienced by young women with breast cancer. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 9(3), 271-278. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000162>

Ahn, H. N., Joo, H. S., Min, J. W., & Sim, K. S. (2013). Validation of the event related rumination inventory in a Korean population. *Cognitive Behavior Therapy in Korea*, 13(1), 149-172.

AIOM. (2022). I numeri del Cancro in Italia. <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(1). <https://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9>



Al-Azri, M. H., Al-Awisi, H., Al-Rasbi, S., & Al-Moundhri, M. (2013). Coping with a diagnosis of breast cancer among Omani women. *Journal of Health Psychology, 19*(7), 836-846. <https://doi.org/10.1177/1359105313479813>

Alatrash, M. (2020). Prevalence, perceived benefits, and perceived barriers regarding breast cancer screening among three Arab American women subgroups. *Journal of Transcultural Nursing, 31*(3), 242-249. <https://doi.org/10.1177/1043659619859058>

Alatrash, M. (2021). Determinants of breast cancer screening in three Arab American women subgroups. *Journal of Transcultural Nursing, 32*(6), 749-756.

Ali, A., Fergus, K., Wright, F. C., Pritchard, K. I., Kiss, A., & Warner, E. (2014). The impact of a breast cancer diagnosis in young women on their relationship with their mothers. *The Breast, 23*(1), 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.10.004>

Alderman, A. K., Hawley, S. T., Waljee, J., Morrow, M., & Katz, S. J. (2007). Correlates of referral practices of general surgeons to plastic surgeons for mastectomy reconstruction. *Cancer, 109*(9), 1715-1720. <https://doi.org/10.1002/cncr.22598>

Alexandrov, L. B. (2017). Abstract IA11: Signatures of mutational processes in human cancer. *Molecular Cancer Research, 15*(4\_Supplement), IA11-IA11. <https://doi.org/10.1158/1557-3125.dnarepair16-ia11>

Almeida, T. G., Comassetto, I., Alves, K. D., Santos, A. A., Silva, J. M., & Trezza, M. C. (2015). Experience of young women with breast cancer and mastectomized. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 19*(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150057>

Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies, 36*(9), 795-818. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.608291>

Amsbaugh, M., & Dragun, A. (2015). The impact of age on changes in quality of life among breast cancer survivors treated with breast-conserving surgery and radiotherapy. *Breast Diseases: A Year Book Quarterly, 26*(4), 336-337. <https://doi.org/10.1016/j.breastdis.2015.10.009>

An, E., Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2018). Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2566-2572. <https://doi.org/10.1002/pon.4843>

Anastasiadi, Z., Lianos, G. D., Ignatiadou, E., Harissis, H. V., & Mitsis, M. (2017). Breast cancer in young women: An overview. *Updates in Surgery*, 69(3), 313-317. <https://doi.org/10.1007/s13304-017-0424-1>

Anderson, D. J., Yates, P., McCarthy, A., Lang, C. P., Hargraves, M., McCarthy, N., & PORTER-STEEL, J. (2011). Younger and older women's concerns about menopause after breast cancer. *European journal of cancer care*, 20(6), 785-794.

Ando, M., Morita, T., & O'Connor, S. J. (2007). Primary concerns of advanced cancer patients identified through the structured life review process: A qualitative study using a text mining technique. *Palliative and Supportive Care*, 5(3), 265-271. <https://doi.org/10.1017/s1478951507000430>

Andrew, N., & Harvey, K. (2010). Infant feeding choices: Experience, self-identity and lifestyle. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 48-60. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2009.00222.x>

Andrzejczak, E., Markocka-Mączka, K., & Lewandowski, A. (2012). Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1653-1657. <https://doi.org/10.1002/pon.3197>

Annunziata, M. A., Giovannini, L., & Muzzatti, B. (2011). Assessing the body image: Relevance, application and instruments for oncological settings. *Supportive Care in Cancer*, 20(5), 901-907. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1339-x>

Anusasananun, B., P. Linchong, K. Saipin, Pratum, S. & Hongsin. T. (2013). Coping behaviors and predicting factors among breast cancer survivors during each phase of cancer survivorship. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2),

- Antoine, P., Vanleemmens, L., Fournier, E., Trocmé, M., & Christophe, V. (2013). Young couples' experiences of breast cancer during hormone therapy: an interpretative phenomenological dyadic analysis. *Cancer Nursing, 36*(3), 213-220
- Applebaum, A. J., Kulikowski, J. R., & Breitbart, W. (2015). Meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers (MCP-C): Rationale and overview. *Palliative and Supportive Care, 13*(6), 1631-1641. <https://doi.org/10.1017/s1478951515000450>
- Argyriou, A. A., Assimakopoulos, K., Iconomou, G., Giannakopoulou, F., & Kalofonos, H. P. (2011). Either called “Chemobrain” or “Chemofog,” the long-term chemotherapy-induced cognitive decline in cancer survivors is real. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(1), 126-139. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.04.021>
- Arena, P. L., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., Ironson, G., & Durán, R. E. (2007). Psychosocial responses to treatment for breast cancer among lesbian and heterosexual women. *Women & Health, 44*(2), 81-102. [https://doi.org/10.1300/j013v44n02\\_05](https://doi.org/10.1300/j013v44n02_05)
- Arikan, F., Korukcu, O., Kucukcikal, A., & Coskun, H. S. (2020). Determination of self-efficacy, body image and sexual adjustment of women with breast cancer. *European Journal of Breast Health, 16*(4), 282-289. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2020.5188>
- Armaou, M., Schumacher, L., & Grunfeld, E. A. (2018). Cancer survivors' social context in the return to work process: Narrative accounts of social support and social comparison information. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(3), 504-512. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9735-9>
- Armstrong, A. W., Idriss, N. Z., & Kim, R. H. (2011). Effects of video-based, online education on behavioral and knowledge outcomes in sunscreen use: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 83*(2), 273-277. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.033>
- Arnaboldi, P., Riva, S., Crico, C., & Pravettoni, G. (2017). A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer: Targets and Therapy, 9*, 473-485. <https://doi.org/10.2147/bctt.s111101>

Arndt, J., Cook, A., Goldenberg, J. L., & Cox, C. R. (2007). Cancer and the threat of death: The cognitive dynamics of death-thought suppression and its impact on behavioral health intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 12-29. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.1.12>

Aronson, I. D., Plass, J. L., & Bania, T. C. (2012). Optimizing educational video through comparative trials in clinical environments. *Educational Technology Research and Development*, 60(3), 469-482. <https://doi.org/10.1007/s11423-011-9231-4>

Arridge, S. R., & Schotland, J. C. (2009). Optical tomography: Forward and inverse problems. *Inverse Problems*, 25(12), 123010. <https://doi.org/10.1088/0266-5611/25/12/123010>

Ashing, K. T., Cho, D., Lai, L., Yeung, S., Young, L., Yeon, C., & Fong, Y. (2017). Exploring characteristics, predictors, and consequences of fear of cancer recurrence among Asian-American breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2253-2260. <https://doi.org/10.1002/pon.4350>

Ashing-Giwa, K., & Kagawa-Singer, M. (2006). Infusing culture into oncology research on quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 33(0), 31-36. <https://doi.org/10.1188/06.onf.s1.31-36>

Astrup, G. L., Hofsø, K., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2020). Cancer patients' diagnosis and symptoms and their family caregivers' self-efficacy and social support are associated with different caregiver reactions. *European Journal of Cancer Care*, 29(6). <https://doi.org/10.1111/ecc.13311>

Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.05.130>

Azim, H. A., Bellettini, G., Gelber, S., & Peccatori, F. A. (2008). Breast-feeding after breast cancer: If you wish, Madam. *Breast Cancer Research and Treatment*, 114(1), 7-12. <https://doi.org/10.1007/s10549-008-9983-7>

Azim, H. A., Santoro, L., Pavlidis, N., Gelber, S., Kroman, N., Azim, H., & Peccatori, F. A. (2011). Safety of pregnancy following breast cancer diagnosis: A meta-analysis of 14 studies. *European Journal of Cancer*, 47(1), 74-83. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.09.007>

Baati, I., Mnif, L., Masmoudi, J., Allouche, C., Damak, R., Halwani, N., ... & Jaoua, A. (2010). P03-10-Psychological impact of chemotherapy induced alopecia. *European Psychiatry*, 25(S1), 1-1.

Badr, L. K., Bourdeanu, L., Alatrash, M., & Bekarian, G. (2018). Breast cancer risk factors: a cross-cultural comparison between the West and the East. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 19(8), 2109.

Badr, H., & Carmack Taylor, C. L. (2009). Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(7), 735-746.

Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29(2), 169.

Baglama, B., & Atak, I. E. (2015). Posttraumatic growth and related factors among postoperative breast cancer patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 190, 448-454. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.05.024>

Bae, K. R. (2017). Development of a posttraumatic growth promoting program for working breast cancer patients. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.

Báez-Hernández, S. (2009). Breast cancer: A new aesthetics of the subject. *NWSA Journal*, 143-165.

Bai, M., & Lazenby, M. (2015). A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 286-298. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0189>

Bakht, S., & Najafi, S. (2010). Body image and sexual dysfunctions: Comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1493-1497. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.314>

Banerjee, R., & Tsiapali, E. (2015). Occurrence and recall rates of fertility discussions with young breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), 163-171. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2758-x>

Bardach, S. H., Tarasenko, Y. N., & Schoenberg, N. E. (2011). The role of social support in multiple morbidity: Self-management among rural residents. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(3), 756-771. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0083>

Barnes, A. J., Robert, N., & Bradley, C. J. (2013). Job attributes, job satisfaction and the return to health after breast cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, 23(2), 158-164. <https://doi.org/10.1002/pon.3385>

Bartlett, A. (2005). *Breastwork: Rethinking breastfeeding*. UNSW Press.

Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23(1), 103-113. <https://doi.org/10.3233/bd-2006-23114>

Barton, D. L., & Ganz, P. A. (2015). Symptoms: Menopause, infertility, and sexual health. *Improving Outcomes for Breast Cancer Survivors*, 115-141. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-16366-6\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-16366-6_9)

Belcher, A. J., Laurenceau, J., Graber, E. C., Cohen, L. H., Dasch, K. B., & Siegel, S. D. (2011). Daily support in couples coping with early stage breast cancer: Maintaining intimacy during adversity. *Health Psychology*, 30(6), 665-673. <https://doi.org/10.1037/a0024705>

Bellet, B. W., Jones, P. J., Neimeyer, R. A., & McNally, R. J. (2018). Bereavement outcomes as causal systems: A network analysis of the Co-occurrence of complicated grief and posttraumatic growth. *Clinical Psychological Science*, 6(6), 797-809. <https://doi.org/10.1177/2167702618777454>

Benson, J. J., Braun, B., Carrillo, B., Coleman, M. J., Fujimoto, T., Ganong, L. H., Ginter A., Haynes-Lawrence, D.J., Hoag A. & Hogerbrugge, M. J. (2014). *Family Relationships and Familial Responses to Health Issues*. Emerald Group Publishing Limited, Bingley, pp. 335-343.

Bențea, C., & Anghelache, V. (2012). Persuasion in the context of the efficient didactic communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 63, 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.10.022>

Berg, W. A. (2009). Tailored supplemental screening for breast cancer: What now and what next? *American Journal of Roentgenology*, 192(2), 390-399. <https://doi.org/10.2214/ajr.08.1706>

Berman, S. L., Montgomery, M. J., & Ratner, K. (2020). Trauma and identity: A reciprocal relationship?. *Journal of Adolescence*, 79, 275-278.

Bianco, S., Testoni, I., Palmieri, A., Solomon, S., & Hart, J. (2019). The psychological correlates of decreased death anxiety after a near-death experience: The role of self-esteem, mindfulness, and death representations. *Journal of Humanistic Psychology*, 002216781989210. <https://doi.org/10.1177/0022167819892107>

Bidstrup, P. E., Christensen, J., Mertz, B. G., Rottmann, N., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2015). Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. *Acta Oncologica*, 54(5), 789-796. <https://doi.org/10.3109/0284186x.2014.1002571>

Biglia, N., Torrìsi, R., D'Alonzo, M., Codacci Pisanelli, G., Rota, S., & Peccatori, F. A. (2015). Attitudes on fertility issues in breast cancer patients: An Italian survey. *Gynecological Endocrinology*, 31(6), 458-464. <https://doi.org/10.3109/09513590.2014.1003293>

Black, K. Z., Eng, E., Schaal, J. C., Johnson, L., Nichols, H. B., Ellis, K. R., & Rowley, D. L. (2020). The other side of through: Young breast cancer survivors' spectrum of sexual and reproductive health needs. *Qualitative Health Research*, 30(13), 2019-2032. <https://doi.org/10.1177/1049732320929649>

Bloju, C. L., & Stan, R. V. (2013). Didactic communication—key element for any successful teaching activity. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 76, 105-109. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.082>

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Oakley-Girvan, I., Banks, P. J., & Shema, S. (2011). Quality of life of younger breast cancer survivors: Persistence of problems and sense of well-being. *Psycho-Oncology*, 21(6), 655-665. <https://doi.org/10.1002/pon.1965>

Boals, A., Banks, J. B., Hathaway, L. M., & Schuettler, D. (2011). Coping with stressful events: Use of cognitive words in stressful narratives and the meaning-making process. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(4), 378-403. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.4.378>

Boals, A. (2012). The use of meaning making in expressive writing: When meaning is beneficial. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 393-409. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.4.393>

Bober, S. L., Giobbie-Hurder, A., Emmons, K. M., Winer, E., & Partridge, A. (2013). Psychosexual functioning and body image following a diagnosis of ductal carcinoma in situ. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 370-377. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02852.x>

Boehmer, U., Ozonoff, A., Timm, A., Winter, M., & Potter, J. (2013). After breast cancer: Sexual functioning of sexual minority survivors. *The Journal of Sex Research*, 51(6), 681-689. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.772087>

Bolton, J. M., Walld, R., Chateau, D., Finlayson, G., & Sareen, J. (2014). Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: A population-based, balancing score-matched analysis. *Psychological Medicine*, 45(3), 495-504. <https://doi.org/10.1017/s0033291714001639>

Bolton, G., & Isaacs, A. (2018). Women's experiences of cancer-related cognitive impairment, its impact on daily life and care received for it following treatment for breast cancer. *Psychology, health & medicine*, 23(10), 1261-1274.

Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., & Warner, E. (2013). Exploring the influence of gender-role socialization and objectified body consciousness on body image disturbance in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2177-2185. <https://doi.org/10.1002/pon.3271>



Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., Warner, E., & Malik, N. (2015). Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-Oncology*, 25(1), 66-76. <https://doi.org/10.1002/pon.3819>

Bosankic, N., Draganovic, S., Ramic, J., & Haque, A. (2021). Every cloud has a silver lining lived experience and coping strategies of breast cancer survivors in Sarajevo. *Journal of Muslim Mental Health*, 15(1). <https://doi.org/10.3998/jmmh.132>

Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., & Torta, R. (2015). Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care*, 25(6), 961-969. <https://doi.org/10.1111/ecc.12360>

Bouchal, S. R., Rallison, L., Moules, N. J., & Sinclair, S. (2015). Holding on and letting go. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72(1), 42-68. <https://doi.org/10.1177/0030222815574700>

Bowen, D. J., Alfano, C. M., McGregor, B. A., Kuniyuki, A., Bernstein, L., Meeske, K., Baumgartner, K. B., Fetherolf, J., Reeve, B. B., Smith, A. W., Ganz, P. A., McTiernan, A., & Barbash, R. B. (2007). Possible socioeconomic and ethnic disparities in quality of life in a cohort of breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 106(1), 85-95. <https://doi.org/10.1007/s10549-006-9479-2>

Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (2003). Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(2), 146-155. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2502\\_11](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2502_11)

Bozo, Ö., Gündoğdu, E., & Büyükaşık-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism— posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1009-1020. <https://doi.org/10.1177/1359105309342295>

Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Psychological adjustment after breast cancer: A systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*, 26(7), 917-926. <https://doi.org/10.1002/pon.4230>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Braun, V., & Clarke, V. (2020). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37-47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>

Brockmeier, J. (2009). Reaching for meaning. *Theory & Psychology*, 19(2), 213-233. <https://doi.org/10.1177/0959354309103540>

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424.

Bray, F., Laversanne, M., Weiderpass, E., & Soerjomataram, I. (2021). The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*, 127(16), 3029-3030. <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>

Brédart, A., Dolbeault, S., Savignoni, A., Besancenet, C., This, P., Giami, A., Michaels, S., Flahault, C., Falcou, M., Asselain, B., & Copel, L. (2010). Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: Results of a French exploratory survey. *Psycho-Oncology*, 20(8), 841-850. <https://doi.org/10.1002/pon.1789>

Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., Saracino, R. M., Marziliano, A. M., Masterson, M., Tobias, K., & Fenn, N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, 124(15), 3231-3239. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>

Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749-754. <https://doi.org/10.1200/jco.2014.57.2198>

Brenton, J. D., Carey, L. A., Ahmed, A. A., & Caldas, C. (2005). Molecular classification and molecular forecasting of breast cancer: Ready for clinical application? *Journal of Clinical Oncology*, 23(29), 7350-7360. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.03.3845>

Brown, A. J., Sun, C. C., Urbauer, D., Zhukovsky, D. S., Levenback, C., Frumovitz, M., Thaker, P. H., Bodurka, D. C., & Ramondetta, L. M. (2014). Targeting those with decreased meaning and peace: A supportive care opportunity. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 2025-2032. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2568-6>

Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Crocker, P. R., & Sabiston, C. M. (2010). The posttraumatic growth inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(8), 830-838. <https://doi.org/10.1002/pon.1640>

Brunet, J., Sabiston, C. M., & Burke, S. (2013). Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *Body Image*, 10(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.002>

Brunet, J., & Price, J. (2021). A scoping review of measures used to assess body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 30(5), 669-680. <https://doi.org/10.1002/pon.5619>

Burke, L. A., Crunk, A. E., Neimeyer, R. A., & Bai, H. (2019). Inventory of complicated spiritual grief 2.0 (ICSG 2.0): Validation of a revised measure of spiritual distress in bereavement. *Death Studies*, 45(4), 249-265. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1627031>

Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195. <https://doi.org/10.1177/1088868309352321>

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Complicated spiritual grief I: Relation to complicated grief symptomatology following violent death bereavement. *Death Studies*, 38(4), 259-267. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.829372>

Burke, S., & Sabiston, C. (2015). Fostering growth in the survivorship experience: Investigating breast cancer survivors' lived experiences scaling Mt. Kilimanjaro from a posttraumatic growth perspective. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1783>

Burstein, H. J., Lacchetti, C., & Griggs, J. J. (2019). Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor–positive breast cancer: ASCO clinical practice guideline focused update. *Journal of Oncology Practice*, 15(2), 106-107. <https://doi.org/10.1200/jop.18.00617>

Burke, L. A., Neimeyer, R. A., & Elacqua, T. C. (2014). Meaning reconstruction in the wake of loss: Psychological and spiritual adaptation to bereavement. M. Paludi (Series Ed.) & M. Paludi (Vol. Ed.), *Women's cancers: Diagnosis, treatment, recovery and coping*, 219-244.

Butow, P., Kelly, S., Thewes, B., Hruby, G., Sharpe, L., & Beith, J. (2015). Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*, 24(4), 416-423. <https://doi.org/10.1002/pon.3659>

Butow, P., Sharpe, L., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., & Beith, J. (2018). Fear of cancer recurrence: a practical guide for clinicians. *Oncology (Williston Park)*, 32(1), 32-38.

Calderon, C., Gomez, D., Carmona-Bayonas, A., Hernandez, R., Ghanem, I., Gil Raga, M., Ostios Garcia, L., Garcia Carrasco, M., Lopez de Ceballos, M. H., Ferreira, E., & Jimenez-Fonseca, P. (2021). Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clinical and Translational Oncology*, 23(9), 1955-1960. <https://doi.org/10.1007/s12094-021-02592-y>

Caldwell, C. M. (2016). Body identity development: Definitions and discussions. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 11(4), 220-234. <https://doi.org/10.1080/17432979.2016.1145141>

Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/9781118270028.ch1>

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2012). Posttraumatic growth in clinical practice. <https://doi.org/10.4324/9780203629048>

Cameron, D., Piccart-Gebhart, M. J., Gelber, R. D., Procter, M., Goldhirsch, A., de Azambuja, E., Castro, G., Untch, M., Smith, I., Gianni, L., Baselga, J., Al-Sakaff, N., Lauer, S.,

McFadden, E., Leyland-Jones, B., Bell, R., Dowsett, M., & Jackisch, C. (2017). 11 years' follow-up of trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive early breast cancer: Final analysis of the Herceptin adjuvant (HERA) trial. *The Lancet*, 389(10075), 1195-1205. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32616-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32616-2)

Camp-Sorrell, D. (2009). Cancer and its treatment effect on young breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(4), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2009.08.002>

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 137-156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>

Carr, A. L., Roberts, S., Bonnell, L. N., & Kolva, E. (2022). Existential distress and meaning making among female breast cancer patients with cancer-related fertility concerns. *Palliative and Supportive Care*, 21(2), 196-204. <https://doi.org/10.1017/s1478951522001675>

Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 425-431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>

Carter, J., Raviv, L., Applegarth, L., Ford, J. S., Josephs, L., Grill, E., Sklar, C., Sonoda, Y., Baser, R. E., & Barakat, R. R. (2010). A cross-sectional study of the psychosexual impact of cancer-related infertility in women: Third-party reproductive assistance. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(3), 236-246. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0121-2>

Carter, J. R., Ding, Z., & Rose, B. R. (2011). HPV infection and cervical disease: A review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51(2), 103-108. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.2010.01269.x>

Carter, J., Stabile, C., Gunn, A., & Sonoda, Y. (2013). The physical consequences of Gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(Supplement\_1), 21-34. <https://doi.org/10.1111/jsm.12002>

Casavilca-Zambrano, S., Custodio, N., Liendo-Picoaga, R., Cancino-Maldonado, K., Esenarro, L., Montesinos, R., Bertani, S., Fejerman, L., Guerchet, M., & Vidaurre, T. (2020).

Depression in women with a diagnosis of breast cancer. Prevalence of symptoms of depression in Peruvian women with early breast cancer and related sociodemographic factors. *Seminars in Oncology*, 47(5), 293-301. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2020.08.003>

Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2013). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), 9-19. <https://doi.org/10.1002/pon.3353>

Caswell-Jin, J. L., Shafae, M. N., Xiao, L., Liu, M., John, E. M., Bondy, M. L., & Kurian, A. W. (2022). Breast cancer diagnosis and treatment during the COVID-19 pandemic in a nationwide, insured population. *Breast Cancer Research and Treatment*, 194(2), 475-482. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06634-z>

Cavanaugh, B. C., & McNally, S. (2010). Mammography. *Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection*, 117-132.

Cebeci, F., Yangin, H. B., & Tekeli, A. (2012). Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.003>

Cella, D., & Stone, A. A. (2015). Health-related quality of life measurement in oncology: Advances and opportunities. *American Psychologist*, 70(2), 175-185. <https://doi.org/10.1037/a0037821>

Cesnik, V. M., Vieira, E. M., Giami, A., Almeida, A. M., Santos, D. B., & Santos, M. A. (2013). The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 187-197. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2013000200005>

Clark, D. (2014). Cognitive restructuring. In S. G. Hoffman (Ed.), *The Wiley handbook of cognitive behavioural therapy* (pp. 1-22). Wiley Online Library.

Cha, K. M., Kang, S. Y., Hyun, S. Y., Noh, J. S., Shin, Y. M., & Kim, N. H. (2018). Mediating effect of interpersonal coping on meaning in spirituality and quality of life and the influences of depression and anxiety thereon in cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 17(04), 388-395. <https://doi.org/10.1017/s1478951518000731>

- Chaney, C. (2008). Religiosity and spirituality among members of an African American church community: A qualitative analysis. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 27(3), 201-234. <https://doi.org/10.1080/15426430802202146>
- Chen, N., Yang, Y., & Wu, L. (2022). Exploring the Taiwanese anticipatory experience of grief among primary caregivers in palliative home care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(2), 136-146. <https://doi.org/10.1177/10499091221096351>
- Chen, R. C., Haynes, K., Du, S., Barron, J., & Katz, A. J. (2021). Association of cancer screening deficit in the United States with the COVID-19 pandemic. *JAMA Oncology*, 7(6), 878. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.0884>
- Cheng, C., Ho, S. M., Liu, W., Hou, Y., Lim, L., Gao, S., Chang, W., & Wang, G. (2018). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 933-941. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4382-z>
- Cheng, J. O., Lo, R. S., Chan, F. M., Kwan, B. H., & Woo, J. (2010). An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 19(7), 693-700. <https://doi.org/10.1002/pon.1613>
- Cheng, H., Sit, J. W., Chan, C. W., So, W. K., Choi, K. C., & Cheng, K. K. (2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 788-796. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.03.007>
- Ching, L. C., Devi, K. M., & Ang, E. (2009a). Anxiety in patients with breast cancer undergoing treatment: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 7(Supplement), 1-25. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2009-599>
- Ching, S. S., Martinson, I. M., & Wong, T. K. (2009b). Reframing: Psychological adjustment of Chinese women at the beginning of the breast cancer experience. *Qualitative Health Research*, 19(3), 339-351. <https://doi.org/10.1177/1049732309331867>

Ching, S. S., Martinson, I. M., & Wong, T. K. (2011). Meaning making. *Qualitative Health Research*, 22(2), 250-262. <https://doi.org/10.1177/1049732311421679>

Cho, D., Chu, Q., & Lu, Q. (2018). Associations among physical symptoms, fear of cancer recurrence, and emotional well-being among Chinese American breast cancer survivors: a path model. *Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1755-1761.

Cho, J., Jung, S., Lee, J. E., Shim, E., Kim, N. H., Kim, Z., Sohn, G., Youn, H. J., Kim, K. S., Kim, H., Lee, J. W., & Lee, M. H. (2014). A review of breast cancer survivorship issues from survivors' perspectives. *Journal of Breast Cancer*, 17(3), 189. <https://doi.org/10.4048/jbc.2014.17.3.189>

Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: The a, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335(Suppl S3), 0709328. <https://doi.org/10.1136/sbmj.0709328>

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.08.391>

Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8), 753-762. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70153-x](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70153-x)

Choe, R., & Durduran, T. (2012). Diffuse optical monitoring of the Neoadjuvant breast cancer therapy. *IEEE Journal of Selected Topics in Quantum Electronics*, 18(4), 1367-1386. <https://doi.org/10.1109/jstqe.2011.2177963>

Choi, S. H., Lee, Y. W., Kim, H. S., Kim, S. H., Lee, E., Park, E. Y., & Cho, Y. U. (2022). Development and effects of a post-traumatic growth program for patients with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 57, 102100. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102100>

Choi, S., & Lee, Y. (2016). Influencing factors for post-traumatic growth in patients with breast cancer. *The Journal of the Korea Contents Association*, 16(11), 499-509. <https://doi.org/10.5392/jkca.2016.16.11.499>



Chou, A. F., Stewart, S. L., Wild, R. C., & Bloom, J. R. (2010). Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21(2), 125-133. <https://doi.org/10.1002/pon.1863>

Chow, L. W., Yip, A. Y., & Ng, E. L. (2012). Prevention of Oncological diseases: Primary and secondary prevention. *The International Journal of Biological Markers*, 27(4), 337-343. <https://doi.org/10.5301/jbm.2012.10370>

Chung, C., & Hwang, E. (2012). Couples' experiences of breast cancer in Korea. *Cancer Nursing*, 35(3), 211-220. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31822a60db>

Chunlestskul, K., Carlson, L. E., Koopmans, J. P., & Angen, M. (2008). Lived experiences of Canadian women with metastatic breast cancer in preparation for their death: A qualitative study. Part I-preparations and consequences. *Journal of Palliative Care*, 24(1), 5-15. <https://doi.org/10.1177/082585970802400102>

Claesson, I., Larsson, L., Steen, L., & Alehagen, S. (2018). "You just need to leave the room when you breastfeed" breastfeeding experiences among obese women in Sweden – A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1656-2>

Coccia, M. (2019). Socioeconomic Analysis of Breast Cancer between Countries, 2012-2018 Period. *Quaderni IRCrES*, 4(2), 37-46

Coelho, A., De Brito, M., & Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: Phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 12(1), 52-57. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000321>

Cohee, A. A., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P. O., Stump, T., Cella, D., & Champion, V. L. (2015). Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psycho-Oncology*, 26(1), 22-28. <https://doi.org/10.1002/pon.4008>

Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: Searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34(9), 804-834. <https://doi.org/10.1080/07481181003761625>

- Collie, K., & Long, B. C. (2005). Considering 'Meaning' in the context of breast cancer. *Journal of Health Psychology, 10*(6), 843-853. <https://doi.org/10.1177/1359105305057318>
- Collins, K. K., Pérez, M., Schootman, M., Aft, R., & Jeffe, D. B. (2010). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment, 126*(1), 263-264. <https://doi.org/10.1007/s10549-010-1298-9>
- Coll-Planas, G., & Visa, M. (2016). The wounded blogger: Analysis of narratives by women with breast cancer. *Sociology of Health & Illness, 38*(6), 884-898. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12405>
- Cook, S. A., Salmon, P., Hayes, G., Byrne, A., & Fisher, P. L. (2018). Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology, 27*(3), 791-801. <https://doi.org/10.1002/pon.4601>
- Cordero, M. J. A., Villar, N. M., Sánchez, M. N., Pimentel-Ramírez, M. L., García-Rillo, A., & Valverde, E. G. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutricion hospitalaria, 31*(1), 371-379.
- Cordina-Duverger, E., Truong, T., Anger, A., Sanchez, M., Arveux, P., Kerbrat, P., & Guénel, P. (2013). Risk of breast cancer by type of menopausal hormone therapy: A case-control study among post-menopausal women in France. *PLoS ONE, 8*(11), e78016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078016>
- Cordina-Duverger, E., & Guénel, P. (2016). Épidémiologie des cancers du Sein. *Cancer du Sein, 5*-10. <https://doi.org/10.1016/b978-2-294-74449-5.00001-0>
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*(4), 308-319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>
- Corney, R. H., & Swinglehurst, A. J. (2013). Young childless women with breast cancer in the UK: A qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals. *Psycho-Oncology, 23*(1), 20-26. <https://doi.org/10.1002/pon.3365>

Cousson-Géalie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Atzeni, T., & Houede, N. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. *Psychological Reports*, 108(3), 923-942. <https://doi.org/10.2466/02.07.15.20.pr0.108.3.923-942>

Creswell, J. W. (2009). *Research design qualitative and quantitative approaches*.

Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2012). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978-986. <https://doi.org/10.1002/pon.3114>

Crompvoets, S. (2006). Comfort, control, or conformity: Women who choose breast reconstruction following mastectomy. *Health Care for Women International*, 27(1), 75-93. <https://doi.org/10.1080/07399330500377531>

Crowley, S. A., Foley, S. M., Wittmann, D., Jagielski, C. H., Dunn, R. L., Clark, P. M., Griggs, J. J., Peterson, C., Leonard, M., An, L. C., Wei, J. T., Montie, J. E., & Janz, N. K. (2015). Sexual health concerns among cancer survivors: Testing a novel information-need measure among breast and prostate cancer patients. *Journal of Cancer Education*, 31(3), 588-594. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0865-5>

Culver, J. L., Arena, P. L., Wimberly, S. R., Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2004). Coping among african-American, Hispanic, and non-Hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology & Health*, 19(2), 157-166. <https://doi.org/10.1080/08870440310001652669>

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a Mediatonal model. *Death Studies*, 30(5), 403-428. <https://doi.org/10.1080/07481180600614351>

Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. H., & Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2676-2683. <https://doi.org/10.1002/pon.3298>

Davey, M. P., Niño, A., Kissil, K., & Ingram, M. (2012). African American parents' experiences navigating breast cancer while caring for their children. *Qualitative Health Research*, 22(9), 1260-1270. <https://doi.org/10.1177/1049732312449211>

Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.2.561>

Davis, C. G., & Morgan, M. S. (2008). Finding meaning, perceiving growth, and acceptance of tinnitus. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 128-138. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.53.2.128>

Deatrich, K. G., & Boyer, B. A. (2016). Post-traumatic stress disorder related to surgery: Prevalence and risk factors. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders*, 351-366. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-08359-9\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-319-08359-9_42)

De Boer, M., & Slatman, J. (2014). Blogging and breast cancer: Narrating one's life, body and self on the internet. *Women's Studies International Forum*, 44, 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2014.02.014>

De Luca Picione, R. (2020). The semiotic paradigm in psychology. A mature weltanschauung for the definition of semiotic mind. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54(3), 639-650. <https://doi.org/10.1007/s12124-020-09555-y>

De Luca Picione, R., & Freda, M. F. (2015). Borders and modal articulations. Semiotic constructs of sensemaking processes enabling a fecund dialogue between cultural psychology and clinical psychology. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 50(1), 29-43. <https://doi.org/10.1007/s12124-015-9318-2>

De Luca Picione, R., & Freda, M. F. (2016). Possible use in psychology of threshold concept in order to study sensemaking processes. *Culture & Psychology*, 22(3), 362-375. <https://doi.org/10.1177/1354067x16654858>

De Luca Picione, R., Luisa Martino, M., & Freda, M. F. (2016). Understanding cancer patients' narratives: Meaning-making process, temporality, and modal articulation. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(4), 339-359. <https://doi.org/10.1080/10720537.2016.1227738>

De Luca Picione, R., Martino, M. L., & Freda, M. F. (2018). Modal articulation: The psychological and semiotic functions of modalities in the sensemaking process. *Theory & Psychology*, 28(1), 84-103. <https://doi.org/10.1177/0959354317743580>

De Luca Picione, R., Martino, M. L., & Troisi, G. (2019). The semiotic construction of the sense of agency. The modal articulation in narrative processes. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 53(3), 431-449. <https://doi.org/10.1007/s12124-019-9475-9>

De Luca Picione, R., & Valsiner, J. (2017). Psychological functions of semiotic borders in sense-making: Liminality of narrative processes. *Europe's Journal of Psychology*, 13(3), 532-547. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i3.1136>

DeAngelis, R., & Ellison, C. (2017). Kept in his care: The role of perceived divine control in positive reappraisal coping. *Religions*, 8(8), 133. <https://doi.org/10.3390/rel8080133>

Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94-101. <https://doi.org/10.1037/a0021865>

Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F., Roukema, J. A., & De Vries, J. (2010). Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early-stage breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 499-508. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0714-3>

Denford, S., Harcourt, D., Rubin, L., & Pusic, A. (2011). Understanding normality: A qualitative analysis of breast cancer patients concepts of normality after mastectomy and reconstructive surgery. *Psycho-Oncology*, 20(5), 553-558. <https://doi.org/10.1002/pon.1762>

DeSantis, C. E., Ma, J., Goding Sauer, A., Newman, L. A., & Jemal, A. (2017). Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(6), 439-448. <https://doi.org/10.3322/caac.21412>

Deshields, T. L., Potter, P., Olsen, S., Liu, J., & Dye, L. (2011). Documenting the symptom experience of cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 9(6), 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.suonc.2011.06.003>

Desmedt, C., Yates, L., & Kulka, J. (2016). Catalog of genetic progression of human cancers: Breast cancer. *Cancer and Metastasis Reviews*, 35(1), 49-62. <https://doi.org/10.1007/s10555-016-9609-1>

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314-321.

Dodd, M. J., Cho, M. H., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 101-110. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.005>

Donnenfeld, M., Julia, C., Kesse-Guyot, E., Méjean, C., Ducrot, P., Péneau, S., Deschasaux, M., Latino-Martel, P., Fezeu, L., Hercberg, S., & Touvier, M. (2017). Association entre Le risque de cancer et un score individuel de qualité de l'alimentation base sur UN systeme de profilage nutritionnel des aliments dans la cohorte SU.VI.MAX. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 31(1), 54. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2016.10.058>

Donovan-Kicken, E., & Caughlin, J. P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology*, 16(4), 596-606.

Dorros, S. M., Card, N. A., Segrin, C., & Badger, T. A. (2010). Interdependence in women with breast cancer and their partners: An interindividual model of distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 121-125. <https://doi.org/10.1037/a0017724>

Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschênes, L., & Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: Frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3588-3596. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.01.628>

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x>

Dryden, A., Ussher, J. M., & Perz, J. (2014). Young women's construction of their post-cancer fertility. *Psychology & Health*, 29(11), 1341-1360. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.932790>

Dumont, I., Dumont, S., & Mongeau, S. (2008). End-of-life care and the grieving process: Family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1049-1061. <https://doi.org/10.1177/1049732308320110>

Dunham, M. (2022). Importance of family counselling for anticipatory grief in cancer care. *Evidence Based Nursing*, 26(1), 14-14. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2022-103577>

Dyer, K. E., & Quinn, G. P. (2016). Cancer and fertility preservation in Puerto Rico: A qualitative study of healthcare provider perceptions. *Supportive Care in Cancer*, 24(8), 3353-3360. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3166-6>

D'Antonio, J. (2014). Caregiver grief and anticipatory mourning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(2), 99-104. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000027>

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. (2011). Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of 115 randomized trials. *The Lancet*, 378(9793), 771-784.

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. (2005). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *The Lancet*, 365(9472), 1687-1717.

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Darby, S., McGale, P., Correa, C., Taylor, C., Arriagada, R., Clarke, M., Cutter, D., Davies, C., Ewertz, M., Godwin, J., Gray, R., Pierce, L., Whelan, T., Wang, Y., & Peto, R. (2011). Effect of radiotherapy after breast conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet (London)*,

England), 378(9804), 1707–1716. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61629-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61629-2)

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Peto, R., Davies, C., Godwin, J., Gray, R., Pan, H. C., Clarke, M., Cutter, D., Darby, S., McGale, P., Taylor, C., Wang, Y. C., Bergh, J., Di Leo, A., Albain, K., Swain, S., Piccart, M., & Pritchard, K. (2012). Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *Lancet* (London, England), 379(9814), 432–444. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61625-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61625-5)

Efran, J. S., McNamee, S., Warren, B., & Raskin, J. D. (2013). Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism: A dialogue. *Journal of Constructivist Psychology*, 27(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/10720537.2014.850367>

Ehlers, N. (2014). The dialectics of vulnerability: Breast cancer and the body in prognosis. *Configurations*, 22(1), 113-135. <https://doi.org/10.1353/con.2014.0003>

Emilee, G., Ussher, J., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*, 66(4), 397-407. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.03.027>

Enfield, L. C., Gibson, A. P., Hebden, J. C., & Douek, M. (2009). Optical tomography of breast cancer—monitoring response to primary medical therapy. *Targeted Oncology*, 4(3), 219-233. <https://doi.org/10.1007/s11523-009-0115-z>

Engbretsen, K. M., & Bjorbækmo, W. S. (2020). Out of chaos—Meaning arises: The lived experience of re-habituating the habitual body when suffering from burnout. *Qualitative Health Research*, 30(10), 1468-1479. <https://doi.org/10.1177/1049732320914584>

Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Holzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-Year prospective study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231. <https://doi.org/10.1111/j.1075-122x.2004.21323.x>

Engmann, N. J. (2019). Errors in statistical programming for study about population-attributable risk proportion of clinical risk factors for breast cancer. *JAMA Oncology*, 5(11), 1637. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.4355>



Ernst, J., Mehnert, A., Dietz, A., Hornemann, B., & Esser, P. (2017). Perceived stigmatization and its impact on quality of life - results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients. *BMC Cancer*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3742-2>

Ervik, B., & Asplund, K. (2012). Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.04.005>

Espié, M., Hamy, A. S., Eskenazy, S., Cuvier, C., & Giacchetti, S. (2012). Épidémiologie du cancer du sein. *EMC-Gynécologie*, 7(4), 1-17.

Esposito, G., Ribeiro, A. P., Alves, D., Gonçalves, M. M., & Freda, M. F. (2016). Meaning Coconstruction in group counseling: The development of innovative moments. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(4), 404-426. <https://doi.org/10.1080/10720537.2016.1238789>

Ettridge, K., Scharling-Gamba, K., Miller, C., Roder, D., & Prichard, I. (2022). Body image and quality of life in women with breast cancer: Appreciating the body and its functionality. *Body Image*, 40, 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.11.001>

Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549-3557. <https://doi.org/10.1002/cncr.25251>

Fall, K., Fang, F., Mucci, L. A., Ye, W., Andrén, O., Johansson, J., Andersson, S., Sparén, P., Klein, G., Stampfer, M., Adami, H., & Valdimarsdóttir, U. (2009). Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis: Prospective cohort study. *PLoS Medicine*, 6(12), e1000197. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000197>

Fallbjörk, U., Salander, P., & Rasmussen, B. H. (2012). From “No big deal” to “Losing oneself”. *Cancer Nursing*, 35(5), E41-E48. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31823528fb>

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2014). Psychosocial issues in breast cancer. *Breast Surgery*, 258-267. <https://doi.org/10.1016/b978-0-7020-4959-0.00016-3>

Fardell, J. E., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Sharpe, L., Smith, A. ‘., Girgis, A., & Butow, P. (2016). Fear of cancer recurrence: A theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0512-5>

Fatiregun, O. A., Olagunju, A. T., Erinfolami, A. R., Fatiregun, O. A., Arogunmati, O. A., & Adeyemi, J. D. (2016). Anxiety disorders in breast cancer: Prevalence, types, and determinants. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 432-447. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196805>

Fekih-Romdhane, F., Henchiri, H., Ridha, R., Rahal, K., Labbane, R., & Cheour, M. (2019). Breast Cancer in Women: an Evaluation of the Burden Felt by Their Partners. *PSYCHO-ONCOLOGIE*, 13(2), 95-104.

Feldman, B. N., & Broussard, C. A. (2006). Men's adjustment to their partners' breast cancer: A dyadic coping perspective. *Health & Social Work*, 31(2), 117-127. <https://doi.org/10.1093/hsw/31.2.117>

Fergus, K. D., & Gray, R. E. (2009). Relationship vulnerabilities during breast cancer: Patient and partner perspectives. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1311-1322. <https://doi.org/10.1002/pon.1555>

Fernandes-Taylor, S., Adesoye, T., & Bloom, J. R. (2015). Managing psychosocial issues faced by young women with breast cancer at the time of diagnosis and during active treatment. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 9(3), 279-284. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000161>

Figuroa-Varela, M. D., Rivera-Heredia, M. E., & Navarro-Hernández, M. D. (2016). «No importa»: Sexualidad femenina Y cancer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(5), 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.gamo.2016.09.003>

Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>

Fingeret, M. C. (2010). Body image and disfigurement. *MD Anderson manual of psychosocial oncology*, 271-288.

Fingeret, M. C., Nipomnick, S. W., Crosby, M. A., & Reece, G. P. (2013). Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. *Cancer Treatment Reviews*, 39(6), 673-681. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2012.12.010>

Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633-641. <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>

Fisher, B., Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R. G., Deutsch, M., Fisher, E. R., Jeong, J., & Wolmark, N. (2002). Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 347(16), 1233-1241. <https://doi.org/10.1056/nejmoa022152>

Fisher, A., Beeken, R., Heinrich, M., Williams, K., & Wardle, J. (2016). Health behaviours and fear of cancer recurrence in 10 969 colorectal cancer (CRC) patients. *Psycho-Oncology*, 25(12), 1434-1440. <https://doi.org/10.1002/pon.4076>

Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.3390/rel2010017>

Fisher, H. M., Winger, J. G., Miller, S. N., Wright, A. N., Plumb Vilardaga, J. C., Majestic, C., Kelleher, S. A., & Somers, T. J. (2021). Relationship between social support, physical symptoms, and depression in women with breast cancer and pain. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06136-6>

Fiszer, C., Dolbeault, S., Sultan, S., & Brédart, A. (2013). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(4), 361-374. <https://doi.org/10.1002/pon.3432>

Fletcher, B. S., Miaskowski, C., Given, B., & Schumacher, K. (2012). The cancer family caregiving experience: An updated and expanded conceptual model. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 387-398. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.09.001>

Fonseca, L. M., & Testoni, I. (2012). The emergence of thanatology and current practice in death education. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 64(2), 157-169. <https://doi.org/10.2190/om.64.2.d>

Fong, A. J., Scarapicchia, T. M., McDonough, M. H., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2016). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(5), 664-671. <https://doi.org/10.1002/pon.4064>

Forbes, G. B., Adams-Curtis, L. E., Hamm, N. R., & White, K. B. (2003). Perceptions of the woman who breastfeeds: The role of erotophobia, sexism, and attitudinal variables. *Sex Roles*, 49(7/8), 379.

Fortner, R. T., Sisti, J., Chai, B., Collins, L. C., Rosner, B., Hankinson, S. E., Tamimi, R. M., & Eliassen, A. H. (2019). Parity, breastfeeding, and breast cancer risk by hormone receptor status and molecular phenotype: Results from the nurses' health studies. *Breast Cancer Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s13058-019-1119-y>

Freedman, R. A., & Partridge, A. H. (2013). Management of breast cancer in very young women. *The Breast*, 22, S176-S179. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.07.034>

Freitag, S., Grimm, A., & Schmidt, S. (2011). Talking about traumatic events: A cross-cultural investigation. *PsycEXTRA Dataset*. <https://doi.org/10.1037/e676132011-005>

Friðriksdóttir, N., Sævarsdóttir, Þ., Halfdánardóttir, S. Í., Jónsdóttir, A., Magnúsdóttir, H., Ólafsdóttir, K. L., Guðmundsdóttir, G., & Gunnarsdóttir, S. (2011). Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*, 50(2), 252-258. <https://doi.org/10.3109/0284186x.2010.529821>

Frikha, N., & Chlif, M. (2021). An overview of the risk factors for breast cancer. *BULLETIN DE L ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE*, 205(5), 519-527.

Fritz, U. A. A., Pfaff, H., Roth, L., Swora, M., & Gross, S. E. (2019). Influence of Sociodemographic Factors on Type of and Stage at Diagnosis in Breast Cancer. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 82(8-09), 684-690.

Froude, C., Rigazio-DiGilio, S., Donorfio, L., & Bellizzi, K. (2017). Contextualizing the young adult female breast cancer experience: Developmental, psychosocial, and interpersonal influences. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2596>

Gall, T. L., & Bilodeau, C. (2019). The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer: A longitudinal study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(1), 103-117. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1641581>

Gall, T. L., & Guirguis-Younger, M. (2013). Religious and spiritual coping: Current theory and research. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research*, 349-364. <https://doi.org/10.1037/14045-019>

Gallagher-Squires, C., Roomaney, R., & Kagee, A. (2020). Cognitive coping strategies of South African women in breast cancer care. *South African Journal of Psychology*, 51(4), 485-495. <https://doi.org/10.1177/0081246320961761>

Ganz, P. A., Yip, C. H., Gralow, J. R., Distelhorst, S. R., Albain, K. S., Andersen, B. L., Bevilacqua, J. L., De Azambuja, E., El Saghir, N. S., Kaur, R., McTiernan, A., Partridge, A. H., Rowland, J. H., Singh-Carlson, S., Vargo, M. M., Thompson, B., & Anderson, B. O. (2013). Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): Resource allocations in low- and middle-income countries. A breast health global initiative 2013 consensus statement. *The Breast*, 22(5), 606-615. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.07.049>

Garand, L., Lingler, J. H., Deardorf, K. E., DeKosky, S. T., Schulz, R., Reynolds, C. F., & Dew, M. A. (2012). Anticipatory grief in new family caregivers of persons with mild cognitive impairment and dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 26(2), 159-165. <https://doi.org/10.1097/wad.0b013e31822f9051>

Gierach, G. L., Ichikawa, L., Kerlikowske, K., Brinton, L. A., Farhat, G. N., Vacek, P. M., Weaver, D. L., Schairer, C., Taplin, S. H., & Sherman, M. E. (2012). Relationship between Mammographic density and breast cancer death in the breast cancer surveillance consortium. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 104(16), 1218-1227. <https://doi.org/10.1093/jnci/djs327>

Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2013). Embodying sexual subjectivity after cancer: A qualitative study of people with cancer and intimate partners. *Psychology & Health, 28*(6), 603-619. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.737466>

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology, 19*(1), 31-65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>

Gillies, J., Neimeyer, R. A., & Milman, E. (2014). The meaning of loss codebook: Construction of a system for analyzing meanings made in bereavement. *Death Studies, 38*(4), 207-216. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.829367>

Ginter, A. C., & Braun, B. (2016). Single female breast cancer patients' perspectives on intimate relationships. *Qualitative Health Research, 27*(10), 1461-1472. <https://doi.org/10.1177/1049732316644431>

Giordano, S. H. (2018). Breast cancer in men. *The New England Journal of Medicine, 378*(24), 2311-2320. DOI 10.1056/NEJMra1707939.

Gonzalez, P., Castañeda, S. F., Dale, J., Medeiros, E. A., Buelna, C., Nuñez, A., Espinoza, R., & Talavera, G. A. (2014). Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer, 22*(9), 2393-2400. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2207-2>

Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E. S., Karlioglu, E. H., Ozalp, E., & Soygur, H. (2012). The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 30*(3), 347-358. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.664260>

Gopie, J. P., Ter Kuile, M. M., Timman, R., Mureau, M. A., & Tibben, A. (2013). Impact of delayed implant and DIEP flap breast reconstruction on body image and sexual satisfaction: A prospective follow-up study. *Psycho-Oncology, 23*(1), 100-107. <https://doi.org/10.1002/pon.3377>

Gorman, J. R., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Madlensky, L., & Pierce, J. P. (2010). Depressive symptoms among young breast cancer survivors: The importance of reproductive concerns. *Breast Cancer Research and Treatment, 123*(2), 477-485. <https://doi.org/10.1007/s10549-010-0768-4>

Gorman, J. R., Usita, P. M., Madlensky, L., & Pierce, J. P. (2011). Young breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 34(1), 32-40. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e3181e4528d>

Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46-73. <https://doi.org/10.1037/a0016991>

Grassi, L., Nanni, M. G., Caruso, R., Ounalli, H., Chochinov, H. M., Biancosino, B., Testoni, I., Murri, M. B., Bertelli, T., Palagini, L., De Padova, S., & Tiberto, E. (2022). A comparison of dignity therapy narratives among people with severe mental illness and people with cancer. *Psycho-Oncology*, 31(4), 676-679. <https://doi.org/10.1002/pon.5913>

Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 627-637. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.627>

Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. *Advances in Experimental Social Psychology*, 61-139. [https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(08\)60016-7](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60016-7)

Greenberg, J., Landau, M. J., Kosloff, S., Soenke, M., & Solomon, S. (2016). How our means for feeling transcendent of death foster prejudice, stereotyping, and intergroup conflict: Terror management theory.

Greenberg, J., & Kosloff, S. (2008). Terror management theory: Implications for understanding prejudice, stereotyping, intergroup conflict, and political attitudes. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1881-1894. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00144.x>

Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. *Public Self and Private Self*, 189-212. [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5_10)

Gregg, G. (2010). I'm a Jesus girl: Coping stories of Black American women diagnosed with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 50(4), 1040-1053. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9395-y>

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>

Groß, S., Kowalski, C., Ansmann, L., Pfaff, H., & Groß-Kunkel, A. (2017). (Psychosoziale) Versorgung von Brustkrebspatienten MIT Behinderung. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1605622>

Gullatte, M. M., Brawley, O., Kinney, A., Powe, B., & Mooney, K. (2009). Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in African American women. *Journal of Religion and Health*, 49(1), 62-72. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9232-8>

Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43-55. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.t01-1-00160>

Hall, D. L., Jimenez, R. B., Perez, G. K., Rabin, J., Quain, K., Yeh, G. Y., Park, E. R., & Peppercorn, J. M. (2019). Fear of cancer recurrence: A model examination of physical symptoms, emotional distress, and health behavior change. *Journal of Oncology Practice*, 15(9), e787-e797. <https://doi.org/10.1200/jop.18.00787>

Hall, J. M. (2010). Narrative methods in a study of trauma recovery. *Qualitative Health Research*, 21(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/1049732310377181>

Hall, D. L., Mishel, M. H., & Germino, B. B. (2014). Living with cancer-related uncertainty: Associations with fatigue, insomnia, and affect in younger breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2489-2495. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2243-y>

Halley, M. C., May, S. G., Rendle, K. A., Frosch, D. L., & Kurian, A. W. (2014). Beyond barriers: Fundamental 'disconnects' underlying the treatment of breast cancer patients' sexual health. *Culture, Health & Sexuality*, 16(9), 1169-1180. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.939227>



Hamilton, J. B., Stewart, B. J., Crandell, J. L., & Lynn, M. R. (2009). Development of the ways of helping questionnaire: A measure of preferred coping strategies for older African American cancer survivors. *Research in Nursing & Health*, 32(3), 243-259. <https://doi.org/10.1002/nur.20321>

Hamilton, W. (2009). The CAPER studies: Five case-control studies aimed at identifying and quantifying the risk of cancer in symptomatic primary care patients. *British Journal of Cancer*, 101(S2), S80-S86. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605396>

Han, W., & Kang, S. Y. (2010). Relationship between age at diagnosis and outcome of premenopausal breast cancer: Age less than 35 years is a reasonable cut-off for defining young age-onset breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 119(1), 193-200. <https://doi.org/10.1007/s10549-009-0388-z>

Handzo, G. F., Chochinov, H. M., Emanuel, L., Fitchett, G., Hauser, J., Kittelson, S., Schoppee, T. M., Yao, Y., Solomon, S., & Wilkie, D. J. (2022). Letter to the Editor: feasibility of dignity therapy to reduce death anxiety. *Journal of Palliative Medicine*, 25(10), 1458-1459. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0263>

Hartl, K., Schennach, R., Muller, M., Engel, J., Reinecker, H., Sommer, H., & Friese, K. (2010). Quality of life, anxiety, and Oncological factors: A follow-up study of breast cancer patients. *Psychosomatics*, 51(2), 112-123. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.2.112>

Hawley, S. (2015). Patient-reported quality of life and satisfaction with cosmetic outcomes after breast conservation and mastectomy with and without reconstruction. *Annals of Surgery*, 261(6), 1198-1206. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000908>

Heathcote, L., & Eccleston, C. (2017). Pain and cancer survival: A cognitive-affective model of symptom appraisal and the uncertain threat of disease recurrence. *Pain*, 158(7), 1187-1191. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000872>

Heilferty, C. M. (2009). Toward a theory of online communication in illness: Concept analysis of illness blogs. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1539-1547. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04996.x>

Heer, E., Harper, A., Escandor, N., Sung, H., McCormack, V., & Fidler-Benaoudia, M. M. (2020). Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: A population-based study. *The Lancet Global Health*, 8(8), e1027-e1037. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30215-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30215-1)

Helgeson, V. S. (2010). Corroboration of growth following breast cancer: Ten years later. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(5), 546-574. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.5.546>

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.5.797>

Herndl, D. P. (2009). Reconstructing the posthuman feminist body twenty years after Audre Lorde's. *Cancer Journals.*" *Feminisms Redux: An Anthology of Literary Theory and Criticism*, 477-86.

Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 43(4), 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.04.015>

Hickey, M., Peate, M., Saunders, C., & Friedlander, M. (2009). Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *Human Reproduction Update*, 15(3), 323-339. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn064>

Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M. R., Hincks, A., Fisher, J., Tufail, S., & Salmon, P. (2010). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological Medicine*, 41(7), 1429-1436. <https://doi.org/10.1017/s0033291710001868>

Hoeken, H., & Fikkers, K. M. (2014). Issue-relevant thinking and identification as mechanisms of narrative persuasion. *Poetics*, 44, 84-99. <https://doi.org/10.1016/j.poetic.2014.05.001>

Hoffman, K. E., Mittendorf, E. A., & Buchholz, T. A. (2012). Optimising radiation treatment decisions for patients who receive neoadjuvant chemotherapy and mastectomy. *The Lancet Oncology*, 13(6), e270-e276. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(12\)70038-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(12)70038-4)

Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 239-244. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9018-y>

Hopman, P., & Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18.

Hiromoto, K., Marta, S., Uemura, G., Ricardo, J., Carvalho, E., Gustavo Zucca, A., & Mariko, D. (2013). Monitoring the response to Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. *Neoadjuvant Chemotherapy - Increasing Relevance in Cancer Management*. <https://doi.org/10.5772/53123>

Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology*, 56(3), 345-366. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x>

Holland, J. M., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 53(3), 175-191. <https://doi.org/10.2190/fkm2-yjty-f9vv-9xwy>

Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals bereaved by natural and violent causes: A meaning-oriented contribution. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(2), 103-120. <https://doi.org/10.2190/om.61.2.b>

Homan, K. J., & Boyatzis, C. J. (2010). Religiosity, sense of meaning, and health behavior in older adults. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20(3), 173-186. <https://doi.org/10.1080/10508619.2010.481225>

Hooghe, A., & Neimeyer, R. A. (2012). Family resilience in the wake of loss: A meaning-oriented contribution. *Handbook of Family Resilience*, 269-284. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3917-2\\_16](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3917-2_16)

Hoyt, T., & Pasupathi, M. (2008). Blogging about trauma: Linguistic measures of apparent recovery. *E-Journal of Applied Psychology*, 4(2). <https://doi.org/10.7790/ejap.v4i2.106>

Hottensen, D. (2010). Anticipatory grief in patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 106-107. <https://doi.org/10.1188/10.cjon.106-107>

Houssami, N., Macaskill, P., Luke Marinovich, M., & Morrow, M. (2014). The association of surgical margins and local recurrence in women with early-stage invasive breast cancer treated with breast-conserving therapy: A meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology*, 21(3), 717-730. <https://doi.org/10.1245/s10434-014-3480-5>

Howard-Anderson, J., Ganz, P. A., Bower, J. E., & Stanton, A. L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: A systematic review. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 104(5), 386-405. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr541>

Howes, B. H., Watson, D. I., Xu, C., Fosh, B., Canepa, M., & Dean, N. R. (2016). Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 69(9), 1184-1191. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2016.06.004>

Hsu, C. D., Wang, X., Habif, D. V., Ma, C. X., & Johnson, K. J. (2017). Breast cancer stage variation and survival in association with insurance status and sociodemographic factors in US women 18 to 64 years old. *Cancer*, 123(16), 3125-3131. <https://doi.org/10.1002/ncr.30722>

Hu, R., Wang, J., Chen, W., Zhao, J., Shao, C., Wang, J., Wei, X., & Yu, J. (2021). Stress, coping strategies and expectations among breast cancer survivors in China: A qualitative study. *BMC Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00515-8>

Huang, J., Chan, P. S., Lok, V., Chen, X., Ding, H., Jin, Y., Yuan, J., Lao, X., Zheng, Z., & Wong, M. (2021). Global incidence and mortality of breast cancer: A trend analysis. *Aging*, 13(4), 5748-5803. <https://doi.org/10.18632/aging.202502>

Hubbeling, H. G., Rosenberg, S. M., González-Robledo, M. C., Cohn, J. G., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. H., & Knaul, F. M. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PLOS ONE*, 13(5), e0197931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197931>

Huddart, R. (2021). Faculty opinions recommendation of global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Faculty Opinions – Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature*. <https://doi.org/10.3410/f.734004835.793587632>

Husson, O., Zebrack, B., Block, R., Embry, L., Aguilar, C., Hayes-Lattin, B., & Cole, S. (2017). Posttraumatic growth and well-being among adolescents and young adults (AYAs) with cancer: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 25(9), 2881-2890. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3707-7>

Höcker, A., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2014). Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23(6), 786-794. <https://doi.org/10.1111/ecc.12200>

Ismail, Z. (2021). Life experiences and coping mechanisms among breast cancer patients in an urban Malaysian hospital: A qualitative study. *Medicine & Health*, 16(2), 148-160. <https://doi.org/10.17576/mh.2021.1602.11>

Jack, R. H., Davies, E. A., & Møller, H. (2009). Breast cancer incidence, stage, treatment and survival in ethnic groups in south east England. *British Journal of Cancer*, 100(3), 545-550. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604852>

Jaffee, K., Cohen, M., Azaiza, F., Hammad, A., Hamade, H., & Thompson, H. (2020). Cultural barriers to breast cancer screening and medical mistrust among Arab American women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(1), 95-102. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01019-0>

Jagsi, R., Li, Y., Morrow, M., Janz, N., Alderman, A., Graff, J., Hamilton, A., Katz, S., & Hawley, S. (2015). Patient-reported quality of life and satisfaction with cosmetic outcomes after breast conservation and mastectomy with and without reconstruction. *Annals of Surgery*, 261(6), 1198-1206. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000908>

James, W. (1902). *The varieties of religious experience: a study in human nature; being the Gifford lectures on natural religion delivered at Edinburgh in 1901-1902*. Longmans, Green, and Company.

Janelins, M. C., Kesler, S. R., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2014). Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 102-113. <https://doi.org/10.3109/09540261.2013.864260>

Janelins, M. C., Kohli, S., Mohile, S. G., Usuki, K., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2011). An update on cancer- and chemotherapy-related cognitive dysfunction: Current status. *Seminars in Oncology*, 38(3), 431-438. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2011.03.014>

Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312-331. <https://doi.org/10.1002/per.1963>

Jayawickreme, E., Forgeard, M. J., & Seligman, M. E. (2012). The engine of well-being. *Review of general psychology*, 16(4), 327-342.

Jenkins, S., Kachur, M. E., Rechache, K., Wells, J. M., & Lipkowitz, S. (2021). Rare breast cancer subtypes. *Current Oncology Reports*, 23(5). <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01048-4>

Jerônimo, A. F., Freitas, Â. G., & Weller, M. (2017). Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: An integrative revision of Latin American studies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 135-149. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.09272015>

Jim, H. S., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *The Cancer Journal*, 14(6), 414-419. <https://doi.org/10.1097/ppo.0b013e31818d8963>

Jim, H. S., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760-3768. <https://doi.org/10.1002/cncr.29353>

Jirek, S. L. (2017). Narrative reconstruction and post-traumatic growth among trauma survivors: The importance of narrative in social work research and practice. *Qualitative Social Work*, 16(2), 166-188.

Johansen, S., Cvancarova, M., & Ruland, C. (2018). The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. *Cancer Nursing*, 41(2), 91-99. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000493>

Johansson, Å. K., & Grimby, A. (2012). Anticipatory grief among close relatives of patients in hospice and palliative wards. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 29(2), 134-138. <https://doi.org/10.1177/1049909111409021>

Johnston-Robledo, I., Wares, S., Fricker, J., & Pasek, L. (2007). Indecent exposure: Self-objectification and young women's attitudes toward breastfeeding. *Sex Roles*, 56(7-8), 429-437. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9194-4>

Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., & Gullickson, K. (2013). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 525-535. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.845300>

Jothirajan, M. D. (2020). Breast self-examination: Knowledge, attitude and practice among female nursing undergraduate students in the northern border University, KSA. *Journal of Medical Science And clinical Research*, 08(09). <https://doi.org/10.18535/jmscr/v8i9.41>

Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>

Justo, N., Wilking, N., & Jönsson, B. (2011). PHP3 a review of breast cancer (BC) care and outcomes in Latin America & Caribbean (LAC). *Value in Health*, 14(7), A549. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.08.1602>

Kaasa, S., Knaul, F. M., Mwangi-Powell, F., & Rodin, G. (2018). Supportive care in cancer: New directions to achieve universal access to psychosocial, palliative, and end-of-life care. *The Lancet Global Health*, 6, S11-S12. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30086-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30086-x)

- Kahangi, L., & Mardanian-Dehkordi, L. (2018). The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(4), 261. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_63\\_17](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_63_17)
- Kaiser, K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 67(1), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.036>
- Kang, N. E., Kim, H. Y., Kim, J. Y., & Kim, S. R. (2020). Relationship between cancer stigma, social support, coping strategies and psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4368-4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.15475>
- Kawa, M. H. (2017). Influence of perceived social support and meaning in life on fighting spirit: A study of cancer patients. *Educationjournal.org* (pp. 86–93).
- Kazemizarif, A., Alibeigi, N., Fadai, F., & Fattah Moghaddam, L. (2015). Impact of spiritual-Religious group therapy on mental state of inpatients with methamphetamine induced psychotic disorder. *European Psychiatry*, 30, 1079. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)30851-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)30851-8)
- Kazlauskiene, J., Navickas, A., Lesinskiene, S., & Bulotiene, G. (2022). Factors affecting suicidal thoughts in breast cancer patients. *Medicina*, 58(7), 863. <https://doi.org/10.3390/medicina58070863>
- Kehl, K. A. (2005). Recognition and support of anticipatory mourning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(4), 206-211. <https://doi.org/10.1097/00129191-200507000-00011>
- Keim-Malpass, J., Baernholdt, M., Erickson, J. M., Ropka, M. E., Schroen, A. T., & Steeves, R. H. (2013). Blogging through cancer. *Cancer Nursing*, 36(2), 163-172. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31824eb879>
- Kelly, G. A. (2002). The nature of personal constructs. *The psychology of personal constructs*, 74-127. <https://doi.org/10.4324/9780203405970-3>
- Kerlikowske, K. (2009). Evidence-based breast cancer prevention: The importance of individual risk. *Annals of Internal Medicine*, 151(10), 750. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00012>



Khanipour-Kencha, A., Jackson, A. C., & Bahramnezhad, F. (2022). Anticipatory grief during COVID-19: A commentary. *British Journal of Community Nursing*, 27(3), 114-117. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.3.114>

Kim, J., Jang, J., Stewart, R., Kim, S., Kim, S., Kang, H., Shin, I., Park, M., Yoon, J., & Yoon, J. (2013). Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2848-2856. <https://doi.org/10.1002/pon.3367>

Kim, J. H., Bright, E. E., Williamson, T. J., Krull, J. L., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2020). Transitions in coping profiles after breast cancer diagnosis: Implications for depressive and physical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(1), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00159-w>

Kim, J., & Lee, S. (2014). Communication and Cybercoping: Coping with chronic illness through communicative action in online support networks. *Journal of Health Communication*, 19(7), 775-794. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.864724>

Kim, J., Oktay, K., Gracia, C., Lee, S., Morse, C., & Mersereau, J. E. (2012). Which patients pursue fertility preservation treatments? A multicenter analysis of the predictors of fertility preservation in women with breast cancer. *Fertility and Sterility*, 97(3), 671-676. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.12.008>

Kirkman, M., Winship, I., Stern, C., Neil, S., Mann, G., & Fisher, J. (2014). Women's reflections on fertility and motherhood after breast cancer and its treatment. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 502-513. <https://doi.org/10.1111/ecc.12163>

Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H., & Arndt, V. (2013). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors-still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the cancer survivorship-a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547-554. <https://doi.org/10.1002/pon.3452>

Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2012). Fear of recurrence and disease progression in long-term ( $\geq 5$  years) cancer survivors-a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/pon.3022>

Koo, M. M., Von Wagner, C., Abel, G. A., McPhail, S., Rubin, G. P., & Lyratzopoulos, G. (2017). Typical and atypical presenting symptoms of breast cancer and their associations with diagnostic intervals: Evidence from a national audit of cancer diagnosis. *Cancer Epidemiology*, 48, 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.04.010>

Kohler, R. E., Miller, A. R., Gutnik, L., Lee, C. N., & Gopal, S. (2017). Experiences and perceptions regarding clinical breast exam screening by trained laywomen in Malawi. *Cancer Causes & Control*, 28(2), 137-143. <https://doi.org/10.1007/s10552-016-0844-0>

Kokou-Kpolou, C. K., Moukouta, C. S., Masson, J., Bernoussi, A., Cénat, J. M., & Bacqué, M. (2020). Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *Journal of Affective Disorders*, 267, 171-184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.026>

Koutri, I., & Avdi, E. (2016). The suspended self: Liminality in breast cancer narratives and implications for counselling. *The European Journal of Counselling Psychology*, 5(1), 78-96. <https://doi.org/10.5964/ejcop.v5i1.92>

Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: A systematic review. *Women & Health*, 52(5), 503-516. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.679337>

Kristeller, J. L., Sheets, V., Johnson, T., & Frank, B. (2011). Understanding religious and spiritual influences on adjustment to cancer: Individual patterns and differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 550-561. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9335-7>

Krag, D. N., Anderson, S. J., Julian, T. B., Brown, A. M., Harlow, S. P., Costantino, J. P., Ashikaga, T., Weaver, D. L., Mamounas, E. P., Jalovec, L. M., Frazier, T. G., Noyes, R. D., Robidoux, A., Scarth, H. M., & Wolmark, N. (2010). Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast

cancer: Overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, 11(10), 927-933. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(10\)70207-2](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(10)70207-2)

Krause, N. (2009). Meaning in life and mortality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(4), 517-527.

Kratzke, C., Amatya, A., & Vilchis, H. (2013). Differences among college women for breast cancer prevention acquired information-seeking, desired apps and texts, and daughter-initiated information to mothers. *Journal of Community Health*, 39(2), 291-300. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9759-9>

Krebs, L. U. (2011). Sexual health during cancer treatment. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 61-76. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-2492-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-94-007-2492-1_5)

Kreuter, M. W., Green, M. C., Cappella, J. N., Slater, M. D., Wise, M. E., Storey, D., Clark, E. M., O'Keefe, D. J., Erwin, D. O., Holmes, K., Hinyard, L. J., Houston, T., & Woolley, S. (2007). Narrative communication in cancer prevention and control: A framework to guide research and application. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 221-235. <https://doi.org/10.1007/bf02879904>

Kroenke, C. H., Quesenberry, C., Kwan, M. L., Sweeney, C., Castillo, A., & Caan, B. J. (2012). Social networks, social support, and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis in the life after breast cancer epidemiology (LACE) study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 137(1), 261-271. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2253-8>

Krychman, M. L., & Katz, A. (2012). Breast cancer and sexuality: Multi-modal treatment options (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 5-13. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02566.x>

Kubler-Ross, E. (1974). On death and dying. *Southern Medical Journal*, 64(5), 641. <https://doi.org/10.1097/00007611-197105000-00034>

Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2018). Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(3), 217-230. <https://doi.org/10.1177/0091217418805087>

Kuhl, C. K., Schrading, S., Leutner, C. C., Morakkabati-Spitz, N., Wardelmann, E., Fimmers, R., Kuhn, W., & Schild, H. H. (2005). Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(33), 8469-8476. <https://doi.org/10.1200/jco.2004.00.4960>

Kuhn, W., & Schild, H. H. (2005). Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(33), 8469-8476. <https://doi.org/10.1200/jco.2004.00.4960>

Kuo, S., Chou, W., Chen, J., Chang, W., Chiang, M., Hou, M., & Tang, S. T. (2017). Longitudinal changes in and modifiable predictors of the prevalence of severe depressive symptoms for family caregivers of terminally ill cancer patients over the first two years of bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 15-22. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0116>

Kwakkenbos, L., Coyne, J. C., & Thombs, B. D. (2014). Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(6), 485-486. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.103>

Lambert, A. J., Eadeh, F. R., Peak, S. A., Scherer, L. D., Schott, J. P., & Slochower, J. M. (2014). Toward a greater understanding of the emotional dynamics of the mortality salience manipulation: Revisiting the “affect-free” claim of terror management research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(5), 655-678. <https://doi.org/10.1037/a0036353>

Lambertini, M., Del Mastro, L., Pescio, M. C., Andersen, C. Y., Azim, H. A., Peccatori, F. A., Costa, M., Revelli, A., Salvagno, F., Gennari, A., Ubaldi, F. M., La Sala, G. B., De Stefano, C., Wallace, W. H., Partridge, A. H., & Anserini, P. (2016). Cancer and fertility preservation: International recommendations from an expert meeting. *BMC Medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0545-7>

Lammer, C., Titscher, A., Schr Âgendorfer, K., Kropf, N., Karle, B., Haslik, W., ... & Frey, M. (2007). Sociology of breast tissue. *European Surgery*, 39(4), 208.

Lanitis, S., Tekkis, P. P., Sgourakis, G., Dimopoulos, N., Al Mufti, R., & Hadjiminias, D. J. (2010). Comparison of skin-sparing mastectomy versus non-skin-sparing mastectomy for breast cancer. *Annals of Surgery*, 251(4), 632-639. <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e3181d35bf8>

Lebel, S., Beattie, S., Arès, I., & Bielajew, C. (2013). Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 32(6), 695-705. <https://doi.org/10.1037/a0030186>

Lebel, S., Beattie, S., Arès, I., & Bielajew, C. (2013). Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 32(6), 695-705. <https://doi.org/10.1037/a0030186>

Lebow, G. H. (1976). Facilitating adaptation in anticipatory mourning. *Social Casework*, 57(7), 458-465. <https://doi.org/10.1177/104438947605700707>

Lee, V. (2008). The existential plight of cancer: Meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Supportive Care in Cancer*, 16(7), 779-785. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0396-7>

Lee, V., Robin Cohen, S., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3133-3145. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.041>

Lee, R. J., Wakefield, A., Foy, S., Howell, S. J., Wardley, A. M., & Armstrong, A. C. (2010). Facilitating reproductive choices: The impact of health services on the experiences of young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(10), 1044-1052. <https://doi.org/10.1002/pon.1826>

Lee, M., Kim, Y. H., & Jeon, M. J. (2015). Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1097-1103. <https://doi.org/10.1002/pon.3772>

Lee, C., & Reyna, C. (2014). Breast cancer in young women: Special considerations in multidisciplinary care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 419. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s49994>

Lee, H., & Han, W. (2014). Unique features of young age breast cancer and its management. *Journal of Breast Cancer*, 17(4), 301. <https://doi.org/10.4048/jbc.2014.17.4.301>

Lee, S., Ozkavukcu, S., Heytens, E., Moy, F., & Oktay, K. (2010). Value of early referral to fertility preservation in young women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(31), 4683-4686. <https://doi.org/10.1200/jco.2010.30.5748>

Lehman, C. D., Blume, J. D., Weatherall, P., Thickman, D., Hylton, N., Warner, E., Pisano, E., Schnitt, S. J., Gatsonis, C., & Schnall, M. (2005). Screening women at high risk for breast cancer with mammography and magnetic resonance imaging. *Cancer*, 103(9), 1898-1905. <https://doi.org/10.1002/cncr.20971>

Lehmann, V., Hagedoorn, M., & Tuinman, M. A. (2015). Body image in cancer survivors: A systematic review of case-control studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(2), 339-348. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0414-y>

Lemlem, S. B., Sinishaw, W., Hailu, M., Abebe, M., & Aregay, A. (2013). Assessment of knowledge of breast cancer and screening methods among nurses in University hospitals in Addis Ababa, Ethiopia, 2011. *ISRN Oncology*, 2013, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2013/470981>

Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14-22. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9183-6>

Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2011). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: Relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627-639. <https://doi.org/10.1177/1359105311427475>

Lemieux, J., Maunsell, E., & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: A literature review. *Psycho-Oncology*, 17(4), 317-328. <https://doi.org/10.1002/pon.1245>

Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1014-1020. <https://doi.org/10.1002/pon.3523>

Levasseur, N., Yerushalmi, R., & Gelmon, K. A. (2020). Lifestyle changes and prevention: Unique issues for young women. *Breast Cancer in Young Women*, 177-195. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-24762-1\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-030-24762-1_16)

Lewis, P. E., Sheng, M., Rhodes, M. M., Jackson, K. E., & Schover, L. R. (2012). Psychosocial concerns of young African American breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(2), 168-184. <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.651259>

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

Li, M., Watt, S., Escaf, M., Gardam, M., Heesters, A., O'Leary, G., & Rodin, G. (2017a). Medical assistance in dying — Implementing a hospital-based program in Canada. *New England Journal of Medicine*, 376(21), 2082-2088. <https://doi.org/10.1056/nejmms1700606>

Li, L., Li, S., Wang, Y., Yi, J., Yang, Y., He, J., & Zhu, X. (2017b). Coping profiles differentiate psychological adjustment in Chinese women newly diagnosed with breast cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 16(2), 196-204. <https://doi.org/10.1177/1534735416646854>

Li, C., Tang, N., Yang, L., Zeng, Q., Yu, T., Pu, X., Wang, J., & Zhang, H. (2023). Effect of caregiver burden on anticipatory grief among caregivers of elderly cancer patients: Chain mediation role of family functioning and resilience. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1020517>

Li, J., Sun, D., Zhang, X., Zhao, L., Zhang, Y., Wang, H., Ni, N., & Jiang, G. (2022). The relationship between anticipatory grief and illness uncertainty among Chinese family caregivers of patients with advanced lung cancer: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00925-4>

Li, Q., & Loke, A. Y. (2013). The positive aspects of caregiving for cancer patients: A critical review of the literature and directions for future research. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2399-2407. <https://doi.org/10.1002/pon.3311>

Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A literature review on the mutual impact of the spousal caregiver–cancer patients dyads: ‘Communication’, ‘reciprocal influence’, and ‘caregiver–patient congruence’. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.003>

Liamputtong, P., & Suwankhong, D. (2015). Therapeutic landscapes and living with breast cancer: The lived experiences of Thai women. *Social Science & Medicine*, 128, 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.031>

Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: A mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/jclp.20700>

Lichtenthal, W. G., Roberts, K. E., Jankauskaite, G., Craig, C., Wiatrek, D., Sharpe, K., & Breitbart, W. (2017). *Meaning-centered group psychotherapy for breast cancer survivors*. Oxford Medicine Online. <https://doi.org/10.1093/med/9780199837229.003.0004>

Lichtenthal, W. G., Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2011). Religious coping and meaning-making following the loss of a loved one. *Counseling and Spirituality*, 30, 113-136

Lim, J., & Yi, J. (2009). The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: A comparison between Korean American and Korean breast and Gynecologic cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 699-708. <https://doi.org/10.1188/09.onf.699-708>

Lin, A., Abu-Isa, E., Griffith, K., & Ben-Josef, E. (2008). Toxicity of radiotherapy in patients with collagen vascular disease. *The Bodine Journal*, 1(1). <https://doi.org/10.29046/tbj.001.1.001>

Lindauer, A., & Harvath, T. A. (2014). Pre-death grief in the context of dementia caregiving: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2196-2207. <https://doi.org/10.1111/jan.12411>



Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.

Lindstrom, C. M., & Triplett, K. N. (2010). Posttraumatic growth: A positive consequence of trauma. *Handbook of Stressful Transitions Across the Lifespan*, 569-583. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0748-6\\_28](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0748-6_28)

Lindwall, L., & Bergbom, I. (2009). The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(4). <https://doi.org/10.3402/qhw.v4i4.5023>

Liu, L. (2020). Integrative therapy in breast cancer rehabilitation. *Physical Therapy Reviews*, 25(4), 208-212. <https://doi.org/10.1080/10833196.2020.1784572>

Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., & Rodin, G. (2011). Measuring death-related anxiety in advanced cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33(Supplement 2), S140-S145. <https://doi.org/10.1097/mph.0b013e318230e1fd>

Lo, C. (2018). A developmental perspective on existential distress and adaptation to advanced disease. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2657-2660. <https://doi.org/10.1002/pon.4767>

Loen, M., & Snyder, M. (1979). Psycho-social aspects of care of the long-term comatose patient. *Journal of Neuroscience Nursing*, 11(4), 235-237.

Loftus, J., & Andriot, A. L. (2012). "That's what makes a woman": Infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum*, 32(3), 226-243. <https://doi.org/10.1080/02732173.2012.663711>

Lopez, V., Copp, G., & Molassiotis, A. (2012). Male caregivers of patients with breast and Gynecologic cancer. *Cancer Nursing*, 35(6), 402-410. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e318231daf0>

Lord, S. J., Lei, W., Craft, P., Cawson, J. N., Morris, I., Walleser, S., ... & Houssami, N. (2007). A systematic review of the effectiveness of magnetic resonance imaging (MRI) as an addition to

mammography and ultrasound in screening young women at high risk of breast cancer. *European journal of cancer*, 43(13), 1905-1917.

Loren, A. W., Mangu, P. B., Beck, L. N., Brennan, L., Magdalinski, A. J., Partridge, A. H., Quinn, G., Wallace, W. H., & Oktay, K. (2013). Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 31(19), 2500-2510. <https://doi.org/10.1200/jco.2013.49.2678>

Lovelace, D. L., McDaniel, L. R., & Golden, D. (2019). Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(6), 713-724. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>

Luszczynska, A., Gerstorf, D., Boehmer, S., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2007). Patients' coping profiles and partners' support provision. *Psychology & Health*, 22(7), 749-764. <https://doi.org/10.1080/14768320600976232>

Lynch, H. T., Snyder, C., Lynch, J. F., Karatoprakli, P., Trowonou, A., Metcalfe, K., Narod, S. A., & Gong, G. (2006). Patient responses to the disclosure of BRCA mutation tests in hereditary breast-ovarian cancer families. *Cancer Genetics and Cytogenetics*, 165(2), 91-97. <https://doi.org/10.1016/j.cancergencyto.2005.07.011>

Lyratzopoulos, G., Abel, G., Brown, C., Rous, B., Vernon, S., Roland, M., & Greenberg, D. (2013). Socio-demographic inequalities in stage of cancer diagnosis: Evidence from patients with female breast, lung, colon, rectal, prostate, renal, bladder, melanoma, ovarian and endometrial cancer. *Annals of Oncology*, 24(3), 843-850. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds526>

MacKinnon, C. J., Milman, E., Smith, N. G., Henry, M., Berish, M., Copeland, L. S., ... & Cohen, S. R. (2013). Means to meaning in cancer-related bereavement: Identifying clinical implications for counseling psychologists. *The Counseling Psychologist*, 41(2), 216-239.

MacLean, J., Kinley, D. J., Jacobi, F., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2011). The relationship between physical conditions and suicidal behavior among those with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 245-250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.028>

Male, D. A., Fergus, K. D., & Cullen, K. (2016). Sexual identity after breast cancer. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 10(1), 66-74. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000184>

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.

Mann, R. M., Kuhl, C. K., Kinkel, K., & Boetes, C. (2008). Breast MRI: Guidelines from the European society of breast imaging. *European Radiology*, 18(7), 1307-1318. <https://doi.org/10.1007/s00330-008-0863-7>

Manne, S., Ostroff, J., Fox, K., Grana, G., & Winkel, G. (2009). Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early-stage breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 49-68. <https://doi.org/10.1348/135910708x298458>

Manne, S. L., Siegel, S., Kashy, D., & Heckman, C. J. (2013). Cancer-specific relationship awareness, relationship communication, and intimacy among couples coping with early-stage breast cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(3), 314-334. <https://doi.org/10.1177/0265407513494950>

Margherita, G., & Gargiulo, A. (2018). A comparison between pro-anorexia and non-suicidal self-injury blogs: From symptom-based identity to sharing of emotions. *Psychodynamic Practice*, 24(4), 346-363. <https://doi.org/10.1080/14753634.2018.1535326>

Marino, J. L., Saunders, C. M., Emery, L. I., Green, H., Doherty, D. A., & Hickey, M. (2016). How does adjuvant chemotherapy affect menopausal symptoms, sexual function, and quality of life after breast cancer? *Menopause*, 23(9), 1000-1008. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000664>

Marmot, M. G., Altman, D. G., Cameron, D. A., Dewar, J. A., Thompson, S. G., & Wilcox, M. (2013). The benefits and harms of breast cancer screening: An independent review. *British Journal of Cancer*, 108(11), 2205-2240. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.177>

Martens, A., Burke, B. L., Schimel, J., & Faucher, E. H. (2011). Same but different: Meta-analytically examining the uniqueness of mortality salience effects. *European Journal of Social Psychology*, 41(1), 6-10. <https://doi.org/10.1002/ejsp.767>

Martino, M. L., & Freda, M. F. (2016a). Meaning-making process related to temporality during breast cancer traumatic experience: The clinical use of narrative to promote a new continuity of life. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 622-634. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1150>

Martino, M. L., De Luca Picione, R., Lemmo, D., Bolursier, V., & Freda, M. F. (2019a). Meaning-making trajectories of resilience in narratives of adolescents with multiple sclerosis. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7, 1–25. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2049>

Martino, M. L., & Freda, M. F. (2016b). Post-traumatic growth in cancer survivors: Narrative markers and functions of the experience's transformation. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2016.2311>

Martino, M. L., Gargiulo, A., Lemmo, D., Dolce, P., Barberio, D., Abate, V., Avino, F., & Tortoriello, R. (2019a). Longitudinal effect of emotional processing on psychological symptoms in women under 50 with breast cancer. *Health Psychology Open*, 6(1), 205510291984450. <https://doi.org/10.1177/2055102919844501>

Martino, M. L., Gargiulo, A., Lemmo, D., & Margherita, G. (2019b). Cancer blog narratives: The experience of under-fifty women with breast cancer during different times after diagnosis. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3646>

Martino, M. L., Lemmo, D., & Gargiulo, A. (2021a). A review of psychological impact of breast cancer in women below 50 years old. *Health Care for Women International*, 42(7-9), 1066-1085. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1901901>

Martino, M., Lemmo, D., Gargiulo, A., Barberio, D., Abate, V., Avino, F., & Francesca Freda, M. (2021b). Changes of narrative meaning-making markers during the different phases of breast cancer treatment for women below 50 years old. *Health Psychology Report*, 10(1), 58-67. <https://doi.org/10.5114/hpr.2021.105363>

Martino, M. L., Onorato, R., D'Oriano, V., & Freda, M. F. (2013). Donne e tumore al seno: effetti del protocollo guidato di scrittura sui sintomi associati al disturbo post-traumatico da stress. *Psicologia della salute*, (2013/1).

Martino, M. L., Onorato, R., & Freda, M. F. (2015). Linguistic markers of processing trauma experience in women's written narratives during different breast cancer phases: Implications for clinical interventions. *Europe's Journal of Psychology*, 11(4), 651-663. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i4.991>

Martins da Silva, S. I., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma*, 16(4), 323-340. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572039>

Marziliano, A., Tuman, M., & Moyer, A. (2020). The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 29(4), 604-616. <https://doi.org/10.1002/pon.5314>

Maslow, A. H. (1968). Music education and peak experience. *Music Educators Journal*, 54(6), 72-171.

Maxfield, M., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2010). Mortality salience effects on the life expectancy estimates of older adults as a function of neuroticism. *Journal of Aging Research*, 2010, 1-8. <https://doi.org/10.4061/2010/260123>

McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 517-542. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100507>

McCartan, D., Stempel, M., Eaton, A., Morrow, M., & Pilewskie, M. (2016). Impact of body mass index on clinical axillary nodal assessment in breast cancer patients. *Annals of Surgical Oncology*, 23(10), 3324-3329. <https://doi.org/10.1245/s10434-016-5330-0>

McClelland, S. I., Holland, K. J., & Griggs, J. J. (2014). Vaginal dryness and beyond: The sexual health needs of women diagnosed with metastatic breast cancer. *The Journal of Sex Research*, 52(6), 604-616. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.928663>

McClelland, S. I., Holland, K. J., & Griggs, J. J. (2015). Quality of life and metastatic breast cancer: The role of body image, disease site, and time since diagnosis. *Quality of Life Research*, 24(12), 2939-2943. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1034-3>

McConnell, S., Moules, N. J., McCaffrey, G., & Bouchal, S. R. (2012). The hidden nature of death and grief. *Journal of Applied Hermeneutics*.

McCosker, A. (2008). Blogging illness: Recovering in public. *M/C Journal*, 11(6). <https://doi.org/10.5204/mcj.104>

McFarland, D. C., Shaffer, K. M., Tiersten, A., & Holland, J. (2018). Physical symptom burden and its association with distress, anxiety, and depression in breast cancer. *Psychosomatics*, 59(5), 464-471. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.01.005>

McGaughey, A. (2006). Body image after bilateral prophylactic mastectomy: An integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6), e45-e49. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.07.002>

McGuire, S. (2016). World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO press, 2015. *Advances in Nutrition*, 7(2), 418-419. <https://doi.org/10.3945/an.116.012211>

McTiernan, A., Kooperberg, C., White, E., Wilcox, S., Coates, R., Adams-Campbell, L. L., Woods, N., & Ockene, J. (2004). Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women: The women's health initiative cohort study. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 59(3), 203-204. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000115859.71446.89>

Menzies, R. E., Neimeyer, R. A., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety, loss, and grief in the time of COVID-19. *Behaviour Change*, 37(3), 111-115. <https://doi.org/10.1017/bec.2020.10>

Meizrow, J. (2000). *Learning to think like an adult: Core concepts of transformational theory. Fostering critical reflection in adulthood*. San Francisco: Jossey-Bass.

Michalczyk, J., Dmochowska, J., Aftyka, A., & Milanowska, J. (2022). Post-traumatic growth in women with breast cancer: Intensity and predictors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6509. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116509>

Milbury, K., & Badr, H. (2012). Sexual problems, communication patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(4), 814-822. <https://doi.org/10.1002/pon.3079>

Ministero della salute. (n.d.). Tumori E screening. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4489&area=Salute%20donna&menu=patologie>

Misono, S., Weiss, N. S., Fann, J. R., Redman, M., & Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(29), 4731-4738. <https://doi.org/10.1200/jco.2007.13.8941>

Miyamoto, Y., & Sono, T. (2012). Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: A review of the literature. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8(1), 22-29. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010022>

Moon, P. J. (2016). Anticipatory grief. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 33(5), 417-420. <https://doi.org/10.1177/1049909115574262>

Moran, M. B., Murphy, S. T., Frank, L. B., & Baezconde-Garbanati, L. (2013). The ability of narrative communication to address health-related social norms. *International Review of Social Research*, 3(2), 131-149. <https://doi.org/10.1515/irsr-2013-0014>

Moran, M. S., Schnitt, S. J., Giuliano, A. E., Harris, J. R., Khan, S. A., Horton, J., Klimberg, S., Chavez-MacGregor, M., Freedman, G., Houssami, N., Johnson, P. L., & Morrow, M. (2014). Society of surgical Oncology–American society for radiation oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology\*Biophysics*, 88(3), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2013.11.012>

- Moo, T. A., Sanford, R., Dang, C., & Morrow, M. (2018). Overview of breast cancer therapy. *PET clinics*, 13(3), 339-354.
- Moreno, P. I., Bauer, M. R., Yanez, B., Jorge, A., Maggard-Gibbons, M., & Stanton, A. L. (2016). Dispositional emotional expressivity, cancer-specific coping, and distress in socioeconomically-disadvantaged Latinas. *Health Psychology*, 35(6), 584-593. <https://doi.org/10.1037/hea0000319>
- Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2005). A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2-3), 101-114. [https://doi.org/10.1300/j077v23n02\\_07](https://doi.org/10.1300/j077v23n02_07)
- Mulkins, A. L., & Verhoef, M. J. (2004). Supporting the transformative process: experiences of cancer patients receiving integrative care. *Integrative cancer therapies*, 3(3), 230-237.
- Mulready-Ward, C., & Hackett, M. (2014). Perception and attitudes. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 195-200. <https://doi.org/10.1177/0890334414524988>
- Munhoz, A. M., Gemperli, R., & Filassi, J. R. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, 126(1), 261-262. <https://doi.org/10.1007/s10549-010-1266-4>
- Murphy, S. A., Clark Johnson, L., & Lohan, J. (2003). Finding meaning in a child's violent death: A five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies*, 27(5), 381-404. <https://doi.org/10.1080/07481180302879>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 792-798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.008>
- Naaman, S., Radwan, K., & Johnson, S. (2009). Coping with early breast cancer: Couple adjustment processes and couple-based intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(4), 321-345. <https://doi.org/10.1521/psyc.2009.72.4.321>



- Najafi, K., Shirinabadi Farahani, A., Rassouli, M., Alavi Majd, H., & Karami, M. (2022). Emotional upheaval, the essence of anticipatory grief in mothers of children with life threatening illnesses: A qualitative study. *BMC Psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00904-7>
- Neel, C., Lo, C., Rydall, A., Hales, S., & Rodin, G. (2013). Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(4), 373-380. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000420>
- Neimeyer, R. A., & Stewart, A. E. (1996). Trauma, healing, and the narrative employment of loss. *Families in Society*, 77(6), 360-375.
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 65-85. <https://doi.org/10.1080/107205399266226>
- Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry*, 15, 53–59.
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicated grief and the quest for meaning: A constructivist contribution. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(1), 37-52. <https://doi.org/10.2190/eql1-ln3v-knyr-18tf>
- Neimeyer, R. A. (2011). Reconstructing the self in the wake of loss: A dialogical contribution. *Handbook of Dialogical Self Theory*, 374-389. <https://doi.org/10.1017/cbo9781139030434.026>
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79-91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (1996). Different paths to the same goal: The construction of constructivism in psychotherapy: Constructivism in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 9(3), 233-247. <https://doi.org/10.1080/10720539608404668>

Neimeyer, R. A., & Sands, D. C. (2021). Meaning reconstruction in bereavement. *Grief and Bereavement in Contemporary Society*, 9-22. <https://doi.org/10.4324/9781003199762-3>

Nelson, H. D. (2009). Screening for breast cancer: An update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 151(10), 727. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00009>

Neuhauser, L., & Kreps, G. L. (2008). Online cancer communication: Meeting the literacy, cultural and linguistic needs of diverse audiences. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 365-377. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.02.015>

Nemec, P. B. (2012). Transformative learning. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(6), 478.

Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75-93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>

Nissim, R., Gagliese, L., & Rodin, G. (2009). The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: A longitudinal qualitative study. *Social Science & Medicine*, 69(2), 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.021>

Nkondjock, A., & Ghadirian, P. (2005). Risk factors and risk reduction of breast cancer. *Medicine Sciences: M/S*, 21(2), 175-180.

Norzuraida, Z., & Ng, C. G. (2010). Psychological distress among cancer patients on chemotherapy. *Journal of Health and Translational Medicine*, 13(1), 12-18. <https://doi.org/10.22452/jummec.vol13no1.3>

Nowlan, J. S., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2015). Positive reappraisal in older adults: A systematic literature review. *Aging & Mental Health*, 19(6), 475-484. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.954528>

Occa, A., & Suggs, L. S. (2015). Communicating breast cancer screening with young women: An experimental test of didactic and narrative messages using video and infographics. *Journal of Health Communication, 21*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018611>

O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A. B., Møller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer, 104*(3), 419-426. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6606073>

Odigie, V. I., Tanaka, R., Yusufu, L. M., Gomna, A., Odigie, E. C., Dawotola, D. A., & Margaritoni, M. (2009). Psychosocial effects of mastectomy on married African women in northwestern Nigeria. *Psycho-Oncology, 19*(8), 893-897. <https://doi.org/10.1002/pon.1675>

Ogińska-Bulik, N. Posttraumatic growth in cancer disease-the role of resilience. *Pol. Psychol. Forum 2010, 15*, 125–139.

Ogrodnik, A., MacLennan, S., Weaver, D., & James, T. (2017). Barriers to completing delayed breast reconstruction following mastectomy: a critical need for patient and clinician education. *Journal of Cancer Education, 32*, 700-706.

Oh, P., & Cho, J. (2018). Changes in fatigue, psychological distress, and quality of life after chemotherapy in women with breast cancer. *Cancer Nursing, 43*(1), E54-E60. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000689>

Olagunju, A. T., Aina, O. F., & Fadipe, B. (2012). Screening for depression with centre for epidemiological studies depression scale revised and its implication for consultation-liaison psychiatry practice among cancer subjects: A perspective from a developing country. *Psycho-Oncology, 22*(8), 1901-1906. <https://doi.org/10.1002/pon.3234>

Olver, I. N. (2016). Prevention of breast cancer. *Medical Journal of Australia, 205*(10), 475-479.

Ośmiałowska, E., Misiąg, W., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2021). Coping strategies, pain, and quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Medicine, 10*(19), 4469. <https://doi.org/10.3390/jcm10194469>

Pace, T. W., & Heim, C. M. (2011). A short review on the psychoneuroimmunology of posttraumatic stress disorder: From risk factors to medical comorbidities. *Brain, Behavior, and Immunity*, 25(1), 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2010.10.003>

Padela, A. I., Murrar, S., Adviento, B., Hosseinain, Z., Peek, M., Olopade, O., & Curline, F. (2015). Abstract C52: Associations between religion-related factors and breast cancer screening among American Muslims. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 23(11\_Supplement), C52-C52. <https://doi.org/10.1158/1538-7755.disp13-c52>

Paff Ogle, J., Tyner, K. E., & Schofield-Tomschin, S. (2011). Jointly navigating the reclamation of the “Woman I used to Be”: Negotiating concerns about the postpartum body within the marital dyad. *Clothing and Textiles Research Journal*, 29(1), 35-51. <https://doi.org/10.1177/0887302x10394170>

Pahlevan Sharif, S., & Ong, F. S. (2018). Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among Malay Muslim women with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1060-1071. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0587-1>

Pagani, O., Partridge, A., Korde, L., Badve, S., Bartlett, J., Albain, K., Gelber, R., & Goldhirsch, A. (2011). Pregnancy after breast cancer: If you wish, ma'am. *Breast Cancer Research and Treatment*, 129(2), 309-317. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1643-7>

Pagani, O., Regan, M. M., Walley, B. A., Fleming, G. F., Colleoni, M., Láng, I., ... & Francis, P. A. (2014). Adjuvant exemestane with ovarian suppression in premenopausal breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 371(2), 107-118.

Palesh, O. G., Shaffer, T., Larson, J., Edsall, S., Chen, X., Koopman, C., Turner-Cobb, J. M., Kreshka, M. A., Graddy, K., & Parsons, R. (2006). Emotional self-efficacy, stressful life events, and satisfaction with social support in relation to mood disturbance among women living with breast cancer in rural communities. *The Breast Journal*, 12(2), 123-129. <https://doi.org/10.1111/j.1075-122x.2006.00219.x>

Pals, J. L., & McAdams, D. P. (2004). The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 65-69.

Paredes, A. C., & Pereira, M. G. (2017). Spirituality, distress and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1606-1617. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0452-7>

Parikh, D., Ieso, P. D., Garvey, G., Thachil, T., Ramamoorthi, R., Penniment, M., & Jayaraj, R. (2015). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients - a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(2), 641-646. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.2.641>

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>

Park, C. L., Zlateva, I., & Blank, T. O. (2009). Self-identity after cancer: “Survivor”, “Victim”, “Patient”, and “Person with cancer”. *Journal of General Internal Medicine*, 24(S2), 430-435. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0993-x>

Parker, P. A., Aaron, J., & Baile, W. F. (2009). Breast cancer: Unique communication challenges and strategies to address them. *The Breast Journal*, 15(1), 69-75. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2008.00673.x>

Parkes C.M. & Weiss R.S. (1983). *Recovery from Bereavement*. New York: Basic Books

Partridge, A. H. (2013). Cancer survivorship and the young breast cancer patient: Addressing the important issues. *The Oncologist*, 18(8), e19-e20. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0300>

Paskett, E. D., Alfano, C. M., Davidson, M. A., Andersen, B. L., Naughton, M. J., Sherman, A., McDonald, P. G., & Hays, J. (2008). Breast cancer survivors' health-related quality of life. *Cancer*, 113(11), 3222-3230. <https://doi.org/10.1002/cncr.23891>

Pat-Horenczyk, R., Saltzman, L. Y., Hamama-Raz, Y., Perry, S., Ziv, Y., Ginat-Frolich, R., & Stemmer, S. M. (2016). Stability and transitions in posttraumatic growth trajectories among cancer patients: LCA and LTA analyses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 541-549. <https://doi.org/10.1037/tra0000094>

Patel-Kerai, G., Harcourt, D., Rumsey, N., Naqvi, H., & White, P. (2017). The psychosocial experiences of breast cancer amongst Black, South Asian and white survivors: Do differences exist between ethnic groups? *Psycho-Oncology*, 26(4), 515-522. <https://doi.org/10.1002/pon.4187>

Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 39(1), E39-E58. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000251>

Paul Heppner, P., Armer, J. M., & Mallinckrodt, B. (2009). Problem-solving style and adaptation in breast cancer survivors: A prospective analysis. *Journal of Cancer Survivorship*, 3(2), 128-136. <https://doi.org/10.1007/s11764-009-0085-2>

Pauwels, E. E., Charlier, C., De Bourdeaudhuij, I., Lechner, L., & Van Hoof, E. (2011). Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors' associated sociodemographic and medical characteristics. *Psycho-Oncology*, 22(1), 125-132. <https://doi.org/10.1002/pon.2069>

Patinadan, P. V., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., & Ho, A. H. (2020). Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of life: A systematic review of palliative interventions. *Death Studies*, 46(2), 337-350. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1728426>

Peate, M., Meiser, B., Cheah, B. C., Saunders, C., Butow, P., Thewes, B., Hart, R., Phillips, K., Hickey, M., & Friedlander, M. (2012). Making hard choices easier: A prospective, multicentre study to assess the efficacy of a fertility-related decision aid in young women with early-stage breast cancer. *British Journal of Cancer*, 106(6), 1053-1061. <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.61>

Peccatori, F., Azim, H., Orecchia, R., Hoekstra, H., Pavlidis, N., Kesic, V., & Pentheroudakis, G. (2013). Cancer, pregnancy and fertility: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 24, vi160-vi170. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt199>

Perusek, D. (2012). Cancer, culture, and individual experience: Public discourse and personal affliction. *Ethos*, 40(4), 476-506. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1352.2012.01271.x>

Phenwan, T., Peerawong, T., & Tulathamkij, K. (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 25(1), 119.

Phipps, C. B. (2018). Metamorphosis: An autoethnographic journey through loss, grief, and perceived identity changes. *Journal of Loss and Trauma*, 23(6), 458-467. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1475138>

Pillai-Friedman, S., & Ashline, J. (2014). Women, breast cancer survivorship, sexual losses, and disenfranchised grief – a treatment model for clinicians. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(4), 436-453. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.934340>

Pinto, A. C. (2013). Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *Journal of thoracic disease*, 5(Suppl 1), S81.

Piot-Ziegler, C., Sassi, M., Raffoul, W., & Delaloye, J. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15(3), 479-510. <https://doi.org/10.1348/135910709x472174>

Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>

Popoola, A. O., & Adewuya, A. O. (2011). Prevalence and correlates of depressive disorders in outpatients with breast cancer in Lagos, Nigeria. *Psycho-Oncology*, 21(6), 675-679. <https://doi.org/10.1002/pon.1968>

Préau, M., Bouhnik, A. D., & Le Coroller Soriano, A. G. (2013). Two years after cancer diagnosis, what is the relationship between health-related quality of life, coping strategies and spirituality? *Psychology, Health & Medicine*, 18(4), 375-386. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.736622>

Puchalski, C. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23, iii49-iii55. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>

Purtzer, M. A., & Overstreet, L. (2014). Transformative learning theory: Facilitating mammography screening in rural women. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), 176-184. <https://doi.org/10.1188/14.onf.176-184>

Pérez, J. E., & Rex Smith, A. (2014). Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: The mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 183-193. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9593-2>

Pérez, M., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R. L., Schechtman, K. B., Gillanders, W. E., & Jeffe, D. B. (2010). Changes in sexual problems over time in women with and without early-stage breast cancer. *Menopause*, 17(5), 924-937. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181d5dd26>

Pujol, J. L. (2012). L'annonce du cancer, entre corps-symptôme et langage traumatique (Doctoral dissertation, Université Paul Valéry-Montpellier III).

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130(3), 435-468. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.435>

Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1-70. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2015.03.001>

Quattropani, M. C., La Foresta, S., Russo, M., Faraone, C., Pistorino, G., Lenzo, V., Lizio, A., Marconi, A., Vita, G. L., Sframeli, M., Distefano, M. G., Sansone, V., Vita, G., Lunetta, C., & Messina, S. (2018). Emotional burden and coping strategies in amyotrophic lateral sclerosis caregivers: The role of metacognitions. *Minerva Psichiatria*, 59(2). <https://doi.org/10.23736/s0391-1772.18.01961-1>

Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., Lee, J., Jacobsen, P. B., Bepler, G., Lancaster, J., Keefe, D. L., & Albrecht, T. L. (2009). Physician referral for fertility preservation in oncology patients: A national study of practice behaviors. *Journal of Clinical Oncology*, 27(35), 5952-5957. <https://doi.org/10.1200/jco.2009.23.0250>



Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F., & Labeyrie-Lagardère, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the sense of coherence. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 41-45. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.008>

Quon, A., & Gambhir, S. S. (2005). FDG-PET and beyond: Molecular breast cancer imaging. *Journal of Clinical Oncology*, 23(8), 1664-1673. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.11.024>

Rabow, M. W., & Knish, S. J. (2014). Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 23(4), 919-923. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4>

Raggio, G. A., Butryn, M. L., Arigo, D., Mikorski, R., & Palmer, S. C. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 29(6), 632-650. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>

Rajaei, A., Jensen, J. F., Brimhall, A. S., Torres, E. T., & Schwartz, A. J. (2020). Dyadic function of couples with cancer: A review. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 20(3), 279-302. <https://doi.org/10.1080/15332691.2020.1841055>

Ramos, C., Leal, I., Costa, P. A., Tapadinhas, A. R., & Tedeschi, R. G. (2018). An item-level analysis of the posttraumatic stress disorder checklist and the posttraumatic growth inventory and its associations with challenge to core beliefs and rumination. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02346>

Rando, T. A. (1986). *Loss and anticipatory grief*. Lexington, MA: Lexington Books.

Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.

Ranieri, J., Guerra, F., & Di Giacomo, D. (2020). Role of metacognition thinking and psychological traits in breast cancer survivorship. *Behavioral Sciences*, 10(9), 135. <https://doi.org/10.3390/bs10090135>

Ransom, S., Sheldon, K. M., & Jacobsen, P. B. (2008). Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(5), 811-819. <https://doi.org/10.1037/a0013270>

Rashidi, E., Morda, R., & Karnilowicz, W. (2020). "I will not be defined by this. I'm not going to live like a victim; It is not going to define my life": Exploring breast cancer survivors' experiences and sense of self. *Qualitative Health Research, 31*(2), 349-360. <https://doi.org/10.1177/1049732320968069>

Rasmussen, D. M., & Elverdam, B. (2007). Cancer survivors' experience of time ? time disruption and time appropriation. *Journal of Advanced Nursing, 57*(6), 614-622. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04133.x>

Ryan, R. M., LaGuardia, J. G., & Rawsthorne, L. J. (2005). Self-complexity and the authenticity of self-aspects: Effects on well being and resilience to stressful events. *North American Journal of Psychology, 7*(3).

Recht, A., Somerfield, M. R., & Edge, S. B. (2016). Postmastectomy radiotherapy: An American Society of Clinical Oncology, American society for radiation oncology, and society of surgical oncology focused guideline update summary. *Journal of Oncology Practice, 12*(12), 1258-1261. <https://doi.org/10.1200/jop.2016.016469>

Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., Falconier, M., Kissane, D., & Levesque, J. V. (2015). Couples coping with cancer: Exploration of theoretical frameworks from dyadic studies. *Psycho-Oncology, 24*(12), 1605-1617. <https://doi.org/10.1002/pon.3854>

Rehman, A. G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R. F., & Zwaren, M. (2008). Body-mass index and incidence of cancer: A systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *The Lancet, 371*(9612), 569-578. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60269-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60269-x)

Ribnikar, D., Ribeiro, J. M., Pinto, D., Sousa, B., Pinto, A. C., Gomes, E., Moser, E. C., Cardoso, M. J., & Cardoso, F. (2015). Breast cancer under age 40: A different approach. *Current Treatment Options in Oncology, 16*(4). <https://doi.org/10.1007/s11864-015-0334-8>

- Rice, A. (2002). Angiogenesis, thrombospondin, and ductal carcinoma in situ of the breast. *Journal of Clinical Pathology*, 55(8), 569-574. <https://doi.org/10.1136/jcp.55.8.569>
- Roberts, N. A., & Reuber, M. (2014). Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: Emotion, emotion regulation and dissociation. *Epilepsy & Behavior*, 30, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.09.035>
- Rodgers, K. M., Udesky, J. O., Rudel, R. A., & Brody, J. G. (2018). Environmental chemicals and breast cancer: An updated review of epidemiological literature informed by biological mechanisms. *Environmental Research*, 160, 152-182. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.08.045>
- Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research in Quality of Life*, 9, 1055-1079.
- Rohani, C., Abedi, H., Omranipour, R., & Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: A prospective study with comparative design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0229-1>
- Romieu, I., Scoccianti, C., Chajes, V., Batlle, J. D., & Rinaldi, S. (2014). Abstract 1271: Alcohol intake and breast cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC) study. *Cancer Research*, 74(19\_Supplement), 1271-1271. <https://doi.org/10.1158/1538-7445.am2014-1271>
- Ronconi, L., Biancalani, G., Medesi, G. A., Orkibi, H., & Testoni, I. (2023). Death education for palliative psychology: The impact of a death education course for Italian University students. *Behavioral Sciences*, 13(2), 182. <https://doi.org/10.3390/bs13020182>
- Rosedale, M. (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 175-183. <https://doi.org/10.1188/09.onf.175-183>
- Rosen, E. L., Eubank, W. B., & Mankoff, D. A. (2007). Fdg pet, pet/Ct, and breast cancer imaging. *RadioGraphics*, 27(suppl\_1), S215-S229. <https://doi.org/10.1148/rg.27si075517>

Roy, R., Chun, J., & Powell, S. N. (2012). BRCA1 and BRCA2: Different roles in a common pathway of genome protection. *Nature Reviews Cancer*, 12(1), 68-78. <https://doi.org/10.1038/nrc3181>

Rotenberg, S., Sternberg, S., & Maeir, A. (2020). Where did I put my glasses? The lived experience of older adults seeking medical help for perceived memory problems. *Disability and Rehabilitation*, 42(25), 3606-3613. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1602849>

Rubin, L. R., Chavez, J., Alderman, A., & Pusic, A. L. (2013). 'Use what god has given me': Difference and disparity in breast reconstruction. *Psychology & Health*, 28(10), 1099-1120. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.782404>

Rubin, L. R., & Tanenbaum, M. (2011). "Does that make me a woman?". *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 401-414. <https://doi.org/10.1177/0361684310395606>

Ruddy, K. J., Gelber, S. I., Tamimi, R. M., Ginsburg, E. S., Schapira, L., Come, S. E., Borges, V. F., Meyer, M. E., & Partridge, A. H. (2014). Prospective study of fertility concerns and preservation strategies in young women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(11), 1151-1156. <https://doi.org/10.1200/jco.2013.52.8877>

Sadler-Gerhardt, C., Reynolds, C., Britton, P., & Kruse, S. (2010). Women breast cancer survivors: Stories of change and meaning. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 265-282. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.q14777j84kx3285x>

Safarinejad, M. R., Shafiei, N., & Safarinejad, S. (2012). Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1242-1248. <https://doi.org/10.1002/pon.3130>

Salem, D. S., Kamal, R. M., Mansour, S. M., Salah, L. A., & Wessam, R. (2013). Breast imaging in the young: the role of magnetic resonance imaging in breast cancer screening, diagnosis and follow-up. *Journal of thoracic disease*, 5(Suppl 1), S9.

Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., George, L., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Snyder, M. A., & Fitchett, G. (2015). A meta-

analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 121(21), 3769-3778. <https://doi.org/10.1002/cncr.29350>

Salvatore, S., & Freda, M. F. (2011). Affect, unconscious and sensemaking. A psychodynamic, semiotic and dialogic model. *New Ideas in Psychology*, 29(2), 119-135. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2010.06.001>

Samphao, S., Wheeler, A. J., Rafferty, E., Michaelson, J. S., Specht, M. C., Gadd, M. A., Hughes, K. S., & Smith, B. L. (2009). Diagnosis of breast cancer in women age 40 and younger: Delays in diagnosis result from underuse of genetic testing and breast imaging. *The American Journal of Surgery*, 198(4), 538-543. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.06.010>

Santos, D. B., Santos, M. A. D., & Vieira, E. M. (2014). Sexuality and breast cancer: a systematic literature review. *Saúde e Sociedade*, 23, 1342-1355.

Sardanelli, F., Boetes, C., Borisch, B., Decker, T., Federico, M., Gilbert, F. J., Helbich, T., Heywang-Köbrunner, S. H., Kaiser, W. A., Kerin, M. J., Mansel, R. E., Marotti, L., Martincich, L., Mauriac, L., Meijers-Heijboer, H., Orecchia, R., Panizza, P., Ponti, A., Purushotham, A. D., Regitnig, P., Rosselli Del Turco, M., Thibault, F., & Wilson, R. (2010). Magnetic resonance imaging of the breast: Recommendations from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer*, 46(8), 1296-1316. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.02.015>

Sarma, E. A. (2015). Barriers to screening mammography. *Health psychology review*, 9(1), 42-62.

Savard, J., & Ivers, H. (2013). The evolution of fear of cancer recurrence during the cancer care trajectory and its relationship with cancer characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 354-360. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.12.013>

Satish, T., Raghunathan, R., Prigoff, J. G., Wright, J. D., Hillyer, G. A., Trivedi, M. S., ... & Accordino, M. K. (2021). Care delivery impact of the COVID-19 pandemic on breast cancer care. *JCO Oncology Practice*, 17(8), e1215-e1224.

Sawin, E. M. (2012). "The body gives way, things happen": Older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 64-70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.03.006>

Schover, L. R., Baum, G. P., Fuson, L. A., Brewster, A., & Melhem-Bertrandt, A. (2014). Sexual problems during the first 2 years of adjuvant treatment with Aromatase inhibitors. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3102-3111. <https://doi.org/10.1111/jsm.12684>

Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory grief. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000208>

Schairer, C., Brown, L. M., Chen, B. E., Howard, R., Lynch, C. F., Hall, P., Storm, H., Pukkala, E., Anderson, A., Kaijser, M., Andersson, M., Joensuu, H., Fosså, S. D., A.Ganz, P., & Travis, L. B. (2006). Suicide after breast cancer: An international population-based study of 723 810 women. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 98(19), 1416-1419. <https://doi.org/10.1093/jnci/djj377>

Scheffold, K., Mehnert, A., Müller, V., Koch, U., Härter, M., & Vehling, S. (2013). Sources of meaning in cancer patients - influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 472-480. <https://doi.org/10.1111/ecc.12152>

Schover, L. R., Baum, G. P., Fuson, L. A., Brewster, A., & Melhem-Bertrandt, A. (2014). Sexual problems during the first 2 years of adjuvant treatment with Aromatase inhibitors. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3102-3111. <https://doi.org/10.1111/jsm.12684>

Schrank, B., Ebert-Vogel, A., Amering, M., Masel, E. K., Neubauer, M., Watzke, H., Zehetmayer, S., & Schur, S. (2016). Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(7), 808-814. <https://doi.org/10.1002/pon.4005>

Schutte, N. S., Searle, T., Meade, S., & Dark, N. A. (2012). The effect of meaningfulness and integrative processing in expressive writing on positive and negative affect and life satisfaction. *Cognition & Emotion*, 26(1), 144-152. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.562881>

Secinti, E., Tometich, D. B., Johns, S. A., & Mosher, C. E. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 71, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.05.001>

Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025-1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>

Senkus, E., Gomez, H., Dirix, L., Jerusalem, G., Murray, E., Van Tienhoven, G., Westenberg, A. H., Bottomley, A., Rapon, J., Bogaerts, J., Di Leo, A., & Nešković-Konstantinović, Z. (2013). Attitudes of young patients with breast cancer toward fertility loss related to adjuvant systemic therapies. EORTC study 10002 BIG 3-98. *Psycho-Oncology*, 23(2), 173-182. <https://doi.org/10.1002/pon.3384>

Senn, H. (2013). St. Gallen consensus 2013: Optimizing and personalizing primary curative therapy of breast cancer worldwide. *Breast Care*, 8(2), 101-101. <https://doi.org/10.1159/000351222>

Shang, C., Xu, D. (2022). Epidemiology of Breast Cancer. *Oncologie*, 24(4), 649–663.

Sherman, A. C., Merluzzi, T. V., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., George, L., Fitchett, G., Jim, H. S., Munoz, A. R., Danhauer, S. C., Snyder, M. A., & Salsman, J. M. (2015). A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*, 121(21), 3779-3788. <https://doi.org/10.1002/cncr.29352>

Shimizu, C., Bando, H., Kato, T., Mizota, Y., Yamamoto, S., & Fujiwara, Y. (2012). Physicians' knowledge, attitude, and behavior regarding fertility issues for young breast cancer patients: A national survey for breast care specialists. *Breast Cancer*, 20(3), 230-240. <https://doi.org/10.1007/s12282-011-0328-8>

Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory grief. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000208>

Simard, S., & Savard, J. (2008). Fear of cancer recurrence inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>

Simard, S., Savard, J., & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: Specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 361-371. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0136-8>

Simonelli, L. E., Siegel, S. D., & Duffy, N. M. (2016). Fear of cancer recurrence: A theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1444-1454. <https://doi.org/10.1002/pon.4168>

Singer, J., Spiegel, J. A., & Papa, A. (2020). Preloss grief in family members of COVID-19 patients: Recommendations for clinicians and researchers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S90-S93. <https://doi.org/10.1037/tra0000876>

Smalls, B. L., Aroh, A., McQuerry, K., Adegboyega, A., Schoenberg, N., & Hatcher, J. (2018). Social support and breast cancer screening in rural Appalachia. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2281-2288. <https://doi.org/10.1002/pon.4828>

Snöbohm, C., Friedrichsen, M., & Heiwe, S. (2010). Experiencing one's body after a diagnosis of cancer—a phenomenological study of young adults. *Psycho-Oncology*, 19(8), 863-869. <https://doi.org/10.1002/pon.1632>

Splevins, K., Cohen, K., Bowley, J., & Joseph, S. (2010). Theories of posttraumatic growth: Cross-cultural perspectives. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 259-277. <https://doi.org/10.1080/15325020903382111>

Sprung, B. R., Janotha, B. L., & Steckel, A. J. (2011). The lived experience of breast cancer patients and couple distress. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(11), 619-627. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00653.x>

Srikanthan, A., Amir, E., & Warner, E. (2016). Does a dedicated program for young breast cancer patients affect the likelihood of fertility preservation discussion and referral? *The Breast*, 27, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2016.02.012>



Srinivasan, A., & Parris, T. (2016). Screening breast cancer: The mammography war. *Current Breast Cancer Reports*, 8(4), 206-212. <https://doi.org/10.1007/s12609-016-0222-7>

Stanton, A. L., Wiley, J. F., Krull, J. L., Crespi, C. M., & Weihs, K. L. (2018). Cancer-related coping processes as predictors of depressive symptoms, trajectories, and episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(10), 820-830. <https://doi.org/10.1037/ccp0000328>

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>

Stefanic, N., Caputi, P., & Iverson, D. C. (2014). Investigating physical symptom burden and personal goal interference in early-stage breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 713-720. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2026-x>

Stenberg, U., Cvancarova, M., Ekstedt, M., Olsson, M., & Ruland, C. (2014). Family caregivers of cancer patients: Perceived burden and symptoms during the early phases of cancer treatment. *Social Work in Health Care*, 53(3), 289-309. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.873518>

Sternberg, C., & Giuliani, R. (2011). Faculty opinions recommendation of strategies for subtypes-dealing with the diversity of breast cancer: Highlights of the St. Gallen international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2011. *Faculty Opinions – Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature*. <https://doi.org/10.3410/f.13360045.14730232>

Stephens, P. J., McBride, D. J., Lin, M., Varela, I., Pleasance, E. D., Simpson, J. T., Stebbings, L. A., Leroy, C., Edkins, S., Mudie, L. J., Greenman, C. D., Jia, M., Latimer, C., Teague, J. W., Lau, K. W., Burton, J., Quail, M. A., Swerdlow, H., Churcher, C., ... Stratton, M. R. (2009). Complex landscapes of somatic rearrangement in human breast cancer genomes. *Nature*, 462(7276), 1005-1010. <https://doi.org/10.1038/nature08645>

Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24-33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.006>

- Suhn, E. E. (2013). Cultural models of female breasts and breast cancer among Korean women. *Open Journal of Nursing*, 03(05), 404-413. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.35055>
- Suen, L. J. W., Chou, C. C., & Lin, Y. C. (2017). The application of grief theories to bereaved family members. *Hu Li Za Zhi*, 64(6), 98-105.
- Sun, L., Ang, E., Ang, W. H., & Lopez, V. (2017). Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(2), 376-385. <https://doi.org/10.1002/pon.4460>
- Sutin, A. R., Costa, P. T., Wethington, E., & Eaton, W. (2010). Turning points and lessons learned: Stressful life events and personality trait development across middle adulthood. *Psychology and Aging*, 25(3), 524-533. <https://doi.org/10.1037/a0018751>
- Swinton, J., Bain, V., Ingram, S., & Heys, S. (2011). Moving inwards, moving outwards, moving upwards: The role of spirituality during the early stages of breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20(5), 640-652. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01260.x>
- Tan, P. H., Ellis, I., Allison, K., Brogi, E., Fox, S. B., Lakhani, S., Lazar, A. J., Morris, E. A., Sahin, A., Salgado, R., Sapino, A., Sasano, H., Schnitt, S., Sotiriou, C., Diest, P., White, V. A., Lokuhetty, D., & Cree, I. A. (2020). The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology*, 77(2), 181-185. <https://doi.org/10.1111/his.14091>
- Tanaka, M., Katayama, F., Kato, H., Tanaka, H., Wang, J., Qiao, Y. L., & Inoue, M. (2011). Hepatitis B and C virus infection and hepatocellular carcinoma in China: A review of epidemiology and control measures. *Journal of Epidemiology*, 21(6), 401-416. <https://doi.org/10.2188/jea.je20100190>
- Tanhan, F., Kasap, S., & Ünsal, F. (2016). Cultural and religious perspective of loss and bereavement in Anatolia. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 4181. <https://doi.org/10.14687/jhs.v13i3.3892>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). Posttraumatic growth inventory. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t03776-000>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET article: "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)

Tennen, H. (2013). Positive change following trauma: Controversies and new directions. In Comments presented at the 29th annual meeting of International Society of Traumatic Stress Studies, Philadelphia.

Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita. Psicologia del morire E death education*. Bollati Boringhieri.

Testoni, I. (2020). *Psicologia palliativa. Intorno all'ultimo compito evolutivo*. Bollati Boringhieri.

Testoni, I. (2016). The psychology of death and mourning: From clinical work to death education. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 50(2), 229-252.

Testoni, I., Ancona, D., & Ronconi, L. (2015). The ontological representation of death. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 71(1), 60-81. <https://doi.org/10.1177/0030222814568289>

Testoni, I., Antonellini, M., Ronconi, L., Biancalani, G., & Neimeyer, R. A. (2021a). Spirituality and meaning-making in bereavement: The role of social validation. *Journal of Loss and Trauma*, 27(4), 351-366. <https://doi.org/10.1080/15325024.2021.1983304>

Testoni, I., Biancalani, G., Ronconi, L., & Varani, S. (2019a). Let's start with the end: Bibliodrama in an Italian death education course on managing fear of death, fantasy-proneness, and Alexithymia with a mixed-method analysis. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 83(4), 729-759. <https://doi.org/10.1177/0030222819863613>

Testoni, I., Di Lucia Sposito, D., De Cataldo, L., & Ronconi, L. (2014). Life at all costs? Italian social representations of end-of-life decisions after president Napolitano's speech - margin notes on withdrawing artificial nutrition and hydration. *Nutritional Therapy & Metabolism*, 32(3), 121-135. <https://doi.org/10.5301/ntm.2014.12488>

Testoni, I., D'Ippolito, M., Iacona, E., Zamperini, A., Mencacci, E., Chochinov, H. M., & Grassi, L. (2021b). Dignity therapy and the past that matters: Dialogues with older people on values and photos. *Journal of Loss and Trauma*, 27(1), 74-82. <https://doi.org/10.1080/15325024.2021.1894797>

Testoni, I., Franco, C., Gallo Stampino, E., Iacona, E., Crupi, R., & Pagano, C. (2021c). Facing COVID-19 between sensory and Psychoemotional stress, and instrumental deprivation: A qualitative study of unmanageable critical incidents with doctors and nurses in two hospitals in northern Italy. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.622894>

Testoni, I., Iacona, E., Fusina, S., Floriani, M., Crippa, M., Maccarini, A., & Zamperini, A. (2018a). "Before I die I want to ...": An experience of death education among university students of social service and psychology. *Health Psychology Open*, 5(2), 205510291880975. <https://doi.org/10.1177/2055102918809759>

Testoni, I., Iacona, E., Corso, C., Pompele, S., Dal Corso, L., Orkibi, H., & Wieser, M. A. (2021d). Psychology students' perceptions of COVID-19 in a death education course. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.625756>

Testoni, I., Iacona, E., Palazzo, L., Barzizza, B., Baldrati, B., Mazzon, D., Navalesi, P., Mistraletti, G., & Leo, D. D. (2021e). Death notification in Italian critical care units and emergency services. A qualitative study with physicians, nurses and relatives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13338. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413338>

Testoni, I., Lazzarotto Simioni, J., & Di Lucia Sposito, D. (2013). Representation of death and social management of the limit of life: Between resilience and irrationalism. *Nutritional Therapy & Metabolism*, 31(4), 192-198. <https://doi.org/10.5301/ntm.2013.11585>

Testoni, I., Palazzo, L., De Vincenzo, C., & Wieser, M. A. (2020). Enhancing existential thinking through death education: A qualitative study among high school students. *Behavioral Sciences*, 10(7), 113. <https://doi.org/10.3390/bs10070113>

Testoni, I., Piscitello, M., Ronconi, L., Zsák, É., Iacona, E., & Zamperini, A. (2019b). Death education and the management of fear of death via photo-voice: An experience among undergraduate students. *Journal of Loss and Trauma*, 24(5-6), 387-399. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1507469>

Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. (2018b). Psychodrama and Moviemaking in a death education course to work through a case of suicide among high school students in Italy. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00441>

Testoni, I., Ronconi, L., Cupit, I. N., Nodari, E., Bormolini, G., Ghinassi, A., Messeri, D., Cordioli, C., & Zamperini, A. (2019c). The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: A nonrandomized controlled study. *Death Studies*, 44(3), 179-188. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1528056>

Testoni, I., Sansonetto, G., Ronconi, L., Rodelli, M., Baracco, G., & Grassi, L. (2017). Meaning of life, representation of death, and their association with psychological distress. *Palliative and Supportive Care*, 16(5), 511-519. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000669>

Testoni, I., Visintin, E. P., Capozza, D., Carlucci, M. C., & Shams, M. (2016). The implicit image of god: God as reality and psychological well-being. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 55(1), 174-184. <https://doi.org/10.1111/jssr.12252>

Testoni, I., Zanellato, S., Iacona, E., Marogna, C., Cottone, P., & Bingaman, K. (2021f). Mourning and management of the COVID-19 health emergency in the priestly community: Qualitative research in a region of northern Italy severely affected by the pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.622592>

Tetteh, D. A., & Faulkner, S. L. (2016). Sociocultural factors and breast cancer in sub-Saharan Africa: Implications for diagnosis and management. *Women's Health*, 12(1), 147-156. <https://doi.org/10.2217/whe.15.76>

Thewes, B., Butow, P., Zachariae, R., Christensen, S., Simard, S., & Gotay, C. (2011). Fear of cancer recurrence: A systematic literature review of self-report measures. *Psycho-Oncology*, 21(6), 571-587. <https://doi.org/10.1002/pon.2070>

Thigpen, J. (2012). Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: Meta-analyses of long-term outcome among 100 000 women in 123 randomised trials. *Yearbook of Oncology*, 2012, 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.yonc.2012.08.007>

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>

Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., & Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*, 192, 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>

Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Pérez, M., Struthers, J., Sefko, J. A., Lian, M., ... & Jeffe, D. B. (2016). Influence of neighborhood-level factors on social support in early-stage breast cancer patients and controls. *Social Science & Medicine*, 156, 55-63.

Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Pérez, M., Schootman, M., & Jeffe, D. B. (2013). Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls. *Health Psychology*, 32(8), 886-895. <https://doi.org/10.1037/a0031894>

Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2012). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, 22(3), 646-658. <https://doi.org/10.1002/pon.3048>

Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63(1), 151-164. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.055>

Tiggemann, M. (2012). Sociocultural perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 758-765. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-384925-0.00120-6>

Tsilika, E., Mystakidou, K., Parpa, E., Galanos, A., Sakkas, P., & Vlahos, L. (2009). The influence of cancer impact on patients' preparatory grief. *Psychology & Health*, 24(2), 135-148. <https://doi.org/10.1080/08870440701611194>

Toi, M., Ohashi, Y., Seow, A., Moriya, T., Tse, G., Sasano, H., Park, B. W., Chow, L. W., Laudico, A. V., Yip, C. H., Ueno, E., Ishiguro, H., & Bando, H. (2010). The breast cancer working group presentation was divided into three sections: The epidemiology, pathology and

treatment of breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 40(Supplement 1), i13-i18. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyq122>

Towsley, G. L., Beck, S. L., & Watkins, J. F. (2007). "Learning to live with it": Coping with the transition to cancer survivorship in older adults. *Journal of Aging Studies*, 21(2), 93-106. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.08.003>

Trinca, F., Infante, P., Dinis, R., Inácio, M., Bravo, E., Caravana, J., Reis, T., & Marques, S. (2019). Depression and quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy and monoclonal antibodies. *ecancermedicalscience*, 13. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.937>

Tronick, E. (2010). Multilevel meaning making and dyadic expansion of consciousness theory: The emotional and the polymorphic polysemic flow of meaning. *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice*, 86-112.

Tokatlı, F., & Dincer, M. (2019). Breast-conserving therapy: Hypofractionated and conventional whole-breast irradiation and accelerated partial-breast irradiation. *Breast Disease*, 209-219. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-16792-9\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-030-16792-9_12)

Tuman, M., Roberts, K. E., Corner, G., Beard, C., Fadalla, C., Coats, T., Slivjak, E., Schofield, E., & Lichtenthal, W. G. (2021). Interpretation bias in breast cancer survivors experiencing fear of cancer recurrence. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682174>

Turkman, Y. E., Kennedy, H. P., Harris, L. N., & Knobf, M. T. (2016). "An addendum to breast cancer": the triple negative experience. *Supportive Care in Cancer*, 24, 3715-3721.

Umezawa, Y., Lu, Q., You, J., Kagawa-Singer, M., Leake, B., & Maly, R. C. (2012). Belief in divine control, coping, and race/Ethnicity among older women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 21-32. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9358-5>

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nursing*, 35(6), 456-465. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e3182395401>

Ussher, J. M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W. T., Mason, C., Hobbs, K., & Kirsten, L. (2013). Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients. *Psychology & Health, 28*(12), 1370-1390. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.811242>

Vadaparampil, S. T., Christie, J., Quinn, G. P., Fleming, P., Stowe, C., Bower, B., & Pal, T. (2012). A pilot study to examine patient awareness and provider discussion of the impact of cancer treatment on fertility in a registry-based sample of African American women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer, 20*(10), 2559-2564. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1380-4>

Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(3), 355-361. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0068-7>

Valachis, A., Tsali, L., Pesce, L. L., Polyzos, N. P., Dimitriadis, C., Tsalis, K., & Mauri, D. (2010). Safety of pregnancy after primary breast carcinoma in young women: A meta-analysis to overcome bias of healthy mother effect studies. *Obstetrical & Gynecological Survey, 65*(12), 786-793. <https://doi.org/10.1097/ogx.0b013e31821285bf>

Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., Kachnic, L. A., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology, 10*(2), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003>

Van der Hage, J. A., Van de Velde, C. J., Julien, J., Tubiana-Hulin, M., Vandervelden, C., & Duchateau, L. (2001). Preoperative chemotherapy in primary operable breast cancer: Results from the European organization for research and treatment of cancer trial 10902. *Journal of Clinical Oncology, 19*(22), 4224-4237. <https://doi.org/10.1200/jco.2001.19.22.4224>

Van de Ven, S. M. W. Y., Elias, S. G., Van den Bosch, M. A. A. J., Luijten, P., & Mali, W. T. M. (2008). Optical imaging of the breast. *Cancer Imaging, 8*(1), 206.



Van Dyke, B., Kim, M., & Thorn, B. (2018). Longitudinal relationships between perceived social support and quality-of-life among patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 19(3), S39. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.109>

Vanlemmens, L., Christophe, V., Fournier, E., Dauchy, S., Boinon, D., Toudic-Emily, F., Duffour, B., Machavoine, J., Reich, M., Bonnetterre, J., Domont, J., Kaci, F. A., & Antoine, P. (2012). The quality of life of young women with Nonmetastatic breast cancer and their partners': Specific needs require development of specific questionnaires for each of them. *The Breast Journal*, 18(2), 182-184. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2011.01218.x>

Vardy, J. L., & Dhillon, H. M. (2018). "Mind the gaps": Cognition and cancer. *Psycho-Oncology*, 27(1), 10-12. <https://doi.org/10.1002/pon.4582>

Vaupel, P., & Harrison, L. (2004). Tumor hypoxia: Causative factors, compensatory mechanisms, and cellular response. *The Oncologist*, 9(S5), 4-9. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.9-90005-4>

Vehling, S., Kissane, D. W., Lo, C., Glaesmer, H., Hartung, T. J., Rodin, G., & Mehnert, A. (2017). The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer*, 123(17), 3394-3401. <https://doi.org/10.1002/cncr.30749>

Vickberg, S. M. (2003). The concerns about recurrence scale (CARS): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm2501\\_03](https://doi.org/10.1207/s15324796abm2501_03)

Villarreal-Garza, C., Martinez-Cannon, B. A., Platas, A., Mohar, A., Partridge, A. H., Gil-Moran, A., Fonseca, A., Vega, Y., Bargallo-Rocha, E., Cardona-Huerta, S., Lopez-Aguirre, Y. E., Barragan-Carrillo, R., & Castro-Sanchez, A. (2017). Fertility concerns among breast cancer patients in Mexico. *The Breast*, 33, 71-75. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.02.010>

Vin-Raviv, N., Hillyer, G. C., Hershman, D. L., Galea, S., Leoce, N., Bovbjerg, D. H., Kushi, L. H., Kroenke, C., Lamerato, L., Ambrosone, C. B., Valdimorsdottir, H., Jandorf, L., Mandelblatt, J. S., Tsai, W., & Neugut, A. I. (2013). Racial disparities in posttraumatic stress

after diagnosis of localized breast cancer: The BQUAL study. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 105(8), 563-572. <https://doi.org/10.1093/jnci/djt024>

Vishkin, A., Bigman, Y. E., Porat, R., Solak, N., Halperin, E., & Tamir, M. (2016). God rest our hearts: Religiosity and cognitive reappraisal. *Emotion*, 16(2), 252-262. <https://doi.org/10.1037/emo0000108>

Von Minckwitz, G., & Fontanella, C. (2013). Selecting the neoadjuvant treatment by molecular subtype: How to maximize the benefit? *The Breast*, 22, S149-S151. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2013.07.028>

Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Tavakoli, A., Phillips, K. D., Murdaugh, C., Jackson, K., & Meding, G. (2007). Social support, coping, and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural areas of the southeastern United States. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(9), 667-680. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0131>

Wagner, C. D., & Bigatti, S. M. (2015). A comparison of quality of life measures in husbands of women with breast cancer. *Applied Research in Quality of Life*, 11(3), 955-969. <https://doi.org/10.1007/s11482-015-9413-z>

Waldrop, D. P. (2007). Caregiver grief in terminal illness and bereavement: A mixed-methods study. *Health & Social Work*, 32(3), 197-206. <https://doi.org/10.1093/hsw/32.3.197>

Walker, S., Hyde, C., & Hamilton, W. (2014). Risk of breast cancer in symptomatic women in primary care: A case-control study using electronic records. *British Journal of General Practice*, 64(629), e788-e793. <https://doi.org/10.3399/bjgp14x682873>

Warner, E., Yee, S., Kennedy, E., Glass, K., Foong, S., Seminsky, M., & Quan, M. L. (2016). Oncofertility knowledge, attitudes, and practices of Canadian breast surgeons. *Annals of Surgical Oncology*, 23(12), 3850-3859. <https://doi.org/10.1245/s10434-016-5423-9>

Walsh, D. M., Morrison, T. G., Conway, R. J., Rogers, E., Sullivan, F. J., & Groarke, A. (2018). A model to predict psychological- and health-related adjustment in men with prostate cancer: The role of post traumatic growth, physical post traumatic growth, resilience and mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00136>

Wang, Y., & Lin, C. (2016). Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nursing*, 39(4), E43-E50. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000298>

Waters, T. E., Shallcross, J. F., & Fivush, R. (2013). The many facets of meaning making: Comparing multiple measures of meaning making and their relations to psychological distress. *Memory*, 21(1), 111-124. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.705300>

Webb, C., Jacox, N., & Temple-Oberle, C. (2018). The making of breasts: Navigating the symbolism of breasts in women facing cancer. *Plastic Surgery*, 27(1), 49-53. <https://doi.org/10.1177/2292550318800500>

Webb, R. T. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 256. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1561>

Wefel, J. S., & Schagen, S. B. (2012). Chemotherapy-related cognitive dysfunction. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 12(3), 267-275. <https://doi.org/10.1007/s11910-012-0264-9>

Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2015). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health expectations*, 19(3), 631-642.

Wittenberg, E., Borneman, T., Koczywas, M., Del Ferraro, C., & Ferrell, B. (2017). Cancer communication and family caregiver quality of life. *Behavioral Sciences*, 7(4), 12. <https://doi.org/10.3390/bs7010012>

World Health Organization. (2020). Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/home>

Xin, W. U., Jieru, W. A. N. G., Cofie, R., Kaminga, A. C., & Aizhong, L. I. U. (2016). Prevalence of posttraumatic stress disorder among breast cancer patients: a meta-analysis. *Iranian journal of public health*, 45(12), 1533.

Yahi, F., Lequesne, J., Rigal, O., Morel, A., Leheurteur, M., Grellard, J., Leconte, A., Clarisse, B., Joly, F., & Lefèvre-Arbogast, S. (2022). Post-traumatic stress disorder symptoms

and associated factors in breast cancer patients during the first COVID-19 lockdown in France. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.768043>

Yang, W., Wang, Z., Chen, K., Li, Z., & Liao, Q. (2019). A comprehensive classification system for breast cancer diagnosis based on dynamic optical breast imaging. 2019 41st Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC). <https://doi.org/10.1109/embc.2019.8856744>

Yazdani-Charati, R., Hajian-Tilaki, K., & Sharbatdaran, M. (2019). Comparison of pathologic characteristics of breast cancer in younger and older women. *Caspian journal of internal medicine*, 10(1), 42.

Yates, L. R., Gerstung, M., Knappskog, S., Desmedt, C., Gundem, G., Van Loo, P., Aas, T., Alexandrov, L. B., Larsimont, D., Davies, H., Li, Y., Ju, Y. S., Ramakrishna, M., Haugland, H. K., Lilleng, P. K., Nik-Zainal, S., McLaren, S., Butler, A., Martin, S., ... Campbell, P. J. (2015). Subclonal diversification of primary breast cancer revealed by multiregion sequencing. *Nature Medicine*, 21(7), 751-759. <https://doi.org/10.1038/nm.3886>

Yoo, G. J., Aviv, C., Levine, E. G., Ewing, C., & Au, A. (2010). Emotion work: Disclosing cancer. *Supportive Care in Cancer*, 18(2), 205-215. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0646-y>

Yoo, G. J., Levine, E. G., & Pasick, R. (2014). Breast cancer and coping among women of color: A systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 811-824. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2057-3>

Yuen, M., & Mak, L. (2020). Faculty opinions recommendation of global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Faculty Opinions – Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature*. <https://doi.org/10.3410/f.734004835.793574878>

Young, I. M. (2005). *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0195161920.001.0001>

Zamaniyan, S., Bolhari, J., Naziri, G., Akrami, M., & Hosseini, S. (2016). Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. *Iranian journal of medical sciences*, 41(2), 140.

Zabicki, K., Colbert, J. A., Dominguez, F. J., Gadd, M. A., Hughes, K. S., Jones, J. L., Specht, M. C., Michaelson, J. S., & Smith, B. L. (2006). Breast cancer diagnosis in women  $\leq$  40 versus 50 to 60 years: Increasing size and stage disparity compared with older women over time. *Annals of Surgical Oncology*, 13(8), 1072-1077. <https://doi.org/10.1245/aso.2006.03.055>

Zhang, L., Wu, J., Zhao, Y., Hu, W., Qin, A., Dong, F., Liu, E., Zeng, H., Xie, H., & Du, H. (2022). Breast cancer survival analysis with molecular subtypes: An initial step. 2022 IEEE 22nd International Conference on Bioinformatics and Bioengineering (BIBE). <https://doi.org/10.1109/bibe55377.2022.00081>

Zhu, P., Ji, Q., Liu, X., Xu, T., Wu, Q., & Wang, Y. (2021). “I’m walking on eggshells”: Challenges faced by mothers with breast cancer in interacting with adolescent daughters. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1000506/v1>

Zhu, L., Ranchor, A. V., Helgeson, V. S., Van der Lee, M., Garssen, B., Stewart, R. E., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2017). Benefit finding trajectories in cancer patients receiving psychological care: Predictors and relations to depressive and anxiety symptoms. *British Journal of Health Psychology*, 23(2), 238-252. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12283>

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Zomkowski, K., Cruz de Souza, B., Pinheiro da Silva, F., Moreira, G. M., De Souza Cunha, N., & Sperandio, F. F. (2017). Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1485-1493. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300950>