



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

QUALITÀ DELLA VITA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI. UNA RASSEGNA BIBLIOGRAFICA SUI FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI E DISTURBI DI PERSONALITÀ

Quality of life in cancer patients.

A literature review on psychosocial risk factors and personality disorder.

Relatore:

Prof. Giulio Vidotto

Correlatrice:

Dott.ssa Anna Panzeri

Laureando: Nicolò Tessari

Matricola:122828

Anno Accademico 2021/2022

INDICE:

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1:	
1.1 LA MALATTIA ONCOLOGICA: DEFINIRLA E AFFRONTARLA.....	2
1.2 LE CURE.....	3
CAPITOLO 2:	
2.1 L'IMPATTO PSICOLOGICO SUL PAZIENTE.....	4
2.2 QUALITÀ DELLA VITA E I FATTORI DI RISCHIO.....	6
2.3 FATTORI DI RISCHIO PER LA QUALITÀ DELLA VITA.....	7
2.3.1 <i>Età</i>	8
2.3.2 <i>Le strategie di Coping</i>	10
2.3.3 <i>Dolore, depressione e disturbi d'ansia</i>	13
CAPITOLO 3: PERSONALITÀ E DISTURBI DI PERSONALITÀ COME FATTORI DI RISCHIO	
3.1 PERSONALITÀ: DEFINIZIONE E TEORIE.....	16
3.2 I DISTURBI DI PERSONALITÀ (DDP)	18
3.3 DISTURBI DI PERSONALITÀ E QUALITÀ DELLA VITA.....	20
CAPITOLO 4: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI	23
BIBLIOGRAFIA	26

INTRODUZIONE

Il seguente scritto è stato redatto con lo scopo di raccogliere e confrontare informazioni per costruire una base di partenza dalla quale affrontare il delicato tema delle malattie oncologiche e i fattori, sia di tipo ambientali sia le caratteristiche dei singoli individui, che possono influire negativamente sulla qualità della vita.

In questo lavoro è stata eseguita un'iniziale rassegna della bibliografia esistente, volta a far luce sulle concause che le difficoltà psicologiche hanno non solo nel benessere del paziente, ma anche nella scelta del percorso di cura. L'elaborato è anche volto ad evidenziare le zone d'ombra e le mancanze della ricerca nei confronti di alcune tipologie di disturbi. L'importanza di questo elaborato, quindi, non si sofferma unicamente alla mera raccolta di informazioni; ma mira a costruire una consapevolezza verso le difficoltà che questi pazienti affrontano, oltre alle complicanze fisiche della malattia.

Nel primo capitolo dell'elaborato si può trovare una breve introduzione alla malattia oncologica, partendo dalle caratteristiche della malattia e le metodologie di cura. Nei capitoli successivi ci si sofferma sull'impatto psicologico che la diagnosi della malattia ha sul mondo psicosociale del paziente, vengono definiti i concetti di qualità della vita (QOL) e di fattore di rischio psicologico. Soffermandosi su quest'ultimo, vengono poi esposti quattro fattori di rischio psicologici: l'età del paziente, le strategie di adattamento (*coping*), il dolore causato dalla malattia e i disturbi d'ansia e infine, in un capitolo a sé stante, si approfondiscono i fattori di rischio rappresentati dai tratti di personalità e dai suoi disturbi. Un capitolo a parte è stato dedicato alle caratteristiche di personalità, ai suoi tratti e disturbi. Ciò è risultato necessario al fine di approfondire una parte di difficoltà psicologiche generalmente accantonate e ritenute secondarie, ma che possono risultare influenti nel benessere psicologico del paziente, sia per la loro pervasività e alta comorbilità, sia per la distribuzione epidemiologica di questi disturbi.

L'elaborato è stato redatto mediante la raccolta, il confronto e l'integrazione di studi presenti sulla piattaforma digitale EBSCO, pubblicati in diverse parti del mondo. Sono stati utilizzati anche materiali cartacei, quali libri di testo universitari e libri scientifici della biblioteca comunale; questi ultimi prevalentemente nella parte introduttiva.

CAPITOLO 1

LA MALATTIA ONCOLOGICA: DEFINIRLA E AFFRONTARLA

L'oncologia è la branca della medicina che si occupa della diagnosi, del trattamento e della prevenzione dei tumori benigni e maligni. Si definisce tumore una massa di cellule anomale, il cui tasso di divisione e accrescimento è superiore ai parametri considerati normali, a causa di una serie di mutazioni del DNA cellulare, che alterano i geni deputati al controllo dei processi di divisione, crescita, maturazione e morte delle cellule. È detto benigno, quando la massa di cellule dal comportamento anomalo, per divisione e accrescimento, non è invasiva per i tessuti circostanti e neppure infiltrante per il sangue; al contrario, un tumore è detto maligno, quando la massa di cellule è invasiva e infiltrante. La parte dell'organismo dove si sviluppa il tumore viene chiamata sito primario. Le cellule tumorali possono dar luogo a metastasi, cioè invadere e danneggiare i tessuti circostanti il sito primario e diffondersi attraverso il sistema circolatorio e linfatico ad altre parti del corpo. Quando il tumore diventa in grado di sviluppare metastasi, si può parlare di cancro. Il termine cancro non indica una singola malattia ma un'ampia categoria di patologie che possono svilupparsi in qualsiasi parte del corpo (Palmonari, 2011, Luzzatto 2006, Guex 1991).

Il tempo che una massa tumorale impiega per duplicarsi in dimensioni varia a seconda dei casi. Possono volerci anni o decenni, o possono bastare anche alcuni giorni. La media si attesta intorno ai due-tre mesi. Un fattore importante per la crescita risiede nella capacità del tumore di stimolare la creazione di nuovi vasi sanguigni, necessari all'approvvigionamento dei nutrienti.

I tumori vengono classificati a seconda del tipo di cellule normali da cui hanno avuto origine e non in base al tessuto di diffusione. Si possono avere: Carcinomi (si originano dalle cellule epiteliali), Sarcomi (si originano da tessuto osseo, muscolare o adiposo), Linfomi (si originano dai linfociti), Leucemie (si originano dalle cellule del midollo osseo), Mielomi (si originano dalle plasmacellule), Melanomi (si originano dai melanociti) e Gliomi (si originano dalle cellule di sostegno al tessuto osseo e midollo spinale).

All'interno di ciascuna categoria, vengono a loro volta suddivisi in base al grado di mutazione delle cellule, rispetto a quelle normali corrispondenti. Tumori di grado 1: sono ben differenziati, è mantenuta parte dell'architettura cellulare fisiologica, le cellule hanno bassa velocità di duplicazione e alcune sono in grado di eseguire le normali funzioni. Tumori di grado 2: sono moderatamente differenziati. Tumori di grado 3: tendono a crescere più velocemente e ad essere più aggressivi, con una prognosi sfavorevole, le cellule si sono modificate così tanto rispetto alle normali da aver perso completamente le loro funzioni specifiche (Gareth 2006, Luzzatto 2006, Guex 1991).

La maggior parte dei tumori viene scoperta a causa dei sintomi o tramite anomalie visibili notate dal paziente o dal medico. I sintomi che possono essere causati dal cancro variano a seconda della localizzazione, alla tipologia e alla gravità della malattia. I più comuni sono: tosse persistente, evidente alterazione del metabolismo intestinale o urinario, presenza di piccole masse o noduli in qualsiasi parte del corpo, sangue nelle urine e nelle feci, affaticamento e stanchezza insoliti, febbre di lieve entità ma persistente, dolore addominale continuo, mancanza di appetito, perdita di peso, epistassi ricorrenti e abbondanti ed ecchimosi, noduli e rigonfiamenti.

Una volta confermata la presenza di tumori si procede alla determinazione dello stadio, il quale indica sia la dimensione del tumore sia che esso abbia invaso i tessuti circostanti mediante metastasi. Ogni tumore viene classificato attraverso un codice alfanumerico, che ne riassume le caratteristiche principali, contribuendo a determinare la stadiazione, da cui deriveranno, insieme con altri fattori, le scelte terapeutiche e la prognosi (probabilità di guarigione) associata. Il metodo più utilizzato è quello 'TNM' che permette la definizione delle categorie basata su criteri anatomici:

- T (tumor) si intende la descrizione della grandezza e dell'estensione del tumore;
- N (nodes) si intende la valutazione del coinvolgimento di linfonodi regionali;
- M (metastasis) si intende la valutazione della presenza/assenza di metastasi lontane dal tumore primario (Gareth, 2006, Luzzatto 2006, Guex 1991).

1.1 LE CURE

Il fine ultimo delle tecniche di cura è l'eradicazione della massa cancerogena, ma vi possono anche essere interventi volti alla riduzione dei sintomi o a prolungare le aspettative di vita, detti "palliativi". Questi ultimi possono essere meno violenti dei trattamenti radicali e risultare quindi più tollerabili. Non è detto che, soltanto perché palliativo, un trattamento non abbia alcun effetto contro il cancro: molte persone conducono una vita normale tenendo la malattia stabile e sotto controllo per molti anni proprio grazie a questi trattamenti. Per contrastare i tumori, l'oncologia odierna può contare su:

- Farmaci chemioterapici o chemioterapia, ovvero medicinali aventi la capacità di riconoscere e uccidere le cellule in rapida crescita, come le cellule che caratterizzano i tumori.
- Operazioni di chirurgia oncologica (o chirurgia antitumorale) che prevedono l'asportazione totale del tumore dalla sede di formazione.
- Interventi di radioterapia tumorale, che prevedono l'esposizione diretta dei tumori a una certa dose di radiazioni ionizzanti, con lo scopo finale di distruggere le cellule neoplastiche (Gareth, 2006, Luzzatto 2006, Guex 1991).

CAPITOLO 2

2.1 L'IMPATTO PSICOLOGICO SUL PAZIENTE

Una volta che la diagnosi di cancro è confermata e tutti gli accertamenti completati, è necessario comunicare al paziente il suo stato di salute. La scelta di omettere al malato informazioni inerenti alla diagnosi, alle sue condizioni di salute e alle probabilità di cura, malgrado l'intenzione sia quella di proteggerlo dalla sofferenza, può comunque essere controproducente. Oltre ad una questione etica, la sincerità sulle condizioni del paziente è alla base del rapporto di fiducia tra egli ed il medico curante. Un rapporto positivo con il medico e l'equipe fornisce al paziente la possibilità di chiedere informazioni per chiarire i propri dubbi ed incertezze: solo con un paziente correttamente informato e consapevole, sia delle sue condizioni di salute, sia sui differenti percorsi di cura che può intraprendere, è possibile formulare, di comune accordo, una terapia ottimale che si adatti alle sue esigenze. Da questo rapporto, quindi, può dipendere anche il successo che il *trial* clinico di cure ha sul paziente. Malgrado ciò, la diagnosi di cancro rimane un evento traumatico, difficile sia per la figura professionale che la deve comunicare sia, soprattutto, per il paziente che la riceve. Non è sempre il medico a comunicare la diagnosi: in alcune strutture si fa ricorso alla figura dello psicologo o di personale infermieristico specializzato e di lunga esperienza, per comunicarla nel modo più adatto al paziente.

Il tumore non coinvolge solo la sfera fisica, ma mette in discussione e sconvolge il ruolo sociale e familiare della persona, la sfera sessuale e affettiva, la vita professionale e lo status economico. Nella capacità di accettazione e comprensione della nuova situazione fisica e psicologica in cui il malato si viene a trovare, concorrono molti elementi sociali e culturali. Di fronte a queste improvvise difficoltà, il paziente inizia a sviluppare un ampio spettro di paure fondamentali:

- *Paura dell'alienazione*: il paziente teme il rifiuto, l'isolamento, l'abbandono da parte delle persone care a causa della sua condizione; soprattutto a inizio e fine malattia. La severità dei trattamenti rinforzerà la sua impressione di essere invaso e aggredito, colpito da un destino ingiusto.
- *Paura della mutilazione*: l'affezione cancerosa è vissuta come un grave attentato all'integrità del corpo e quindi come una minaccia all'immagine di sé. La prospettiva di un intervento è molto mal tollerata, in quanto comporta alterazioni dello schema corporeo.
- *Timore della perdita di controllo*: la comparsa della malattia comporta un sentimento di perdita di controllo della propria vita, generando così un problema di controllo, causato dalle alterazioni nei sentimenti di autonomia e di utilità.

- Necessità di confrontarsi con la propria *vulnerabilità*: il paziente inizia a perdere le proprie certezze e a mettere a nudo le proprie mancanze e insicurezze. Favorisce l'emergere dei sensi di colpa, di mancanze da riscattare o il desiderio di regolare conti (Guex 1991).

Dal momento della diagnosi e durante tutto il processo di trattamento, il paziente non dovrà solamente affrontare la malattia e il nuovo ambiente sanitario, ma dovrà anche lottare per mantenere un equilibrio emotivo ragionevole e un'immagine del sé soddisfacente, salvaguardando il più possibile una buona integrazione sociale e professionale. Si tratta, quindi, di un compito che richiede la mobilitazione di tutte le risorse adattive dell'individuo e talvolta anche l'utilizzo di certi meccanismi di difesa che il medico dovrà riconoscere e rispettare, nella misura in cui si dimostreranno funzionali. I meccanismi di difesa in questo caso sono volti ad imparare a vivere nell'incertezza, ovvero convivere con l'ambiguità di una malattia che non è rapidamente fatale, ma che ha risvolti altalenanti tra i rischi di recidiva e la rapidità di progressione. Questo permanente senso di insicurezza e precarietà genera la maggior parte dei sentimenti contraddittori e stressanti, che finiscono per spossare sul lungo periodo il paziente. Il paziente attua costantemente un processo di valutazione difensiva, ovvero partendo da una situazione inizialmente percepita come una minaccia, essa viene depurata della sua natura minacciosa, al fine di diminuire l'angoscia che essa provoca. La valutazione della situazione esterna viene così riadattata costantemente da parte dell'individuo stressato a seconda della quantità di emozioni negative che egli può tollerare di volta in volta: in questo modo, la sofferenza viene mantenuta entro limiti sopportabili.

Alcuni dei meccanismi difensivi riscontrati più spesso sono:

- *La negazione* consiste nell'esclusione dal pensiero di un problema o di una situazione intollerabili, attuando atteggiamenti di evitamento e soppressione per non pensare ad essa. Sono meccanismi inconsci, più o meno forti a seconda dell'intensità delle emozioni provate; ma che consentono al paziente il tempo di accusare il colpo, di mobilitare le risorse intrapsichiche e di preparare delle strategie per affrontare la malattia.
- *La proiezione* allevia le angosce, il sentimento di colpa, l'aggressività o i sentimenti sgradevoli, attribuendo ad una persona o a una causa esterna l'origine di ciò che non va. In questo modo il paziente riesce a mantenere intatta l'immagine di sé, spostando la responsabilità di un altro bersaglio, come il coniuge o il medico.
- *L'ignoranza selettiva* consiste nell'operare deliberatamente una scelta di elementi positivi all'interno di circostanze penose, così da salvaguardare un certo grado di speranza. Questa modalità di reazione è molto più efficace nel ridurre lo stress nella vita quotidiana con coloro

ai quali non si è legati emotivamente; mentre nella vita familiare questo atteggiamento può accrescere le tensioni.

- *La razionalizzazione* è utile per definire uno scopo e dare un senso alla malattia e sedare i sensi di colpa.

Malgrado esse siano fondamentali, soprattutto nelle fasi iniziali, per permettere al paziente di accettare e progressivamente abituarsi alla nuova situazione, le strategie di difesa possono in alcuni casi diventare croniche e poco funzionali al suo adattamento o al rapporto con il personale dell'equipe. L'accoglienza dell'ambiente e del personale costituisce un elemento significativo non solo per accettare positivamente il peso delle terapie, ma per tollerare i tempi necessari per ottenere risultati terapeutici. È necessario inoltre dare continuità al percorso assistenziale lungo tutte le fasi della malattia. Questo diventa particolarmente significativo nella fase avanzata-terminale del tumore, quando è preponderante il ruolo delle terapie di sostegno a scapito delle terapie antitumorali. La delicatezza di questa fase mette a nudo il senso più profondo della vita per il malato, al quale va garantita empatia e vicinanza, assistenza e cura. L'apertura affettiva del medico consegna al malato la percezione di essere accolto come persona unica ed individuale (Guex 1991).

2.2 QUALITÀ DELLA VITA E I FATTORI DI RISCHIO

La qualità della vita (*Quality of Life*, QOL) è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come *"la percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vive e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni"* (Brunault et al., 2016). Gli indicatori standard della qualità della vita includono ricchezza, occupazione, ambiente, salute fisica e mentale, istruzione, svago e tempo libero, appartenenza sociale, credenze religiose, sicurezza e libertà. La QOL ha un'ampia gamma di contesti di applicazione, compresi i settori dello sviluppo internazionale (*Human Development Index*, *World Happiness Report*), dell'occupazione, della politica e dell'assistenza sanitaria. Nel campo dell'assistenza sanitaria, la qualità della vita è spesso considerata in termini di come un determinato disturbo colpisce un paziente a livello individuale. La valutazione soggettiva della salute di un paziente è diventata una misura di esito importante in medicina (insieme con mortalità e morbilità) perché valuta a visione soggettiva del paziente, tramite la somministrazione di appositi questionari, la salute e i servizi erogati come fattore prognostico. La QOL correlata alla salute (*Health Related Quality of Life*, HRQOL) è una valutazione della QOL rispetto al suo rapporto con la salute o la malattia. Esistono molti modelli HRQOL applicati a diverse condizioni di salute e malattia, lungo l'arco della vita e tra gli individui, le loro famiglie e le comunità (Bakas et al., 2012).

Uno di questi modelli teorici è il *Wilson and Cleary's QOL theoretical model*; mediante il quale Wilson e Cleary (Ojelabi et al.,2017) hanno proposto un modello concettuale per integrare gli approcci clinici e psicosociali all'assistenza sanitaria, collegando le variabili biologiche e fisiologiche (salute oggettiva) alla misura di HRQOL. Questo è stato ideato per poter indagare e chiarire le relazioni causali tra i componenti: conoscendo le cause prossime di HRQL in una popolazione di malattie aiuterebbe a concepire interventi più mirati piuttosto che semplicemente a monitorare il miglioramento di HRQL negli studi clinici. L'HRQOL è comunemente concepita come dinamica, soggettiva e multidimensionale e le dimensioni spesso includono fattori fisici, sociali, psicologici e spirituali (Bakas et al., 2012). A seguito di una diagnosi di cancro, risulta necessaria una valutazione della QOL globale; importante misura di esito clinico in quanto i pazienti devono affrontare i principali fattori di stress che probabilmente faranno deteriorare la loro QOL, non solo dopo la diagnosi ma anche a lungo termine. Come già precedentemente esposto, la diagnosi ha un impatto che può stravolgere la vita del paziente, ponendolo di fronte ad una serie di fattori di rischio che potrebbero influire negativamente sulla qualità della vita del paziente e di conseguenza sul suo percorso di cure o di decorso della malattia (Brunault et al., 2016).

2.3 FATTORI DI RISCHIO PER LA QUALITÀ DELLA VITA

I fattori di rischio sono tutti quegli elementi (situazioni, condizioni, comportamenti, ecc.), associati ad una elevata probabilità di insorgenza, maggiore severità e/o durata più lunga di un esito patologico o maladattivo. Essi possono essere: le condizioni familiari (difficoltà comunicative e conflitti familiari), la difficoltà emozionali (bassa autostima, difficoltà nel controllo emotivo), i problemi scolastici (fallimenti e demotivazione), il contesto ecologico (difficoltà socio-economiche), gli handicap costituzionali (disabilità e disordini neurochimici), i problemi interpersonali (rifiuto, isolamento) e le difficoltà nello sviluppo (deficit attentivi e intellettivi). Tutti questi fattori influiscono sugli atteggiamenti e i comportamenti che l'individuo attua nel continuo tentativo di adattarsi all'ambiente. A seguito di una diagnosi di cancro e lungo il decorso della malattia il paziente deve adattarsi ad una situazione in costante evoluzione, positiva o negativa. Le caratteristiche della malattia rendono però questo adattamento molto più difficile: il cancro è una malattia improvvisa, imprevedibile, che può restare latente per anni o presentarsi con un decorso repentino, caratterizzata da un percorso di cure con continui rischi di recidiva e che può avere effetti collaterali pesanti per il fisico e alteranti dell'immagine corporea. La continua incertezza che permea il percorso di trattamento della malattia richiede quindi un continuo riadattamento del paziente verso la nuova situazione contingente. All'interno di questo continuo tentativo di riadattamento possono inserirsi

schemi mentali e comportamenti, influenzati dai meccanismi di difesa e dalle strategie di coping, che possono rendere l'adattamento maladattivo, diminuendo così la qualità della vita del paziente.

Diversi studi hanno dimostrato che la QOL è più fortemente associata con variabili relative alle caratteristiche individuali del paziente e alle modalità con le quali egli fronteggia la malattia rispetto alle caratteristiche e variabili di tipo fisiologico e biologico della malattia in sé (Brunault et al., 2016).

Le caratteristiche individuali più centrali risultano essere l'età e le caratteristiche di personalità. Le modalità con cui il paziente fronteggia la malattia sono principalmente i meccanismi di difesa e le strategie di coping, ma ci si riferisce anche a disturbi dell'umore (come depressione e ansia) e il dolore. Quindi, la QOL di un paziente oncologico dipende maggiormente da come egli è e come si adatta alla sfida della malattia, rispetto alle caratteristiche biologiche e fisiologiche della malattia stessa. Di seguito verranno analizzati alcuni fattori di rischio che potrebbero influire negativamente sui livelli di QOL dei pazienti oncologici.

2.3.1 L'ETÀ

Diversi studi hanno confermato che l'età rappresenta un possibile fattore di rischio nelle fasce di popolazioni più giovani, soprattutto in adolescenza a causa delle caratteristiche intrinseche di questo periodo dello sviluppo. Pazienti giovani potrebbero sperimentare una maggiore esperienza personale, sociale e maggiori livelli di angoscia a causa della loro immagine corporea alterata (Brunault et al., 2016). Le terapie di cura, come la chemioterapia o l'intervento chirurgico possono provocare evidenti modificazioni corporee, le quali vanno ad incidere sull'immagine del sé del paziente. Le procedure chirurgiche possono lasciare cicatrici di diversa dimensione ed esposizione sul corpo e possono influenzare varie aree del funzionamento psicosociale, compresa l'identità, fiducia, umore, stima, sessualità e soddisfazione personale. Questo accade soprattutto nei casi di cancro al seno, dove i risultati suggeriscono che il deformato l'aspetto fisico del seno di una donna dopo l'intervento chirurgico, influenza il suo umore e il modo in cui lei percepisce sé stessa (Helms et al., 2008). La chemioterapia può causare modificazioni corporee talvolta più evidenti rispetto agli interventi chirurgici. L'effetto collaterale più lampante e diffuso nell'immaginario comune risulta essere quello della perdita dei capelli, causato da molti degli agenti chimici utilizzati nella chemioterapia. I capelli contengono vari valori simbolici significativi per le persone di molte culture. Per tutta la storia, i capelli hanno riflesso affiliazioni religiose, bellezza, sesso, maturità ed età. La loro perdita è stata associata alla perdita di sessualità, attrattiva e individualità da parte dell'individuo. Un altro effetto collaterale della chemioterapia può essere l'aumento di peso, che tipicamente include un aumento di

tessuto adiposo e massa magra; causato dalle modificazioni apportate alla dieta da seguire o alle abitudini di attività fisica. È stato riscontrato che la chemioterapia è un predittore di aumento di peso nei pazienti con carcinoma mammario in fase iniziale, con aumento di peso di oltre 5 kg riscontrato in un terzo delle donne diagnosticato un cancro al seno che riceve tali terapie (Helms et al., 2008).

Queste modificazioni fisiche vanno ad alterare l'immagine corporea del paziente, intaccando negativamente l'immagine di sé. L'impatto negativo risulta essere maggiore nelle fasce più giovani della popolazione, in particolare negli adolescenti a causa della peculiarità dei cambiamenti che caratterizzano questa fase dello sviluppo. Qui, le interazioni sociali, soprattutto quelle con i pari, sono vissute con maggiore intensità e rilevanza rispetto alle altre fasi di vita, a causa di peculiarità neurobiologiche dello sviluppo in corso. Ne risulta che, la vita e l'immagine sociale del giovane risultano più rilevanti ai suoi occhi rispetto agli altri ambiti della sua vita. Cure che vanno ad alterare l'immagine corporea, con la quale l'adolescente sta creando un nuovo rapporto, possono portare all'insorgenza di ansia e depressione, diminuendo così la QOL (Palmonari, 2011).

L'immagine corporea è composta non solo da come l'individuo si valuta, ma anche la misura dell'investimento messo nella cura dell'immagine corporea. Tale investimento, se presente in misura eccessiva e distorta, può essere un fattore di rischio per disturbi emotivi tra i pazienti oncologici, soprattutto in quelli con cancro al seno. Le possibili modificazioni all'immagine corporea causate dai trattamenti per la malattia possono avere un impatto sulla scelta di terapia da parte del paziente, costituendo così un rischio per la sua salute e benessere (Helms et al., 2008). Pazienti di età giovane possono, inoltre, provare maggiore dolore emotivo, inteso sia come paura della recidiva, sia come depressione maggiore. I giovani, soprattutto adolescenti, hanno una vita emotiva più intensa, grazie al precoce sviluppo delle aree orbito frontali del cervello rispetto a quelle dorsolaterali. Ciò implica che gli eventi verranno da loro vissuti con un carico emotivo molto maggiore rispetto all'adulto, aumentando i rischi di provare alti livelli d'ansia o di sviluppare la depressione maggiore (Augusto Palmonari, 2011). Possibili ragioni legate all'età per maggiori problemi emotivi tra i pazienti più giovani includono una maggiore paura della morte, maggiori problemi con il ritorno al lavoro, tempi non normativi per la malattia, preoccupazioni per l'impatto sulle famiglie e perdita di opportunità di gravidanza (Kroenke et al., 2004).

2.3.2 LE STRATEGIE DI COPING

Il termine inglese *coping* fa riferimento alle strategie di adattamento, ovvero l'insieme dei meccanismi psicologici adattativi messi in atto da un individuo per fronteggiare problemi emotivi ed interpersonali, allo scopo di gestire, ridurre o tollerare lo stress ed il conflitto. L'efficacia degli sforzi di adattamento dipende dal tipo di stress, dall'individuo e dalle circostanze: le risposte sono in parte controllate sia dalla personalità (caratteristiche abituali), che dall'ambiente sociale, in particolare dalla natura dell'ambiente stressante (Atkinson & Hilgard, 2017). È necessario fare un distinguo tra i meccanismi di difesa e le strategie di coping.

I meccanismi di difesa sono processi psichici messi in atto dall'individuo, più o meno automaticamente, quando si presentano delle situazioni stressanti, per tenere in equilibrio i conflitti generati dallo scontro tra bisogni, impulsi e desideri da una parte e dalle proibizioni interne e/o condizioni della realtà dall'altra. Essi sono inconsci, rigidi e dotati di valore adattivo soltanto per un Io immaturo. Al contrario, le strategie di coping sono consce, flessibili e adattive; sono la risposta alle esperienze di stress che nascono dagli ostacoli al raggiungimento degli obiettivi desiderati (Lingiardi, 2004). Entrambi, però, possono risultare più o meno adattivi per fronteggiare la situazione stressante che si presenta all'individuo.

L'adattabilità o meno di queste strategie dipende sia da tratti di personalità e caratteristiche interne dell'individuo, sia da fattori ambientali e situazionali nei quali egli si trova.

Una distinzione macroscopica delle strategie di coping riguarda le strategie attive e passive. Il coping attivo ha l'obiettivo di eliminare il problema attraverso delle azioni/comportamenti e si dimostra efficace, dal punto di vista dell'adattamento, quando la fonte della difficoltà può essere modificata o eliminata. Il coping passivo ha lo scopo di eliminare la sofferenza emotiva causata dal problema e risulta efficace quando la fonte di stress non è evitabile o non si ha alcuna influenza su di essa. Presumibilmente, le persone ricorrerebbero al coping basato sulla soluzione di problemi quando le situazioni difficili sono modificabili, ma in caso contrario si rivolgerebbero al coping di riduzione dello stress basato sulla rivalutazione cognitiva e lo spostamento dell'attenzione.

Si può quindi concludere che l'elemento essenziale per un buon adattamento allo stress, soprattutto nel caso di eventi stressanti duraturi nel tempo, sia la flessibilità nell'uso delle strategie di coping, la capacità, cioè, di non irrigidirsi su un'unica strategia, ma di riuscire a cambiarla qualora si dimostri inefficace e disadattiva. La valutazione della situazione e delle risorse a disposizione per fronteggiare l'evento, condizione o situazione stressante, quindi, sono di primaria importanza per comprendere la qualità emotiva e l'intensità stessa dello stress negativo della persona (Livneh, 2000).

Un'altra differenziazione tra le strategie di coping riguarda su quale aspetto l'individuo focalizza la sua attenzione e le risorse di adattamento. Troviamo quindi strategie di coping focalizzate sul problema, su come accettarlo e approcciarlo, oppure strategie di coping focalizzate sulle emozioni, dove finalità è agire sulle emozioni negative che si generano nella situazione di stress; utilizzando anche strategie di coping evitanti, cioè strategie di coping che portano gli individui ad attività o stati mentali che prevengono loro dall'affrontare direttamente eventi stressanti. Se l'una o l'altra strategia sarà adattiva o no, non può essere determinato senza un attento esame del contesto individuale: entrambe le strategie sono potenzialmente adattive, poiché il coping è fortemente correlato alle capacità di valutazione cognitiva delle opzioni di coping disponibili nel contesto particolare.

Di seguito verranno analizzate tre diverse strategie di coping attuate da pazienti oncologici, prese in esame da uno studio del Radiotherapy Department of the University College Hospital, Ibadan, Nigeria (Asuzu & Elumelu 2013):

- *Pianificazione*: strategia di coping volta a ideare contromisure, strategie e tattiche per prevenire o per affrontare il più efficacemente possibile le conseguenze negative dell'evento vissuto. Richiede al paziente di mobilitare le proprie risorse cognitive al fine di analizzare quali sono o quali potranno essere le conseguenze negative, per poi ideare e attuare strategie che ne riducano o prevengano gli effetti. Questa strategia è generalmente associata a risultati più positivi per la salute, perché consente al paziente di essere preparato, aumentando il senso di autoefficacia nella gestione della situazione. Può, però, anche avere effetti negativi sulla persona, in quanto si potrebbero generare elevate dosi di frustrazione dovute alla meticolosa pianificazione e alla creazione di aspettative sullo svolgimento degli avvenimenti. Queste aspettative e pianificazioni potrebbero però risultare vane data la natura imprevedibile e altalenante della malattia (Asuzu & Elumelu 2013).
- *Coping Religioso*: fa riferimento a strategie di adattamento che utilizzano la fede e la spiritualità per affrontare le conseguenze emotive della diagnosi e il decorso della malattia. Un numero considerevole di studi con vari gruppi di pazienti mostrano che un aumento del funzionamento del coping spirituale o religioso nei pazienti con condizioni croniche stimola l'accettazione, l'adattamento al processo di malattia, la soddisfazione, la sensazione di controllo e la qualità della vita (QOL). Religione e spiritualità possono essere utili ai pazienti per accettare lentamente la loro condizione, incoraggiandoli a riformulare il problema in una visione più positiva, percependola come una "prova di Dio" da affrontare e superare; contribuendo così al superamento dei problemi. L'uso della religione e della spiritualità da parte dei pazienti si è manifestato mediante la preghiera, la percepita dipendenza da Dio che intercede e li guida attraverso la loro malattia e nell'ottenere sostegno sociale da altre persone

nella loro comunità di fede. La religione può costituire anche un fattore di rischio nei casi in cui le tipologie di cura possano contravvenire a credenze e costumi del credo, oppure nei casi in cui i pazienti percepiscano la malattia come una punizione divina, sentendosi così destinati alla morte, arrendendosi e accettando la loro fine (Asuzu & Elumelu 2013, Hosseini et al., 2010, Choumanova et al., 2006).

- *Auto – colpa*: fa riferimento alla tendenza di alcuni pazienti di incolpare sé stessi per aver portato su di sé la malattia, vista come una punizione per le loro azioni o come risultato di stili di vita non sani o per non aver raggiunto i requisiti del regime di trattamento. L'auto-colpa può influenzare il paziente in due modi opposti: da un lato, può essere adattiva, perché potrebbe portare all'accettazione della responsabilità e quindi a risposte attive di coping volte a far fronte alla malattia, ma d'altra parte, può causare senso di colpa, ansia e depressione. Generalmente, l'auto-colpa è risultata essere associata con il disagio psicologico, nonché una strategia di coping inefficace che contribuisce a un basso senso di benessere generale e QOL (Mohammed, Huda & Mansour 2009; Asuzu & Elumelu 2013; Karlsen & Bru 2002).

Lo studio (Asuzu & Elumelu 2013) evidenzia anche l'esistenza di una significativa relazione inversa tra il benessere psicologico e il disimpegno comportamentale, lo sfogo e l'auto-colpa. Questo implica che con l'aumento dell'uso di questi meccanismi di coping, i relativi domini HRQOL vanno deteriorando. I partecipanti a questo studio hanno indicato lo sfogo come un modo efficace per promuovere il benessere psicosociale: quando qualcuno dice qualcosa di sconcertante o angosciante, lasciandosi "scappare i sentimenti spiacevoli", egli prova sollievo. Il vantaggio dello sfogo è non solo un mezzo per rilasciare sentimenti spiacevoli, ma anche un mezzo per avere una risposta efficace dagli altri. Gli operatori sanitari dovrebbero pazientemente ascoltare i pazienti malati di cancro e fornire opportunità per l'espressione di sentimenti negativi e lamentele. Ma lo sfogo, se ripetuto e frequente, potrebbe anche comportare il dispendio di più energie fisiche e psicologiche, suscitando emozioni negative nei pazienti che possono compromettere la loro stabilità e influire negativamente sui rapporti interpersonali (Asuzu & Elumelu 2013). In altri studi si è notato che le strategie di coping associate alla riduzione QOL (cioè, riformulazione positiva bassa, accettazione bassa, alta auto-colpa e alto disimpegno comportamentale) erano principalmente strategie di coping evitanti. Queste strategie possono essere efficaci nel breve termine, se il fattore di stress è incontrollabile, per gestire l'impatto iniziale che questo ha sulla persona. A lungo termine, però, possono portare a una diminuzione dell'adattamento psicologico. Affinché il paziente prenda in considerazione e attui strategie di coping più adattive a lungo termine è necessario che egli abbia fiducia nelle sue capacità di coping e un buon senso di benessere generale (Mohammed, Huda & Mansour 2009). È stato anche suggerito che a lungo termine, fattori di stress duraturi come il cancro richiedono strategie focalizzate

sul problema perché l'uso continuo di tattiche evitanti farebbe solo consumare sforzi sostanziali, che nel tempo, potrebbe esaurire lo stato psicologico e le risorse fisiche del paziente (Asuzu & Elumelu 2013).

2.3.3 DOLORE, DEPRESSIONE E DISTURBI D'ANSIA

Un considerevole fattore di rischio per la QOL dei pazienti oncologici risulta essere il **dolore**. I pazienti che soffrono di dolore causato dal cancro mostrano livelli significativamente maggiori di depressione e ansia, nonché maggiori riduzioni dei punteggi della qualità della vita rispetto ai pazienti senza dolore. Le cause del dolore nei pazienti con cancro si possono classificare in tre modelli: dolore associato al tumore, dolore associato al trattamento e dolore non correlato a nessuno dei due. Il dolore nei pazienti con cancro che non è correlato al cancro o al suo trattamento è spesso trascurato o diagnosticato erroneamente come dolore correlato al cancro o al trattamento. È difficile, talvolta, anche la diagnosi delle cause del dolore, in quanto questa è spesso il frutto di variabili multifattoriali. Inoltre, nei pazienti con cancro avanzato, il dolore causato dalla malattia risulta essere uno dei sintomi più diffusi, diventando pervasivo nella vita del paziente (Ishiki et al., 2022). Sia l'intervento chirurgico che i trattamenti di radioterapia e chemioterapia possono causare elevate quantità di dolore, causate dagli effetti avversi di questi trattamenti. In pazienti con tumore al seno che hanno subito interventi di chirurgia o chemioterapia il dolore è stato descritto come sensazioni irritanti, costrittive, di bruciore o palpitanti localizzate al braccio posteriore e all'ascella. Queste sensazioni, che sono state riportate da quasi un paziente su due, sono state descritte come “gravi e angoscianti” (Gaston-Johansson et al. 1999). Inoltre, testimonianze raccolte da sopravvissuti al cancro hanno fatto emergere che l'affaticamento risulta essere un precursore della diminuzione della loro tolleranza al dolore: questo affaticamento può intaccare non solo la sfera fisica del paziente, ma anche e soprattutto quella psicologica. L'intensità e la frequenza del dolore risulta significativamente correlata con affaticamento e disturbi dell'umore, come depressione maggiore e disturbo d'ansia generalizzato (Gaston-Johansson et al. 1999).

Come già sottolineato, la diagnosi è un momento che mette in seria difficoltà il paziente, provocando l'insorgenza di **ansia** e numerose paure. Anche il periodo antecedente ai risultati anamnestici, però, risulta essere estremamente difficoltoso per il paziente, nonché la fase con i livelli d'ansia più elevati. Per spiegare ciò, si può ipotizzare che il livello d'ansia sia elevato perché i pazienti risultano essere preoccupati per il loro futuro al momento della prima visita clinica, quando la gravità della malattia risulta essere ancora ignota, o per la recidiva della malattia nella fase di follow-up, quando si teme il ritorno della malattia e il conseguente nuovo ciclo di cure. Inoltre, si può suggerire che il contesto clinico stesso possa provocare ansia nei pazienti, soprattutto in quelli troppo gravi per poter sostenere

il percorso di cure a casa (Montazieri et al., 2000). Altre fonti d'ansia rilevanti risultano essere le preoccupazioni rivolte sia alla sfera personale inerenti alla capacità di prendersi cura di sé e la preoccupazione di quali conseguenze la morte del paziente potrebbe avere sul suo nucleo familiare e sugli affetti (Gaston-Johansson et al. 1999). Diversi studi hanno individuato anche la chemioterapia e radioterapia come fonte di minaccia prolungata per il paziente. Nonostante l'influenza molto positiva sulla prognosi e sulla cura, la radioterapia può portare ad un aumento sostanziale dell'ansia e della depressione. I livelli d'ansia risultano maggiori nel periodo immediatamente antecedente al primo trattamento con radiazioni (Piroth et al., 2022). Vi sono anche caratteristiche individuali che sono state identificate come possibili predittori di ansia e depressione, quali il luogo di residenza, il credo religioso, i sintomi e la presenza di passate malattie croniche. Si è riscontrato, inoltre, che pazienti con alta intelligenza e basso supporto sociale presentavano sintomi di ansia più forti rispetto a pazienti con bassa intelligenza e un background familiare stabile. I pazienti sposati o che vivono in una relazione stabile risultano avere punteggi significativamente più bassi di ansia e depressione rispetto ai pazienti divorziati o che vivono da soli. Possiamo quindi inferire che il supporto sociale e affettivo fornito dalla famiglia, dal partner o dagli amici può costituire un fattore di protezione rispetto all'insorgenza di ansia e depressione (Piroth et al., 2022).

Un altro disturbo dell'umore che costituisce un fattore di rischio per la QOL è la **depressione**. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la depressione dovrebbe essere la principale causa di disabilità entro il 2030 ed è il contributo più significativo al carico di malattie globali. Nei pazienti con malattia croniche, il carico della depressione è ancora più grave: studi hanno mostrato un'associazione tra disturbi dello spettro depressivo e conseguenze negative sulla qualità della vita, aderenza ai trattamenti e percezione soggettiva dei sintomi fisici. Malgrado sia stata riscontrata un'estrema variabilità di tra le diverse malattie, nei pazienti oncologici la depressione colpisce una popolazione che varia dall'8% all' 11% (Palmonari, 2011; Caruso et al., 2017). Il più alto tasso di prevalenza della depressione maggiore nei pazienti oncologici è stato riscontrato tra pazienti con cancro del polmone (13,1%), seguito da ginecologico (10,9%), seno (9,3%), cancro coloretale (7%) e genito-urinario (5,6%). Lo stadio del cancro può influenzare la prevalenza di depressione con differenze psicologiche esistenti tra stadi locali o loco/regionali con buona prognosi e altra malattia avanzata. La depressione può avere un effetto cognitivo diretto (ad esempio, attraverso pregiudizi riguardanti il trattamento delle informazioni, che portano ad a autovalutazione negativa dello stato di salute) o indiretta (es. tramite una maggiore difficoltà ad acquisire nuove strategie di coping che migliorare la qualità della vita) impatto sulla qualità della vita (Brunault et al., 2016). È stato, inoltre, dimostrato che la depressione o altri stress emotivi come le esperienze di vita stressanti possono esercitare effetti negativi sulla mortalità per cancro e sulla sopravvivenza al cancro (Piroth et al.,

2022). Ma il rischio di questo tipo di disturbo è dato anche dall'elevato grado di comorbidità che presentano tra loro i disturbi dell'umore. Diversi studi sottolineano che circa il 70% dei pazienti con un disturbo depressivo nel corso della vita sviluppa un disturbo ansioso e che, viceversa, quasi l'80% di chi soffre di disturbi d'ansia avrà nella sua vita almeno un episodio depressivo. Revisioni di studi che indagano le associazioni tra chemioterapia, immunoterapia, radioterapia, terapia ormonale e depressione confermano una maggiore presenza dello spettro depressivo disturbare nei pazienti nel trattamento attivo rispetto a quelli non in cura. Sono stati esaminati anche fattori psicosociali e di personalità rispetto al rischio di disturbi dello spettro depressivo. Essi hanno confermato che soggetti con tratti di ansia, povere strategie di coping, scarso sostegno sociale percepito e precoci livelli di disagio psicologico dopo la diagnosi influenzano la successiva insorgenza di sintomi depressivi (Caruso et al., 2017). Fattori che possono essere correlati con l'aumento della depressione e dell'ansia durante la comunicazione della diagnosi possono essere il parlare di: aspettativa di vita e di sopravvivenza, delle conseguenze della malattia e degli esiti del trattamento sulla qualità della vita, dell'importanza di essere coinvolti nel processo decisionale sul trattamento del cancro, e usare la parola cancro che rimane per la maggior parte dei pazienti sinonimo di morte inevitabile (Lesur et al., 2008).

I principali effetti causati dalla depressione maggiore possono essere in primo luogo, la diminuzione della motivazione e la riduzione della aderenza ai trattamenti come la chemioterapia, chirurgia e radioterapia; dando così la possibilità al cancro di svilupparsi (Lesur et al., 2008).

In secondo luogo, la depressione maggiore potrebbe essere un importante fattore predittivo della diagnosi di cancro perché i pazienti di fronte ai sintomi ritarderanno la ricerca di un consulto medico (Lesur et al., 2008): la paura può motivare le persone ad aderire alle raccomandazioni sullo screening del cancro (soprattutto quello al seno e alla prostata) e a segnalare sintomi sospetti a un medico senza indugio. La depressione maggiore è stata identificata come un importante predittore di diagnosi in fase avanzata; il riconoscimento e la gestione adeguati della depressione nell'ambito delle cure primarie possono avere importanti implicazioni per l'individuazione e la sopravvivenza al cancro (Desai et al., 1999).

I sintomi depressivi e la disperazione sono collegati a un rischio di mortalità modestamente ma significativamente più alto, a seconda dello stadio del cancro e della durata della depressione. Pazienti con tumori avanzati allo stadio palliativo o terminale, possono avere idee suicide o anche tentativi di suicidio che possono accelerare la morte (Lesur et al., 2008).

CAPITOLO 3

PERSONALITÀ E DISTURBI DI PERSONALITÀ COME FATTORI DI RISCHIO PSICOLOGICO

3.1 PERSONALITÀ: DEFINIZIONE E TEORIE

La personalità può essere definita come quell'insieme distintivo e caratteristico di pensieri, emozioni e comportamenti che definiscono lo stile personale con cui l'individuo interagisce con l'ambiente fisico e sociale (Atkinson & Hilgard, 2017). Gli psicologi hanno cercato di ridurre l'enorme numero di caratteristiche, detti anche tratti di personalità, ad un insieme maneggevole che racchiuda la complessità della personalità umana. Tra la moltitudine di modelli incentrati sullo studio della personalità, quello del *Big Five*.

In questo modello le moltitudini di caratteristiche di personalità vengono racchiuse in 5 grandi dimensioni che corrisponderebbero alle macro-categorie più usate, nel linguaggio, per descrivere le diversità tra individui (Atkinson & Hilgard, 2017).

- *Estroversione – Introversione*: fa riferimento al grado con cui l'orientamento di base di una persona è rivolto internamente verso il sé o esternamente verso il mondo esterno. All'estremità "Introversione" troviamo le persone di natura timida o che preferiscono lavorare dal sole, che tendono a ritirarsi in sé stesse, soprattutto in periodi di stress emotivo. All'estremità "Estroversione" troviamo persone socievoli o che preferiscono lavorare a contatto diretto con altre persone, le quali nei momenti di stress cercano compagnia.
- *Gradevolezza – Sgradevolezza*: dal lato "gradevolezza" troviamo persone compassionevoli, affabili, fiduciose, gentili, non rancorose o franche. L'opposto è occupato dalle persone ciniche, rudi, sospettose, competitive, vendicative, spietate, irritabili o manipolatrici.
- *Coscienziosità – Negligenza*: valuta il grado di organizzazione, persistenza e motivazione nel raggiungimento degli obiettivi. La coscienziosità è tipica delle personalità organizzate, formali, lavoratrici, puntuali, ordinate, ambiziose e perseveranti. La negligenza è tipica di persone prive di obiettivi, informali, pigre, incuranti, indisciplinate e con poca volontà.
- *Nevroticismo – Stabilità emotiva*: è una dimensione emotiva che racchiude nel lato "Nevroticismo" persone lunatiche, ansiose, irritabili e che non si adattano facilmente; mentre dall'altro lato troviamo persone calme che si adattano facilmente.
- *Apertura mentale – Chiusura mentale*: questo tratto valuta fino a che punto l'individuo si sforza nella ricerca attiva di nuove esperienze e apprezza le attività fuori dalla routine

rivolgendosi verso situazioni non familiari. Nel lato di “Apertura mentale” troviamo una persona curiosa, con interessi variegati, creativa, originale, fantasiosa e non convenzionale. In contrapposizione, nel lato di “chiusura mentale” troviamo le persone convenzionali, pragmatiche, realiste o con pochi interessi.

I primi studi sulla personalità in psico-oncologia si sono concentrati sul ruolo dei tratti della personalità per quanto riguarda l'incidenza e la sopravvivenza del cancro. Ci sono prove che alcuni tratti della personalità, come il *Nevroticismo* e l’Affettività negativa, predicono livelli più bassi di QOL nei pazienti oncologici, mentre sono associati a risultati migliori le dimensioni di estroversione e ottimismo.

- Il *Nevroticismo* è una dimensione della personalità caratterizzata da tendenza all'affettività negativa e labilità emotiva, comprende sfaccettature che hanno dimostrato di essere sostanzialmente correlate con una minore QOL (irritabilità, rabbia, tristezza, ansia, senso di colpa, preoccupazione, preoccupazioni psicosomatiche e tendenza vedere sé stessi e il mondo in modo negativo). Elevati livelli di Nevroticismo, causati da eventi stressanti come la diagnosi e il trattamento del cancro, potrebbero essere più difficili da gestire e possono essere spesso accompagnati da livelli elevati di emozioni negative e una percezione di mancanza di controllo, che a sua volta può portare all'adozione infruttuosa strategie di coping e un più scarso adattamento alla malattia. Inoltre, spesso il Nevroticismo si manifesta mediante autocritica, sentimenti di inadeguatezza e sensibilità al giudizio degli altri: le interazioni con l'ambiente sono quindi più complesse e possono esporre i pazienti al rischio di avere bassi livelli di supporto sociale, che notevolmente influenza la qualità della vita percepita. Questo tratto di personalità risulta essere correlato, nonché un robusto predittore, per depressione e altri disturbi problemi di salute mentale e fisica. Inoltre, diversi studi hanno confermato un'associazione negativa tra il Nevroticismo e la conformità alle pratiche di screening, suggerendo che questo aspetto della personalità potrebbe influenzare la partecipazione agli screening oncologici, con potenziali effetti di ritardo nella diagnosi.
- *L'estroversione* rappresenta la socialità, il calore, la vivacità e soddisfazione con la vita sociale; si pensa che le persone estroverse siano attive, loquaci, socievoli e generalmente ottimiste. Essa, generalmente, rappresenta un insieme relativamente stabile di disposizioni che predispongono le persone ad affetti positivi ("felicità") e quindi ad una QOL più elevata. Inoltre, sembra che questo tratto di personalità sia significativamente correlato con la partecipazione allo screening oncologico (Di Mattei et al., 2018).

3.2 I DISTURBI DI PERSONALITÀ

In psichiatria e psicologia clinica, la definizione disturbo di personalità (DDP) indica un disturbo mentale con manifestazione di pensieri e di comportamenti disadattivi che si manifestano in modo pervasivo (non limitato a uno o pochi contesti), inflessibile e apparentemente permanente; coinvolgendo la sfera cognitiva (ovvero le modalità di percezione e interpretazione di sé stessi, degli altri e degli avvenimenti), affettiva (ovvero la varietà, l'intensità, la labilità e l'adeguatezza della risposta emotiva) ed interpersonale della personalità dell'individuo colpito (APA, 2013). Si parla di disturbo nel momento in cui tale manifestazione sintomatologica causa disagio clinicamente significativo (Sanavio & Cornoldi 2020). I disturbi di personalità non sono propriamente malattie, ma anomalie dello sviluppo psichico, essendo considerati, in psichiatria forense, un disturbo di salute mentale. Questi disturbi comportano la disarmonia dell'affettività e dell'eccitabilità con scarsa integrazione di impulsi, atteggiamenti e comportamenti, manifestandosi nelle relazioni interpersonali. L'incidenza complessiva del DDP nella popolazione generale varia tra il 10% e il 15% (Morana et al., 2006, APA, 2013). Inoltre, esiste un'elevata comorbilità tra i diversi DDP (Sanavio & Cornoldi 2020).

I vari disturbi di personalità vengono descritti e classificati all'interno del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5, APA, 2013).

Nella sezione II vengono individuati 10 disturbi di personalità, suddivisi in 3 diversi cluster:

Cluster A: raggruppa soggetti strani ed eccentrici

- Disturbo *paranoide* di personalità: i soggetti analizzano e interpretano la realtà con sospetto e diffidenza. Possono interpretare come malevole le intenzioni degli altri; presumono senza basi sufficienti di essere sfruttate, danneggiate o ingannate; dubitano senza giustificazioni della lealtà e dell'affidabilità dei colleghi e amici; possono essere riluttanti a confidarsi ed entrare in intimità con gli altri per un timore ingiustificato; possono portare costantemente rancore ed essere incapaci di dimenticare insulti o offese che pensano di aver ricevuto; possono essere gelosi in modo patologico e raccogliere "prove" banali per suffragare le proprie convinzioni di gelosia.
- Disturbo *schizoide* di personalità: è caratterizzato da una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e una gamma ristretta di esperienze e di espressioni emotive nei contesti interpersonali. Questi soggetti: sembrano non desiderare l'intimità o le relazioni strette (compresa la famiglia), preferiscono passare il tempo da sole e passatempi privi di interazioni con gli altri, dimostrano scarso interesse per le esperienze sessuali con le altre persone,

provano piacere in poche attività, non hanno amici stretti, sembrano indifferenti alle critiche o all'approvazione altrui e hanno un'affettività ristretta.

- Disturbo *schizotipico* di personalità: è caratterizzato da un quadro pervasivo di deficit sociali, accentuati da un acuto disagio, da una ridotta capacità nel mantenere relazioni strette e da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità del comportamento. I soggetti aventi questo disturbo possono presentare: strane credenze ed espressioni di pensiero magico, cioè la convinzione di possedere poteri speciali nell'influenzare gli avvenimenti e determinare il comportamento altrui; esperienze percettive insolite (incluse le illusioni corporee); stranezze nel pensiero e nell'eloquio; comportamento o aspetto eccentrico ed eccessiva ansia sociale.

Cluster B: soggetti amplificativi ed emotivi

- Disturbo *antisociale* di personalità: è dato da un quadro di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri. La persona non riesce a conformarsi alle norme sociali e a rispettare le norme giuridiche e legali. Inoltre, tende a mentire, truffare e manipolare per trarne o piaceri personali. È impulsivo, incapace di pianificare profitti, irritabile e aggressivo, attua condotte spericolate, può commettere aggressioni fisiche e non si cura della sicurezza propria o altrui. Inoltre, dimostra scarso rimorso e interesse per le conseguenze delle proprie azioni.
- Disturbo *borderline* di personalità: è caratterizzato da un quadro di instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine del sé e nell'umore. I soggetti aventi questo disturbo possono presentare: sforzi disperati per evitare un abbandono (reale o immaginario), relazioni interpersonali instabili (oscillano tra iperidealizzazione e svalutazione), marcata instabilità dell'immagine del sé e della percezione del sé, ricorrenti minacce o comportamenti suicidari e automutilanti, sentimenti cronici di vuoto, rabbia intensa e immotivata e gravi sintomi dissociativi transitori durante i periodi di stress.
- Disturbo *istrionico* di personalità: caratterizzato da emotività pervasiva ed eccessiva e un comportamento di ricerca d'attenzione. Le persone con questo disturbo si sentono a disagio quando non sono al centro dell'attenzione e qualora si sentissero messe in disparte, attuerebbero comportamenti drammatici per attrarre l'attenzione su di sé. Per attrarre attenzione utilizzano costantemente l'aspetto fisico e spesso il loro aspetto o comportamento sono inappropriatamente provocanti o seduttivi dal punto di vista sessuale. Spesso considerano le relazioni con persone che conoscono marginalmente molto più intime di quanto non siano. Esprimono le proprie emozioni in modo esagerato e teatrale e hanno spesso un elevato grado di suggestionabilità.
- Disturbo *narcisistico* di personalità: il soggetto presenta un quadro di grandiosità, necessità di essere oggetto di ammirazione e mancanza di empatia. Tali soggetti hanno elevata autostima

e sovrastimano le proprie capacità, sono assorbiti da fantasie di illimitati successi, ritenendosi unici, superiori e ritenendo che a loro tutto sia dovuto. Mancano di empatia e sono incapaci di riconoscere i sentimenti e le necessità altrui.

Cluster C: soggetti timorosi o paurosi

- Disturbo *evitante* di personalità: modalità pervasiva di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo. Per timore di essere disapprovati o criticati, i soggetti aventi questo disturbo tendono ad evitare il contatto interpersonale. Essi si sentono inetti, poco attraenti ed inferiori e possono sentirsi profondamente feriti e umiliati da critiche lievi.
- Disturbo *dipendente* di personalità: si manifesta mediante un bisogno costante ed eccessivo di essere accuditi, che determina un forte timore della separazione ed un comportamento sottomesso e dipendente. Gli individui si percepiscono incapaci di badare a sé stessi senza l'aiuto altrui. Non esprimono dissenso o rabbia e hanno difficoltà a prendere decisioni anche per cose di piccola importanza senza il consiglio altrui.
- Disturbo *ossessivo-compulsivo* di personalità: detto anche disturbo anancastico, è caratterizzato dalla preoccupazione per l'ordine, da un'attenzione ai dettagli che porta a perdere o compromettere lo scopo stesso dell'attività in questione e da un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti. Questi soggetti possono presentare: una dedizione al lavoro che porta ad ignorare ogni altro aspetto di una vita felice e una coscienziosità eccessiva, inflessibile e piena di scrupoli morali (Sanavio & Cornoldi 2020).

3.3 DISTURBI DI PERSONALITÀ E QUALITÀ DELLA VITA

Una delle caratteristiche principali dei pazienti aventi disturbi di personalità è l'incapacità di formare e mantenere relazioni sociali funzionali. Di conseguenza, in ambito clinico, questi pazienti potrebbero essere considerati "difficili", poiché le interazioni con gli operatori sanitari possono risultare impegnative (Di Mattei et al., 2018). I disturbi della personalità lo sono anche un forte predittore dell'esito del trattamento: la co-presenza di un DDP ha importanti riflessi sulla prognosi (meno favorevole), sull'aderenza al trattamento, sia esso farmacologico o psicologico, sui risultati del trattamento (maggiori percentuali di interruzioni e fallimento) e sulla mortalità (più prematura) (Sanavio & Cornoldi 2020). Nonostante le notevoli implicazioni cliniche, è importante riconoscere che la classificazione dei DDP rappresenta un complesso problema: essi non possono sempre essere distinti chiaramente dalle normali variazioni di personalità anche a causa di differenze culturali o altri

disturbi mentali. Di conseguenza, la valutazione dei DDP è solitamente lasciata alla competenza di professionisti della salute mentale.

Gravi malattie mediche, in particolare il cancro, potrebbero esacerbare i timori di abbandono, così come i sentimenti di vergogna e colpa, e ciò può portare alla regressione comportamentale, contribuendo alla manifestazione di vulnerabilità della personalità. In effetti, si segnala che i DDP sono significativamente più frequenti negli ambulatori medici e tra i ricoverati rispetto alla popolazione generale. La rigidità che contraddistingue i DDP, insieme alle disfunzioni riguardanti il sé individuale e le relazioni interpersonali, di solito compromettono la capacità di pensare e comportarsi in modo vario, nuovo e flessibile; interferendo così con l'adattamento psicologico alle situazioni di sfida (Di Mattei et al., 2018). Mentre gli individui resilienti possono sperimentare solo disfunzioni transitorie, poiché essi sono in grado di fronteggiare eventi avversi della vita e ripristinare uno stato di equilibrio; i pazienti con personalità vulnerabile e DDP spesso utilizzano strategie disadattive per affrontarle sofferenza emotiva e dolore. Infatti, questi pazienti sono inclini ad adottare difese primitive come la scissione, negazione e identificazione proiettiva, volte ad evitare sentimenti di angoscia nell'immediato. Di fronte a una situazione minacciosa, come una diagnosi di cancro, i loro tentativi difensivi potrebbero diventare sempre più rigidi e controproducenti. L'uso persistente e inflessibile di strategie di coping e meccanismi di difesa disadattivi potrebbero compromettere sia l'adattamento psicologico individuale alla malattia, sia le relazioni interpersonali con la famiglia e il personale medico. Il senso di confusione, rabbia, frustrazione, ansia e impotenza spesso sperimentati dai medici potrebbe portarli a sentirsi sopraffatti dal carico emotivo associato alla cura di questi pazienti; portando così il personale d'equipe ad attuare comportamenti disfunzionali e persino cure subottimali (Di Mattei et al., 2018).

È necessario prestare particolare attenzione all'elevata comorbidità tra personalità e altri disturbi mentali, come disturbo d'ansia generalizzata e disturbo depressivo maggiore: questi a volte sono di più evidenti del disturbo della personalità, il quale può essere accantonato durante il trattamento (Courtois et al., 2013). Circa due terzi dei pazienti con DDP hanno sofferto di almeno un episodio depressivo in comorbidità e la depressione è spesso associata a DDP come evitante, borderline, dipendente e ossessivo-compulsivo. I soggetti affetti da DDP possono non avere le risorse necessarie per far fronte a situazioni interpersonali stressanti o impegnative, che a loro volta possono peggiorare la loro sintomatologia depressiva. I DDP del cluster C hanno una probabilità tre volte maggiore di essere presenti nelle donne con sintomi depressivi. Infine, alcuni DDP possono contribuire ad una maggiore vulnerabilità alla depressione e precedere tali episodi o al contrario, la depressione può precedere il DDP e favorire il suo sviluppo (Courtois et al., 2013).

Un ulteriore fattore di rischio per la QOL causato dai DDP è dato dalle interazioni che questi pazienti possono avere con il personale medico d'equipe; il quale, come già precedentemente sottolineato, è fondamentale per un ottimale processo di cura.

Pazienti con diagnosi di disturbi di personalità appartenenti al cluster A tendono a sperimentare disagio sociale e a percepire l'intimità interpersonale come sgradevole o di nessun interesse, portando così a comportamenti evitanti o a strane credenze. Le procedure mediche e le interazioni con gli operatori sanitari potrebbero offendere o far sentire minacciato il paziente, richiedendo così particolare cautela da parte del personale medico. Evitare l'umorismo, l'ironia e l'eccessiva intimità nelle interazioni sociali potrebbe impedire a questo tipo di pazienti di sentirsi sopraffatti da emozioni spiacevoli (Di Mattei et al., 2018).

Disturbi di personalità del cluster B comprendono un gruppo eterogeneo di pattern, caratterizzati da impulsività, comportamenti eccessivamente drammatici, alta emotività e comportamenti irregolari. Questi pazienti potrebbero risultare particolarmente vulnerabili nell'ambiente medico, soprattutto nelle situazioni che richiedono elevati livelli di tolleranza allo stress. Nello specifico, i pazienti con disturbo borderline di personalità tendono ad essere particolarmente impegnativi in ambito medico. Essi presentano marcate disfunzioni d'identità e relazionali. Rispetto al livello relazionale, questi pazienti di solito mostrano gravi difficoltà di comprensione riguardo ai sentimenti e i bisogni degli altri. Le relazioni strette tendono ad essere caratterizzate da sentimenti instabili e contraddittori, segnati dalla sfiducia e preoccupazione ansiosa in relazione ad un abbandono reale o immaginario. Nel contesto delle interazioni sociali, i pazienti borderline tendono a spostarsi dall'idealizzazione alla svalutazione e dal coinvolgimento al ritiro (Di Mattei et al., 2018).

Infine, per quanto riguarda i disturbi di personalità del cluster C, ansia e paura emergono come caratteristiche centrali. In particolare, i pazienti con disturbo evitante tendono a provare un intenso senso di inibizione sociale, che può estendersi a tutte le relazioni interpersonali, insieme all'ipersensibilità alle valutazioni negative. Di conseguenza, il personale medico potrebbe sentirsi rifiutato dal paziente e teme di essere eccessivamente invadente. Tuttavia, i pazienti evitanti sembrano essere tollerati abbastanza facilmente nel contesto medico, poiché sono inclini a autonomamente gestire le proprie difficoltà, senza opprimere personale medico con impellenti richieste. D'altra parte, i pazienti con disturbo dipendente tendono a mostrare un comportamento sottomesso, appiccicoso e impotente, che deriva da un bisogno esagerato di essere tutelato e dalle paure d'abbandono. Gli operatori sanitari possono provare un desiderio eccessivo per proteggerli o, al contrario, provare un senso di rifiuto e repulsione di fronte alle loro richieste di cura e attenzione (Di Mattei et al., 2018).

CAPITOLO 4

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

Quest'analisi bibliografica è stata redatta con lo scopo di comprendere al meglio quali fattori psicologici possano influire negativamente sull'impatto psicofisico della malattia oncologica, la sua vivibilità e sul percorso di cura. In particolare, ci si è focalizzati sulla ricerca e integrazione di informazioni riguardanti le caratteristiche di personalità e i suoi disturbi come fattori di rischio per l'adattamento del paziente alla diagnosi e al processo di cura.

La rassegna bibliografica, partendo dall'impatto che la diagnosi ha sul mondo psicosociale del paziente, ha analizzato nello specifico quattro fattori di rischio psicologici, quali (i) età, (ii) strategie di coping, (iii) dolore e disturbi dell'umore e (iv) le caratteristiche di personalità e i suoi disturbi.

È emerso che pazienti di età giovane risultano essere più sensibili ai cambiamenti corporei (come la perdita dei capelli) provocati dagli effetti avversi delle terapie di cura. Questi cambiamenti possono influire negativamente sull'immagine del sé del paziente giovane, fino a causare l'insorgenza di disturbi dell'umore, quali ansia e depressione.

Per quanto riguarda le strategie di coping, dalla rassegna è emerso come, talvolta, i pazienti per adattarsi alla nuova situazione contingente adottino delle strategie di coping controproducenti e maladattive. Sono state, così, identificate alcune strategie di coping disadattive che si manifestano con maggior frequenza nei pazienti oncologici: *pianificazione*, *coping religioso* e *auto-colpa*. Infine, è emerso come la flessibilità nell'uso di queste strategie risulti essere fondamentale, perché consente al paziente di non irrigidirsi su un'unica strategia, ma di riuscire a cambiarla qualora si dimostri inefficace e disadattiva.

Il dolore, sia esso causato dalla malattia, dal trattamento di cura o da cause esterne, risulta essere un importante fattore di rischio psicologico, in quanto può favorire l'emergere di disturbi dell'umore, come ansia e depressione.

Ansia e depressione risultano essere, a livello epidemiologico, molto più diffuse tra i pazienti oncologici rispetto alla popolazione generale. È emerso come questi disturbi possano insorgere in tutte le fasi della malattia, dalla diagnosi fino al periodo post operatorio o di recidiva; e come questi disturbi possano aumentare il tasso di mortalità di questa malattia.

Per quanto riguarda i disturbi di personalità, è emerso come essi rappresentano un fattore di rischio principalmente a causa delle difficoltà che essi causano nell'instaurazione e mantenimento di corrette interazioni sociali. Questo può comportare difficoltà di relazione e comunicazione con il personale

medico, influenzando negativamente sulla scelta del percorso di cure più adatto. Inoltre, alcuni di questi disturbi possono favorire la nascita false credenze o teorie del complotto verso i loro confronti, incrinando ulteriormente la fiducia verso il personale medico.

Un punto focale emerso da questo elaborato è che le caratteristiche individuali del paziente incidono fortemente non solo sull'umore e la sanità mentale del soggetto, ma anche sul percorso di cura che egli sceglierà di intraprendere, tra quelli presentati dai medici.

Nell'elaborato emerge anche come false credenze e miti possono svilupparsi nel paziente in conseguenza alla paura, all'ansia, ai meccanismi di difesa, alle caratteristiche maladattive di personalità o alle risposte di adattamento (coping). Queste credenze possono spaziare dalle teorie antiscientifiche o prive di fondamento, fino alla mitologia magica e credenze soprannaturali; rendendo il paziente più emotivo, instabile e in casi estremi inducendolo a perdere la lucidità del pensiero, portandolo ad effettuare scelte controproducenti inerenti alla propria salute. Un altro importante fattore emerso è l'ambiente nel quale il soggetto si trova nel momento della diagnosi o nel percorso di trattamento, il quale influisce soprattutto sull'umore di quei pazienti con caratteristiche di personalità eccentriche o devianti. È emerso che il trattamento eseguiti direttamente nell'abitazione del paziente o in una struttura a lui familiare, ove possibile, garantisce maggiore sicurezza e stabilità emotiva rispetto ad un ambiente asettico ed estraneo come l'ospedale.

Questo elaborato non è che una base di partenza, uno spunto volto a mettere in evidenza gli aspetti di rischio e dal quale è possibile costruire una più strutturata e approfondita discussione sulla qualità della vita psicologica dei pazienti oncologici. In particolare si ritiene sia necessario approfondire le conoscenze inerenti ai disturbi di personalità, prestando maggiore attenzione a questa tipologia di difficoltà psicologiche che colpisce una minoritaria ma consistente fetta della popolazione. Di una maggiore attenzione ai disturbi mentali non beneficerebbe solamente il paziente, ma tutta la struttura ospedaliera. Oltre aumentare l'efficacia dei trattamenti, abbattendo ulteriormente i tassi di mortalità o recidiva per i pazienti, infatti, essa potrebbe risultare efficace anche nel migliorare la qualità delle interazioni tra personale medico e pazienti "difficili"; diminuendo anche lo stress al quale questa categoria lavorativa è sottoposta e diminuendo i casi di burnout (sindrome da esaurimento).

È necessario evidenziare che quest'elaborato presenta diversi limiti. Innanzitutto sono presenti differenze culturali tra i vari studi presi in esame, i quali spaziano da società individualiste come quelle occidentali a quelle più collettiviste, come quelle asiatiche. Questo può comportare che i dati di una ricerca non possano essere estesi ad altri contesti culturali, sia per le differenti distribuzioni delle malattie mentali tra le popolazioni di culture differenti, sia per i diversi approcci che queste hanno nei confronti della malattia e della morte in sé. Un altro limite è dato dalla quantità di studi

presenti, soprattutto riguardanti i disturbi di personalità e le loro relazioni con la qualità della vita. Gli studi inerenti a questi disturbi risultano essere ancora in numero esiguo e non sufficientemente approfonditi. La difficoltà nel trovare informazioni inerenti a questi disturbi può essere data da un generale disinteresse verso questo tipo di disturbi, i quali vengono talvolta messi in secondo piano rispetto a malattie mentali più marcate come i disturbi dell'umore; ma anche da difficoltà nella loro diagnosi, in quanto essi hanno un elevato grado di comorbidità sia tra loro che con gli altri disturbi mentali.

Questa mancanza potrebbe essere oggetto di interesse per future ricerche, volte a dare maggiore completezza al quadro generale del benessere del paziente. Non è ancora stato chiarito in che modo nello specifico alcuni disturbi di personalità e tratti di personalità influiscano sull'adattamento psicologico del paziente alla malattia oncologica. Inoltre, è necessario chiarire e indagare se vi siano relazioni tra i disturbi di personalità, le strategie di coping e i disturbi dell'umore e in quale misura possano influire sulla qualità della vita.

In conclusione, si può valutare come positivo il continuo incremento di interesse verso la salute non solo fisica ma anche mentale dei pazienti, soprattutto quelli più fragili e affetti da malattie più gravose; così da garantire anche una maggiore efficacia dei trattamenti e chance di guarigione.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Asuzu, C. C., & Elumelu, T. N. (2013). Assessing cancer patients' quality of life and coping mechanisms in Radiotherapy Department of the University College Hospital, Ibadan. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2306–2312.
- Atkinson Rita L., & Hilgard Ernest R. (2017). *Atkinson & Hilgard's. Introduzione alla psicologia*.
- Augusto Palmonari. (2011). *Psicologia dell'adolescenza: Vol. terza edizione*.
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 134.
- Brunault, P., Champagne, A. L., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J. L., Body, G., Rusch, E., Magnin, G., Voyer, M., Réveillère, C., & Camus, V. (2016). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(5), 513–520.
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A. J., Croce, E., & Grassi, L. (2017). Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncologica*, 56(2), 146–155.
- Choumanova, I., Wanat, S., Barrett, R., & Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of Chilean women. *Breast Journal*, 12(4), 349–352.
- Desai, M. M., Bruce, M. L., & Kasl, S. v. (1999). The Effects of Major Depression and Phobia on Stage at Diagnosis of Breast Cancer. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(1), 29–45.
- Di Mattei, V., Mazzetti, M., Taranto, P., Bernardi, M., Carnelli, L (2018). Personality disorders: the missing diagnosis in Psycho-oncology? Overview of theoretical models of personality and personality psychopathology. In *Clinical Neuropsychiatry* (Vol. 15).
- Enfoux, A., Courtois, R., Duijsens, I., Reveillere, C., Senon, J. L., Magnin, G., Voyer, M., Montmasson, H., Camus, V., & El-Hage, W. (2013). Comorbidity between personality disorders and depressive symptomatology in women: A cross-sectional study of three different transitional life stages. *Personality and Mental Health*, 7(3), 233–241.
- Gaston-Johansson, F., Jane Fall-Dickson, F. M., Alexis Bakos, A. B., John Kennedy, M. M., Programs, E., & Hopkins, J. (1999). *Fatigue, Pain, and Depression in Pre-Autotransplant Breast Cancer Patients* (Vol. 7, Issue 5).
- Helms, R. L., O'Hea, E. L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. In *Psychology, Health and Medicine* (Vol. 13, Issue 3, pp. 313–325).
- Hosseini, N., Sharif, F., Ahmadi, F., & Zare, M. (2010). Striving for balance: Coping with epilepsy in Iranian patients. *Epilepsy & Behavior*, 18(4), 466–471.

Ishiki, H., Hasuo, H., Matsuda, Y., Matsuoka, H., Hiramoto, S., Higuchi, M., Yoshida, K., Tokoro, A., Hatano, Y., Hori, T., Kinkawa, J., & Nojima, M. (2022). Prevalence of Myofascial Pain Syndrome and Efficacy of Trigger Point Injection in Patients with Incurable Cancer: A Multicenter, Prospective Observational Study (MyCar Study). *Pain Medicine*, 23(7), 1259–1265.

Karlsen, B., & Bru, E. (2002). Coping styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Psychology, Health and Medicine*, 7(3), 245–259. <https://doi.org/10.1080/13548500220139403>

Kroenke, C. H., Rosner, B., Chen, W. Y., Kawachi, I., Colditz, G. A., & Holmes, M. D. (2004). Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 22(10), 1849–1856.

Lingiardi V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano, Il saggiatore

Livneh, H. (2000). Psychosocial Adaptation to Cancer: The Role of Coping Strategies. *Journal of rehabilitation*, 66(2).

Luzzatto Lucio (settembre 2006), *Capire il cancro conoscerlo, curarlo, guarire*.

Mohammed, A. A., Huda, A. A., & Mansour, A. M. (2009). Coping with a diagnosis of breast cancer—literature review and implications for developing countries. In *Breast Journal* (Vol. 15, Issue 6, pp. 615–622).

Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9(3), 151–157.

Morana, H. C. P., Stone, M. H., & Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(suppl 2), s74–s79.

Ojelabi, A. O., Graham, Y., Houghton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. In *Health and Quality of Life Outcomes* (Vol. 15, Issue 1). BioMed Central Ltd.

Patrice Guex (1991), *Psicologia e cancro: un approccio globale al malato e alla sua famiglia*

Piroth, M. D., Draia, S., Jawad, J. A., & Piefke, M. (2022). Anxiety and depression in patients with breast cancer undergoing radiotherapy: the role of intelligence, life history, and social support—preliminary results from a monocentric analysis. *Strahlentherapie Und Onkologie*, 198(4), 388–396. <https://doi.org/10.1007/s00066-022-01904-7>

Rees Gareth. (2006). *Tumori*.

Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. In *Breast Cancer Research and Treatment* (Vol. 110, Issue 1, pp. 9–17).

Sanavio Ezio, & Cornoldi Cesare. (2020). *Psicologia clinica: Vol. Terza edizione*.