



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche dello Sviluppo, della Personalità
e delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**Il costrutto di immagine corporea nell'endometriosi:
analisi della letteratura e proposte di intervento
psicologico**

**The construct of body image in endometriosis: analysis of the literature and
proposals for psychological intervention**

Relatrice

Dott.ssa Silvia Cerea

Laureanda:
Stefani Alice

Matricola:
1221395

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1: L'endometriosi	7
1.1 Definizione di endometriosi	7
1.1.1 Epidemiologia e prevalenza	8
1.1.2 Eziopatogenesi	8
1.2 Sintomi e diagnosi	13
1.3 Trattamenti e prognosi	16
CAPITOLO 2: Aspetti psicologici nelle donne con endometriosi	19
2.1 Qualità della vita delle donne affette da endometriosi	19
2.1.1 Immagine corporea	20
2.1.2 Insoddisfazione corporea	22
2.1.3 Autostima	24
2.2 Altre conseguenze sul piano psicologico dell'endometriosi	26
2.2.1 Sintomatologia depressiva	28
2.2.2 Sintomatologia ansiosa	30
CAPITOLO 3: Interventi volti a migliorare il benessere delle donne con endometriosi	33
3.1 Interventi volti a migliorare il benessere delle donne che hanno avuto il cancro al seno	33
3.1.1 Interventi psicologici ed educativi	35
3.1.2 Terapie miste	37
3.2 Dare voce al dolore	40
3.3 Discussione e conclusioni	42
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	45

INTRODUZIONE

Questo elaborato tratterà una patologia ginecologica femminile che presenta grandi influenze sul piano psicologico, ovvero l'endometriosi. L'endometriosi è una patologia che merita maggiore attenzione da parte della comunità scientifica, la quale deve porsi l'obiettivo di continuare a studiare la patologia e indagare come essa influenzi il benessere delle donne affette e la loro qualità della vita. Attuare una ricerca e uno studio continuo è fondamentale nell'ambito di questa malattia considerando che, a causa della sintomatologia molto varia, nella maggior parte dei casi non viene diagnosticata, o vi è una diagnosi molto tardiva (Bandiera et al., 2009). Inoltre, l'endometriosi, oltre a compromettere la qualità della vita delle donne che la presentano (Soliman et al., 2017), impatta in maniera importante il rapporto che la donna ha con il proprio corpo (Sayer-Jones & Sherman, 2022), influenzando l'immagine corporea e l'autostima (Facchin et al., 2019). Sebbene siano stati condotti studi volti a valutare alcune caratteristiche dell'endometriosi, soprattutto in ottica medica, vi è una grande lacuna nella letteratura scientifica riguardo alle possibilità di intervento psicologico nelle donne che presentano le problematiche psicologiche conseguenti alla patologia. Questo elaborato ha lo scopo di presentare la patologia, descriverne le caratteristiche e indagarne le conseguenze nelle varie aree di vita delle donne affette. L'obiettivo è quello di presentare alcuni possibili interventi psicologici prendendo esempio dalle modalità di intervento risultate efficaci nel contesto del cancro al seno.

Nel primo capitolo si tratterà la patologia in una prospettiva specificatamente medica. Verranno quindi discusse l'epidemiologia e l'eziopatogenesi; i sintomi e la diagnosi; i trattamenti e la prognosi.

Il secondo capitolo è dedicato all'analisi degli aspetti psicologici delle donne che presentano l'endometriosi. In particolare, sarà indagata la qualità della vita, l'immagine corporea, l'insoddisfazione corporea e l'autostima. Verranno inoltre presentate due sintomatologie connesse con l'endometriosi: la sintomatologia depressiva e la sintomatologia ansiosa.

Infine, nel terzo capitolo saranno presentati alcuni interventi di cui è stata testata l'efficacia riguardo al miglioramento del benessere e dell'immagine corporea nelle donne con cancro al seno. A partire da questi risultati verranno proposte delle linee di intervento nel contesto dell'endometriosi.

CAPITOLO 1: L'ENDOMETRIOSI

1.1 Definizione di Endometriosi

L'endometriosi è, ad oggi, una patologia che può essere definita “misconosciuta”. Nonostante sia molto frequente nella popolazione generale femminile, la diagnosi della patologia solitamente giunge dopo molteplici difficoltà. La complessità dell'*iter* diagnostico deriva dal fatto che la sintomatologia che viene riportata dalle pazienti è molto varia, e sono necessari esami approfonditi e specialistici per individuare la problematica. Inoltre, spesso il personale medico non è sufficientemente formato ed esperto riguardo tale patologia.

La ricerca sull'endometriosi, sulla sintomatologia e sui trattamenti, è in continuo divenire. È importante sottolineare che le donne affette dalla patologia sono a più alto rischio, rispetto alla popolazione generale femminile, di sviluppare cancro ovarico, cancro al seno, malattie autoimmuni e altre patologie e questo incentiva alla ricerca di nuove modalità per una diagnosi più tempestiva.

L'endometriosi è una malattia ginecologica cronica che interessa la popolazione femminile. Tale patologia è definita come la presenza anomala di tessuto endometriale all'esterno dell'utero, la sua sede fisiologica (Giudice & Kao, 2004). Ciò comporta un'inflammatione benigna persistente delle aree interessate (Kennedy, et al., 2005).

L'endometrio è una mucosa che ricopre la cavità interna dell'utero. Nella sua parte più superficiale va incontro alle modificazioni tipiche del ciclo mestruale, mentre nella sua parte più interna, o basale, ha funzione rigenerativa. L'endometrio ectopico si localizza di solito a livello del peritoneo e degli organi pelvici (ovaie, vescica, vagina, tube di Falloppio). In questi casi si parla di endometriosi esterna pelvica. Quando essa insorge in organi e tessuti lontano dalla pelvi, come i polmoni si parla di endometriosi extra pelvica. Infine, l'endometrio ectopico può localizzarsi nello spessore del miometrio. In questo ultimo caso si tratta di adenomiosi (Bandiera et al., 2009).

Il tessuto endometriosico è estrogeno-dipendente, richiede cioè la produzione di estrogeni per una continua crescita e, in loro assenza, tende a regredire (Larosa et al., 2010). Quindi, come nell'endometrio normale, le cellule endoteliali esprimono recettori per estrogeni e progesterone, e presentano una risposta specifica verso fattori di crescita angiogenetici (fattori di crescita dell'endotelio vascolare). Di conseguenza, le aree interessate dall'endometriosi sanguinano

durante il ciclo mestruale portando ad uno stato infiammatorio dei tessuti interessati e la formazione di cicatrici e aderenze (Corwin, 1997).

1.1.1 Epidemiologia e prevalenza

A causa delle difficoltà presenti nel diagnosticare la patologia, la sua epidemiologia risulta difficile da definire. Alcuni studi riportano un ritardo diagnostico di 10 anni in Germania e Austria, di 7-10 anni in Italia, 4-5 anni in Irlanda e Belgio (Ballard et al., 2006; Nnoaham et al., 2011; Hudelist et al., 2012).

I dati relativi all'incidenza e alla prevalenza nella popolazione femminile non sono attendibili e fanno riferimento a diagnosi di endometriosi formulate durante controlli ginecologici di routine, a seguito di visite specialistiche eseguite per altre patologie e a dati relativi a dimissioni ospedaliere a seguito di interventi di laparoscopia (Koninckx et al., 2019).

La prevalenza e l'incidenza dell'endometriosi sono molto varie. Alcuni studi affermano che l'endometriosi interessa circa il 6-10 % delle donne in generale (Giudice & Kao ,2004); il 25-50% delle donne sterili; il 75-80% delle donne con dolore pelvico (Liu, 2022).

Secondo le stime dell'ONU (WHOQOL, 1995) sono 150- 190 milioni le donne affette da endometriosi nel mondo, 14 milioni le donne con questa patologia in Europa e 3 milioni solo in Italia. Altri dati riportano invece che l'incidenza di endometriosi nella popolazione di donne in età fertile (sottoposta a laparoscopia a prescindere dalla sintomatologia) è di circa il 45%, mentre nelle donne con dolore pelvico cronico tale incidenza arriva al 97% (Campo & Campo,2005).

In Italia, quindi, sono affette da endometriosi il 10-15% delle donne in età riproduttiva; la patologia interessa circa il 30-50% delle donne infertili o che hanno difficoltà a concepire. Il picco si verifica tra i 25 e i 35 anni, ma la patologia può comparire anche in fasce d'età più basse (Ministero della Salute,2021).

1.1.2 Eziopatogenesi

L'eziologia dell'endometriosi non è nota. Sono tuttavia presenti diverse ipotesi eziopatogenetiche sulla questione. Verranno qui riportate le quattro teorie più famose e accettate dalla comunità scientifica.

La teoria più accreditata è quella del ginecologo John Sampson, il quale si è occupato di studiare le cause e le manifestazioni cliniche dell'endometriosi. Nel 1927 ha formulato la "teoria delle mestruazioni retrograde" con l'obiettivo di spiegare l'eziologia della patologia. L'ipotesi di

Sampson è stata la prima a essere proposta nel tentativo di trattare e comprendere la patologia. La mestruazione retrograda è più frequente nelle donne che sviluppano la malattia probabilmente per un deficit dell'immunità cellulo mediata che in queste pazienti impedisce la distruzione delle cellule endometriali rigurgitate, favorendone l'impianto (Campo & Campo, 2005).

Secondo l'ipotesi di Sampson, le cellule endometriali, tramite mestruazione retrograda, si impianterebbero nella pelvi e prolifererebbero. Durante le mestruazioni, infatti, queste cellule andrebbero a migrare dalla cavità uterina attraverso le tube di Falloppio e si depositerebbero in sedi ectopiche come la cavità addominale, aderendo al peritoneo. L'adesione e la proliferazione di nuclei endometriosisici, tuttavia, richiede la presenza di un'inadeguata risposta immunitaria e di anomalie genetiche affinché le lesioni che si creano sopravvivano e crescano (Larosa et al., 2010). La teoria delle mestruazioni retrograde/trapianto è supportata dalla scoperta che le donne con endometriosisi hanno volumi più elevati di sangue mestruale reflusso e frammenti di tessuto endometriale rispetto alle donne senza disturbo (Halme et al., 1984).

Nonostante l'importanza della teoria di Sampson, essa non si può definire esaustiva nella descrizione dell'eziologia della patologia. Questa non spiega la presenza di endometriosisi in siti esterni alla cavità addominale, ovvero l'endometriosisi extra-genitale (Larosa et al., 2010).

Inoltre, la mestruazione retrograda può essere osservata in circa il 90% delle donne, mentre solo il 10% di queste sviluppa endometriosisi (Bandiera et al., 2009).

In aggiunta, la teoria dell'impianto non spiega la presenza di endometriosisi anche in donne nate senza utero e l'aspetto clonale della malattia (le lesioni endometriosisiche sono infatti clonali) (Koninckx et al., 2019).

Inoltre, seppur raramente, è stata riscontrata la presenza di endometriosisi anche in individui che non hanno mai avuto le mestruazioni, come uomini e ragazze in età prepuberale (Koninckx et al., 2019).

Infine, è necessario menzionare un ultimo aspetto che indebolisce ulteriormente l'ipotesi di Sampson. Sono stati riscontrati casi di endometriosisi nel cervello e nei polmoni, situazioni non compatibili con i presupposti dell'autore.

Vi sono quindi diverse evidenze a favore del fatto che la teoria di Sampson non sia sufficiente a spiegare lo sviluppo e la crescita di lesioni endometriosisiche.

È quindi necessario considerare l'esistenza di ulteriori fattori per l'impianto e la crescita delle lesioni endometriosisiche in donne che sviluppano questa patologia (Gazvani et al., 2002). Tra questi fattori vi è la presenza di alterazioni del microambiente peritoneale, la riduzione della

risposta immunitaria, l'aumentata capacità di sopravvivenza delle cellule endometriali, una maggiore capacità angiogenetica e altri elementi (Larosa et al., 2010).

Nel 1942 Meyer ha formulato la teoria della "metaplasia celomatica". La metaplasia è il ricambio (reversibile) di un tipo di cellula differenziata con un altro maturo ma con differenziazione diversa (Bulletti et al., 2012).

Vi sarebbe quindi una trasformazione di cellule staminali peritoneali, endometriali, o cellule derivate dal midollo osseo o resti di cellule del periodo embrionale, in cellule endometriali (Koninckx et al., 2019).

L'innesco del cambiamento potrebbe essere in risposta a processi infiammatori o a causa di stimoli ormonali o ambientali (Romero et al., 2022). Inoltre, questa prospettiva fa ben sperare in una regressione della malattia. Infatti, essendo la metaplasia un processo reversibile, se cessano gli stimoli che hanno indotto il cambiamento, la cellula "trasformata" dovrebbe tornare a essere quella di prima e a recuperare le sue funzioni originarie.

Questa ipotesi è accreditata, poiché le cellule sia del peritoneo sia dell'endometrio derivano da un precursore embriologico comune: la cellula celomica (Carpinello et al., 2022).

Meyer aveva postulato, quindi, che la metaplasia dell'epitelio celomatico (epitelio di superficie che riveste le ovaie) potesse anche contribuire allo stabilire la malattia, coinvolgendo principalmente la formazione di endometriomi ovarici, ovvero invaginazioni della superficie ovarica contenenti endometrio che determina vere e proprie cisti (Brosens, 2004). Si ritiene quindi, che l'endometrio delle donne con endometriosi sia anormale, predisposto ad instaurare con successo una malattia ectopica.

Tuttavia, in linea generale, le metaplasie peggiorano con l'invecchiamento, mentre vi sono evidenze che l'endometriosi migliori con l'avanzare dell'età. Quindi la metaplasia celomatica come patogenesi della malattia endometriosa è molto lontana dall'essere dimostrata scientificamente (Bulletti et al., 2012). Per concludere a riguardo, la metaplasia celomatica non comporta modifiche genetiche e trasmissibili; quindi, non spiega la natura ereditaria di questa entità. Va ricordato, infatti, che vi è un rischio di sviluppare endometriosi del 6-9% nei parenti di primo grado di donne con la patologia (Simpson et al., 1980). Recenti studi hanno stimato un coinvolgimento dei fattori ereditari del 50%, stima che supporta una possibile trasmissione genetica di fattori predisponenti (Koninckx et al., 2019). Recentemente alcuni studi, indagando la predisposizione genetica, hanno individuato loci genetici sul cromosoma 10, responsabili di una maggiore suscettività verso la malattia (Geremia et al., 2012).

Successivamente, è stata formulata la teoria della disseminazione per via linfatica ed ematica.

Questa è l'ipotesi più accreditata per spiegare le presenze di endometrio al di fuori della cavità pelvica e che non possono dipendere dal trasporto retrogrado. Secondo Halban, l'autore che ha formulato tale ipotesi, le cellule dell'endometrio potrebbero raggiungere siti lontani come polmoni o reni tramite via linfatica o vascolare (vene pelviche).

Sebbene questa teoria spieghi le rare lesioni endometrioidiche nel cervello o nel polmone, non spiega la posizione gravitazionalmente-dipendente della maggior parte dei focolai di endometrioidici (Gazvani & Templeton, 2002).

Infine, l'ultima teoria che è importante menzionare è quella dei cambiamenti genetici ed epigenetici, ovvero l'ipotesi formulata più recentemente. L'epigenetica si riferisce a cambiamenti geneticamente trasmissibili causati da fattori ambientali ed esterni che non implicano un cambiamento nella sequenza del DNA. Particolare attenzione è stata rivolta recentemente al ruolo potenziale di sostanze inquinanti, tra cui la diossina (Geremia et al., 2012). La diossina può determinare una serie di effetti avversi mediati da modificazioni biochimiche delle catene enzimatiche deputate alla detossificazione, interferenze con il sistema immune, diminuzione dell'attività estrogenica ed interferenza genetica. Una possibile relazione tra diossina ed endometrioidici è stata confermata dal fatto che le pazienti affette da endometrioidici presentavano livelli aumentati di questa sostanza rispetto ai controlli (Farina et al., 2005).

Gli "incidenti" genetici ed epigenetici trasmessi geneticamente alla nascita spiegano il carattere ereditario dell'endometrioidici. Tali incidenti sono necessari per lo sviluppo di endometrioidici tipica, cistica o profonda (Koninckx et al., 2019).

Non è chiaro, tuttavia, se e come i cambiamenti epigenetici siano trasmessi *trans generazionalmente* nell'endometrioidici (Koninckx et al., 2019).

La teoria genetica-epigenetica (G-E), sostiene che l'endometrioidici sia un tumore benigno che inizia con incidenti G-E nella cellula. Questa assunzione implica che la tipologia di cellula originaria (endometrio, cellula staminale, o altre) sia poco importante e che alla base ci siano degli incidenti precedenti alla nascita e successivi, dal punto di vista genetico ed epigenetico. I difetti genetici ed epigenetici ereditari, insieme ad altri difetti acquisiti senza espressione, costituiscono la predisposizione. Dopo l'impianto e la metaplasia (definita come cambiamenti stabili e trasmissibili) si verificano lesioni sottili e microscopiche. Sono necessari ulteriori cambiamenti genetici e epigenetici affinché queste cellule cambino comportamento e progrediscono in lesioni tipiche, cistiche, profonde o altro tipo (Koninckx et al., 2019). Ciò spiegherebbe la presenza di predisposizione, infertilità, problemi immunologici, associazione con adenomiosi.

A questa base genetica alterata si sommano durante la vita altri incidenti di percorso causati dall'inquinamento, dallo *stress* ossidativo, dalle infezioni, da immunodepressione causate da varie cause come lo *stress* psico-emotivo.

In particolare, lo *stress* ossidativo nell'utero durante le mestruazioni e nella cavità peritoneale dopo le mestruazioni retrograde è riconosciuto come potenziale fattore causale per indurre cambiamenti genetici o epigenetici (Koninckx et al., 2019).

I cambiamenti ormonali ciclici con eventuale sanguinamento danno origine a ripetuti microtraumi che aumentano il rischio di incidenti genetici ed epigenetici e lo sviluppo di fibrosi e progressione della malattia.

Il sommarsi di più incidenti su una base geneticamente "difettosa" causa lesioni endometrioidiche. La crescita e la maturazione delle lesioni variano con l'insieme dei cambiamenti genetici ed epigenetici, in relazione anche a fattori ormonali, immunitari, fattori di crescita del plasma e della cavità peritoneale. L'estensione delle lesioni varia dalla presenza di poche e piccole lesioni, alla presenza di grandi cisti endometrioidiche (endometriomi) e/o la formazione di tenaci aderenze che possono distorcere l'anatomia della pelvi. La patologia, infatti, è classificata in base alla descrizione delle lesioni riscontrate in chirurgia utilizzando il sistema di classificazione sviluppato dall'*American Society for Reproductive Medicine*. Lo stadio non è tuttavia correlato alla gravità dei sintomi algici (Bandiera et al., 2009).

La crescita di queste è inoltre influenzata anche dal fluido peritoneale ereditato alla nascita, oltre che dallo *stress* ossidativo delle mestruazioni retrograde. Alcuni studi hanno evidenziato che il liquido peritoneale delle donne con endometriosi ha concentrazioni molto più basse di estrogeni e progesterone dopo l'ovulazione (Koninckx et al., 2019).

Altri fattori di rischio, sono rappresentati dalla prolungata esposizione alle mestruazioni (cicli brevi ma intensi), nulliparità, consumo di alcol e caffeina, obesità e fumo (Larosa et al., 2010).

La teoria genetico/epigenetica (G-E) è compatibile con tutte le osservazioni fatte sull'endometriosi. Le lesioni sottili o microscopiche progrediranno in lesioni più gravi solo se si verificano ulteriori incidenti. Le numerose anomalie molecolari nell'endometrio delle donne con endometriosi sono spiegate come espressione dei cambiamenti genetici ed epigenetici trasmessi alla nascita. Per questo motivo, molti dei cambiamenti immunitari ed endometriali associati all'endometriosi devono essere considerati una conseguenza di questa predisposizione genetica (Altman & Wolczyk, 2010).

Infatti, gli incidenti finali che danno inizio alla malattia sono additivi ad altri incidenti precedenti (Koninckx et al., 2019).

Inoltre, in questa prospettiva assume importanza la presenza di specifiche modificazioni del sistema autoimmune. Le specifiche alterazioni che consentono alle cellule endometriali di impiantarsi, crescere e vascolarizzare in sede ectopica non sarebbero in grado, di per sé, di garantire lo sviluppo della malattia, la cui espressione dipenderebbe, infatti, anche dalla loro capacità di contrastare un'efficace risposta immune a livello locale (Farina et al.,2005). Si ritiene che il sistema immunitario sia coinvolto nella patogenesi dell'endometriosi e che un'inadeguata sorveglianza immunitaria nel peritoneo, con una diminuzione dell'attività fagocitica, sia causa del disturbo (Lebovic et al., 2001). Infatti, nelle donne con endometriosi, il liquido peritoneale ha elevate concentrazioni di citochine, fattori di crescita e fattori angiogenici derivati dalle lesioni stesse (Giudice & Kao, 2004). Tuttavia, seppur vi sia un aumento della produzione di citochine, vi è una diminuzione dell'attività fagocitica (Lebovic et al.,2001).

1.2 Sintomi e diagnosi

La presenza di tessuto endometriale al di fuori della sua normale localizzazione uterina induce una reazione cronica infiammatoria. Tale condizione è frequentemente riscontrata in età riproduttiva in quanto è influenzata dai livelli ormonali.

I più frequenti sintomi dell'endometriosi sono severa dismenorrea, irregolarità del ciclo mestruale, dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali), dolore pelvico cronico (con o senza sanguinamenti anomali) (Ballweg,2004) e infertilità (Geremia et al.,2012).

A questi sintomi possono associarsi dolori intestinali e/o delle vie urinarie, a seconda della localizzazione della malattia. L'endometriosi intestinale si riscontra dal 6% al 30% delle donne con endometriosi profonda infiltrante (Geremia et al.,2012). La maggioranza delle pazienti riporta dolori addominali, stitichezza, sensazione di pressione o dolore alla defecazione, sanguinamento, ostruzione intestinale. L'endometriosi delle vie urinarie invece è una condizione rara, colpisce circa l'1% delle pazienti con endometriosi (Geremia et al.,2012).

Tra i numerosi sintomi caratterizzanti tale patologia, il dolore pelvico cronico è il fulcro centrale della sintomatologia e, spesso, la causa primaria per cui la donna richiede una consulenza ginecologica specifica (Berkley et al., 2005). Esso viene definito come un dolore percepito nei quadranti addominali inferiori, persistente per più di 6 mesi, continuo o intermittente e che può giungere a livelli tali da diventare invalidante (Grazziotin,2008). Proprio per questi motivi, nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) approvati dal Ministero della Salute, l'endometriosi viene riconosciuta come una patologia cronica e invalidante per la quale le

pazienti potranno usufruire dell'esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo (eseguite in genere ogni 6 mesi) e delle ecografie necessarie, come quella dell'addome superiore e inferiore, quella transvaginale o transrettale (Ministero della Salute, 2021).

Alcuni studi hanno dimostrato come le donne con endometriosi presentano una maggiore sensibilità al dolore per l'istaurarsi di meccanismi di ipersensibilità centrale, riduzione della soglia del dolore e disturbi psicologici associati (Audebert, 2005).

La dispareunia profonda è un altro aspetto importante della sintomatologia dell'endometriosi. Sebbene, fino a poco tempo fa, essa venisse considerata una problematica esclusivamente psicologica, a oggi si sa che ha solide basi biologiche e che la localizzazione del dolore e le sue caratteristiche sono i più forti predittori della sua organicità. Infatti, la frequente localizzazione dell'endometriosi a livello dei legamenti utero sacrali può spiegare, in parte, l'origine della dispareunia. Tali legamenti vengono messi in tensione durante la penetrazione profonda creando un'irritazione meccanica che stimola le terminazioni nervose nocicettive (Geremia et al., 2012). A questo aspetto si aggiunge la presenza di fattori psicosessuali che contribuiscono nel tempo al peggioramento del dolore coitale. Infatti, il dolore provocato dall'endometriosi colpisce l'area sessuale andando a minare il desiderio sessuale, l'eccitazione mentale e genitale e la capacità di orgasmo delle donne affette dalla patologia (Grazziotin, 2003).

Effettuare una diagnosi della malattia basandosi esclusivamente sulla sintomatologia è molto complicato in quanto vi è una grande varietà di sintomi ed essi possono manifestarsi in maniera differente. Inoltre, seppur in minoranza, circa il 20% delle donne con endometriosi sono asintomatiche. Da ciò deriva spesso un ritardo tra la manifestazione clinica e la diagnosi di malattia (Bandiera et al., 2009). Mediamente, l'età di diagnosi della patologia è di 27 anni, considerando che la patologia colpisce prevalentemente le donne tra i 25 e i 35 anni. Una diagnosi dettagliata di endometriosi include anche la valutazione dello stadio della malattia. Nel 1996, *l'American Society of Reproductive Medicine (ASRM)* ha stabilito quattro fasi per descrivere la gravità dell'endometriosi, che vanno dal minimo al grave. Ai fini della classificazione è assegnato un punteggio in base alla presenza, all'apparenza, alle dimensioni, alla profondità delle lesioni peritoneali ed ovariche; all'estensione e al tipo di lesioni (rosse, bianche e nere); alla presenza, all'estensione e al tipo di aderenze. In base al punteggio complessivo si identificano 4 stadi della malattia (Bandiera et al., 2009). Le fasi/stadi dell'endometriosi elencate non sono specificamente legate ai livelli di dolore, all'impatto sulla salute mentale e ad altri fattori. Inoltre, non danno informazioni circa i risultati del trattamento

e sottostimano la gravità delle lesioni profonde (Bandiera et al., 2009). Sembra invece aumentare il rischio di infertilità man mano che le fasi progrediscono (Smith, 2021).

Prima fase: categoria *minimo*, presenza di impianti isolati e nessuna adesione significativa.

Seconda fase: categoria *delicato*, impianti superficiali sul peritoneo e sulle ovaie; nessuna adesione significativa.

Terza fase: categoria *moderato*, impianti multipli, sia superficiali che profondamente invasivi; possono essere presenti aderenze sulle vasche e sulle ovaie.

Quarta fase: categoria *grave*, molteplici impianti superficiali e profondi, endometriomi ovarici di grandi dimensioni; aderenze dense e filmiche nella maggior parte dei casi.

In linea generale, per effettuare una corretta diagnosi della patologia, è necessario raccogliere l'anamnesi della paziente e la storia familiare, attuare un esame obiettivo generale e ginecologico, e svolgere un'ecografia pelvica, anche se la maggior parte delle donne con endometriosi ha un esame pelvico assolutamente normale, soprattutto tra le adolescenti (Campo & Campo, 2005). La visita ginecologica può evidenziare la presenza di cisti o noduli a carico degli organi genitali che andranno valutati anche con un successivo esame ecografico, oppure, se necessario, con una TAC o una risonanza magnetica per poter escludere altre malattie (Bandiera et al., 2009).

È di fondamentale importanza ascoltare il vissuto della paziente per andare a valutare le aree che potrebbero essere colpite dall'endometriosi. La visita ginecologica è molto importante poiché può far sorgere il dubbio della presenza dell'endometriosi qualora l'utero si presenti globoso, poco mobile, e dolente, le ovaie siano aumentate di volume, dolenti ed apprezzate dietro l'utero (sede non tipica) ed il tessuto intorno all'utero stesso si presenti retratto, rigido e dolente. L'ecografia transvaginale pelvica potrà evidenziare nei casi tipici le lesioni ovariche cistiche (Bandiera et al., 2009).

Infine, attraverso la laparoscopia si ottiene una diagnosi definitiva, permettendo l'asportazione delle lesioni sospette e l'esame istologico di queste (Baldi et al., 2008).

La diagnosi definitiva di endometriosi può essere raggiunta, quindi, solo con procedure chirurgiche invasive (Giudice & Kao, 2004). Tuttavia, questo è vero per le lesioni endometrioidiche sulla superficie degli organi addominali e per i focolai clinicamente evidenti, mentre le lesioni profonde nelle aree sottoperitoneali possono essere mal diagnosticate anche quando si utilizzano procedure invasive (Baldi et al., 2008).

Ad oggi, nessuno degli approcci non invasivi, dagli esami del sangue alle analisi di *imaging*, consente una diagnosi definitiva di endometriosi (Bulun, 2009).

Tuttavia, le analisi per immagini possono essere utilizzate nel processo di diagnosi differenziale e, in molti casi, consentono almeno una diagnosi presuntiva, anche se non sono in grado di indicare l'esatta localizzazione in vivo delle lesioni endometriose, soprattutto quelle di taglia molto piccola (Bulun, 2009).

L'endometriosi può interessare la donna già dalla prima mestruazione (menarca) fino alla menopausa. Proprio per questo motivo è importante riuscire a diagnosticare la patologia in maniera repentina e intervenire di conseguenza. Molte donne con endometriosi presentano i primi sintomi già nell'età adolescenziale e molte più donne ricevono diagnosi della patologia in questa fascia d'età (Campo & Campo, 2005). Meigs (1953) ha riportato un'incidenza di endometriosi nelle adolescenti del 6% (Campo & Campo, 2005). Attualmente si stima un'incidenza di endometriosi nelle adolescenti tra il 4% e il 17%. L'incidenza esatta della patologia in adolescenza è difficile da stabilire visto che l'endometriosi è diagnosticata solo nelle ragazze sottoposte a chirurgia (Campo & Campo, 2005). Nel 1998 *l'American Endometriosis Association* riportò nei propri registri che il 40% delle donne riferiva l'esordio della sintomatologia ad un'età inferiore ai 15 anni, mentre oltre il 25% ad un'età tra i 15 e i 19 anni (Ballweg, 2004). La malattia in tutte le sue manifestazioni (endocrine, immunologiche, gastrointestinali) è più grave nelle adolescenti (Campo & Campo, 2005).

Per concludere, è importante considerare che i livelli di estrogeni si riducono drasticamente dopo i 50 anni, di conseguenza, il problema clinico dell'endometriosi si presenta soprattutto prima della menopausa anche se, in alcuni casi, può persistere anche successivamente (Altman & Wolczyk, 2010).

1.3 Trattamenti e Prognosi

L'endometriosi richiede un piano di trattamento personalizzato nel lungo termine con l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo di terapie mediche ed evitare ripetuti interventi chirurgici. Nel predisporre tale trattamento si dovrebbe tener conto dell'età della paziente, del suo desiderio di fertilità, della gravità dei sintomi e dell'estensione della malattia (Bandiera et al., 2009). L'obiettivo del percorso di cura è quello di bloccare il decorso della malattia e attenuare la sintomatologia (Bandiera et al., 2009).

Le terapie attualmente esistenti sono mediche, chirurgiche o una combinazione di entrambi gli approcci. Purtroppo, il trattamento chirurgico o la terapia medica di rimozione degli impianti

endometriosisi porta a un sollievo solo temporaneo. Non ci sono evidenze mediche che supportino, invece, uno specifico tipo di trattamento dell'endometriosi rispetto a un altro (Bulletti e al., 2012).

Trattandosi di una patologia ormono-dipendente, in particolare favorita da una maggiore sensibilità all'azione degli estrogeni e a una relativa resistenza agli effetti del progesterone, il cardine del trattamento medico è rappresentato da farmaci ad azione ormonale mirati a riequilibrare le alterazioni endocrinologiche che caratterizzano le pazienti. La terapia ormonale è stata strutturata proprio per sopprimere la sintesi di tali ormoni interrompendo la ciclica mestruazione e il sanguinamento (Bandiera et al.,2009).

Tali terapie, assunte in regime continuo, nella maggior parte dei casi sono mirate all'ottenimento di una condizione di amenorrea (assenza di mestruazione) e alla soppressione dell'attività ovulatoria, essendo quindi incompatibili con la ricerca attiva di una gravidanza (Bandiera et al.,2009). Esistono diverse molecole progestiniche efficaci nel trattamento dell'endometriosi, disponibili in diverse formulazioni: compresse per l'assunzione orale, preparati per la somministrazione intramuscolare, impianti sottocutanei e dispositivi intrauterini. Il trattamento medico è puramente sintomatico e non curativo e alla sua sospensione la malattia riprende il suo decorso (Bandiera et al.,2009). Non esistono farmaci che intervengano direttamente sull'eziologia della malattia (Bandiera et al., 2009). Contro il dolore pelvico inoltre possono essere utilizzati anche i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) (Bandiera et al.,2009).

I contraccettivi ormonali hanno dimostrato di essere efficaci nel trattamento del dolore nelle donne con endometriosi, portando anche ad alcuni vantaggi pratici, tra cui la protezione contraccettiva, la sicurezza a lungo termine e il controllo del ciclo mestruale. Tuttavia, richiamando la teoria G-E, le lesioni endometriosisi, con la loro specifica serie di cambiamenti, possono variare nella loro reazione agli estrogeni, ai progestinici e alla gravidanza.

Come trattamento chirurgico è indicata la laparoscopia operativa per endometriosi lieve o moderata oppure la laparotomia in caso di endometriosi severa (Bandiera et al.,2009). Il trattamento chirurgico dell'endometriosi ha l'obiettivo di rimuovere gli impianti endometriosisi, le cisti e ripristinare la normale anatomia e può essere eseguito durante una laparoscopia operativa. Tuttavia, è importante considerare che il tasso di recidiva è alto, motivo per cui si suggerisce la combinazione di diversi approcci terapeutici; il motivo principale per cui si considera la chirurgia il *gold standard* del trattamento è che il trattamento chirurgico

isolato è seguito da un minor tasso di recidiva di malattia, che è stimato a 5 anni di circa il 19 % (Bandiera et al.,2009). Questa incidenza è molto inferiore di quella ottenuta con il solo trattamento farmacologico, che risulta essere a 5 anni del 53,4%. Infine, il tasso di recidiva dopo il trattamento combinato medico-chirurgico è del 15-20% (Bandiera et al., 2009).

Le terapie alternative quali omeopatia e agopuntura, non curano l'endometriosi, anche se molte donne con endometriosi riferiscono che le terapie nutrizionali e complementari, come la riflessologia, la medicina tradizionale cinese, la vitamina B1, gli infusi di erbe ricche in magnesio e l'omeopatia. possono aiutare ad alleviare i sintomi del dolore (Kennedy et al., 2005).

CAPITOLO II: ASPETTI PSICOLOGICI NELLE DONNE CON ENDOMETRIOSI

2.1 Qualità della vita delle donne affette da endometriosi

L'endometriosi, come descritto nel capitolo precedente, è una patologia complessa, le cui caratteristiche possono portare le donne che ne sono affette a esperire *stress*, andando a ridurre drasticamente la qualità della loro vita sotto molteplici punti di vista. Diversi studi si sono focalizzati sull'analisi delle variabili psicologiche, considerate maggiormente responsabili, rispetto agli aspetti fisiologici, dell'impatto della malattia. In uno studio di Ballard (Ballard et al., 2006) si è indagata l'influenza di una diagnosi tardiva rispetto al benessere generale delle pazienti. Quello che è emerso è che quasi la totalità delle donne beneficiava della diagnosi, in quanto ciò permetteva loro di dare significato ai sintomi esperiti e di dare senso e importanza al dolore provato. La letteratura sottolinea infatti che la mancanza di una diagnosi possa portare le pazienti ad attribuire la propria sintomatologia a patologie intrattabili, come malattie oncologiche, portando allo sviluppo di significativi sintomi ansiosi e depressivi (Ballard et al., 2006; Gilmour et al., 2008). Inoltre, l'incertezza circa la natura dei sintomi, porta le donne ad avere difficoltà nel comunicare il proprio disagio ad amici e parenti, temendo che il proprio malessere fisico e psichico venga sottovalutato (Gilmour et al., 2008), situazione che avviene comunemente anche nella relazione medico-paziente in questo contesto (Ballard et al., 2006). Per valutare l'impatto di una malattia cronica e del suo trattamento, viene utilizzato il parametro *Health-Related Quality of Life* (HRQoL), che indaga la qualità della vita legata alla salute. Questo parametro viene utilizzato per valutare in che modo lo stato di salute influisce su come la persona si sente a livello fisico, psicologico ed emotivo (European Lung Foundation [ELF], 2021).

Soliman e colleghi (2017) hanno analizzato l'impatto dei sintomi dell'endometriosi sulla HRQoL e hanno scoperto che un numero maggiore di sintomi correlati all'endometriosi era associato a HRQoL significativamente più bassa e a livelli più bassi di benessere emotivo, immagine di sé e supporto sociale percepito. Dalle ricerche è emerso inoltre che il dolore pelvico cronico è il principale responsabile dell'abbassamento della qualità di vita delle donne con endometriosi. Esso, infatti, rappresenta uno dei sintomi più invalidanti e influenti sullo stato di salute globale, andando ad influenzare l'intero funzionamento individuale (Facchin et al., 2015; Giudice & Kao, 2004).

Essendo l'endometriosi una patologia che influenza in maniera totalitaria il benessere della donna, verranno successivamente trattate solo alcune aree colpite dalla patologia, in particolare l'impatto sulla salute mentale e sul rapporto con il proprio corpo. È importante inoltre menzionare i *deficit* conseguenti alla patologia anche in altre aree come l'interazione sociale e il ritiro dalle attività sociali; le relazioni personali, familiari, amicali e di coppia (intime); la carriera e l'occupazione lavorativa; i livelli di istruzione (Missmer et al., 2021).

2.1.1 Immagine corporea

Paul Schilder (1935) ha definito l'immagine corporea come l'immagine del corpo che ci formiamo nella mente, cioè il modo in cui il nostro corpo ci appare. In seguito, nel 1988, Peter Slade ha definito l'immagine corporea come l'immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro corpo e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti del nostro corpo, ovvero la rappresentazione soggettiva che il singolo ha del proprio corpo (Nerini et al., 2009).

Secondo Slade (1994), l'immagine corporea è costituita da una componente percettiva, una componente attitudinale, una affettiva e una comportamentale. Per quanto riguarda la componente percettiva, si fa riferimento a come la persona visualizza la taglia e la forma del proprio corpo. Dal punto di vista attitudinale si intende ciò che la persona pensa e conosce del proprio corpo. La componente affettiva fa riferimento ai sentimenti che la persona nutre verso il proprio corpo. Infine, l'elemento comportamentale fa riferimento alle attività e alle azioni che la persona rivolge al proprio corpo, per esempio l'alimentazione o l'attività fisica (Nerini et al., 2009). È chiaro che il costrutto di immagine corporea coinvolge la persona nella sua globalità e comprende l'insieme delle percezioni e degli atteggiamenti verso il proprio corpo, includendo pensieri, sentimenti, comportamenti, convinzioni (Cash, 2002).

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale, alla base dell'immagine corporea ci sono i concetti di *body image evaluation* e *body image investment* (Cash, 2002). Il primo si riferisce alla soddisfazione o insoddisfazione per il proprio aspetto fisico derivante dalla congruenza, o discrepanza, tra la percezione del proprio corpo e gli ideali estetici interiorizzati. Il secondo concetto riguarda l'importanza psicologica (cognitiva e comportamentale) che le persone attribuiscono al proprio aspetto fisico.

Indipendentemente dalle varie definizioni, l'immagine corporea è la rappresentazione di un corpo che cambia continuamente. Di conseguenza la creazione dell'immagine corporea è in

continuo divenire; questo continuo cambiamento è funzionale a mantenere un'immagine coerente di sé. Lo sforzo per mantenere tale coerenza si interrompe in vari momenti dello sviluppo, in particolare in adolescenza e durante la vecchiaia, quando è necessario integrare all'immagine corporea i vari cambiamenti subiti dal corpo (Lemma, 2005). Nei periodi critici in cui il corpo subisce dei cambiamenti, può avvenire un mancato adattamento della persona al proprio "corpo cambiato" e una mancata elaborazione/accettazione delle nuove caratteristiche del proprio aspetto fisico. Questo processo è simile a quello che avviene nelle persone che vedono il proprio corpo cambiare a seguito di malattie, interventi, terapie farmacologiche, etc. In queste situazioni può venire a mancare un senso di continuità e di accettazione del corpo come proprio (per esempio, a causa di "corpi estranei" come le cicatrici, protesi etc.). Un esempio di tali convinzioni nell'ambito dell'endometriosi è la colpa che la donna attribuisce al proprio corpo come incapace di procreare o di svolgere le normali attività quotidiane.

In particolare, quando parliamo di endometriosi, il dominio affettivo e percettivo del corpo sono altamente rilevanti. Di fronte all'elevato carico sintomatico caratterizzante la patologia, è necessario andare a osservare come l'individuo risponde emotivamente al proprio corpo (l'immagine affettiva del corpo) e quanto è in grado di apprezzare la funzionalità del corpo (apprezzarlo e accettarlo per come è) (Sayer-Jones & Sherman, 2022).

Recentemente sono state condotte alcune ricerche che hanno indagato gli impatti negativi dell'endometriosi sull'immagine corporea, che sono principalmente legati all'aumento di peso dovuto al trattamento ormonale, alle cicatrici da chirurgia (Rush & Misajon, 2018; Geller et al., 2021) e al pallore derivante da forti emorragie e anemia (Moradi et al., 2014). Il disagio legato all'immagine corporea negli individui con endometriosi è in parte il risultato di un processo di autocritica, che inibisce l'apprezzamento della funzionalità del proprio corpo. C'è, infatti, l'auto-percezione da parte delle donne con endometriosi di essere viste negativamente, giudicate come poco attraenti e senza valore a causa della discrepanza tra il loro corpo e gli ideali corporei sociali (Geller et al., 2021). Queste autovalutazioni negative conducono, nella maggior parte dei casi, a sviluppare forme di ansia e depressione (Geller et al., 2021). Infatti, la presenza di un'immagine corporea negativa è risultata associata a una minore autostima e a un aumento dei sintomi di depressione e ansia tra i pazienti con endometriosi (Facchin et al., 2018; Facchin et al., 2017).

In uno studio condotto da Sayer-Jones e Sherman (2022), è stato indagato l'impatto affettivo e percettivo sull'immagine corporea nel contesto dell'endometriosi. Tre temi sono stati sviluppati dall'analisi qualitativa dei dati: "Il mio corpo è una barriera", "Ho bisogno di nascondermi" e "Corpo come guaritore e insegnante".

Per quanto riguarda il primo tema, “Il mio corpo è una barriera”, si è visto che l’endometriosi veniva considerata una forza maligna che ostacolava il modo in cui le partecipanti percepivano i loro corpi, in relazione all’apprezzamento della funzionalità del corpo. È stata inoltre osservata una incapacità di sincronizzazione mente-corpo a causa dei sintomi duraturi ed intermittenti. Per quanto concerne la seconda tematica, “Ho bisogno di nascondermi”, le partecipanti hanno riportato di avere modificato le proprie scelte di abbigliamento in presenza dei sintomi di endometriosi, al fine di nascondere alcune parti del corpo (la pancia da “endo”) e di ridurre il disagio. Infine, per quanto riguarda la terza tematica, “Corpo come guaritore e insegnante”, le partecipanti hanno riportato come l’educazione post diagnosi di endometriosi le abbia aiutate a cambiare la percezione del proprio corpo, ad avere una maggiore consapevolezza circa i sintomi, andando a ridurre, di conseguenza, l’ansia correlata alla sintomatologia. Inoltre, grazie alla diagnosi, si è fornito un linguaggio utile a trattare e condividere il vissuto doloroso, andando ad alleviare l’isolamento emotivo delle donne affette e apprezzando la funzionalità del corpo nel contesto di avere una malattia cronica. In questo senso si può definire la diagnosi come un evento riparativo nella capacità delle partecipanti di fidarsi dei loro corpi. È emerso inoltre che le partecipanti più anziane avevano maggiori probabilità di segnalare difficoltà relative al funzionamento sessuale, all’aumento di peso e alla fertilità, mentre le partecipanti più giovani provavano maggiore insoddisfazione per il corpo, mostrando un continuo e frequente confronto con donne sane e attive (Sayer-Jones & Sherman, 2022).

2.1.2 Insoddisfazione corporea

L’insoddisfazione corporea (*body dissatisfaction*) è un costrutto multidimensionale che riguarda le valutazioni soggettive negative del proprio corpo nel suo aspetto più generale e negli aspetti più specifici (Stice & Shaw, 2002). Diversi modelli sono stati elaborati con l’obiettivo di spiegare lo sviluppo dell’immagine corporea e della *body dissatisfaction* nella popolazione generale. I modelli più accettati sono: il Modello tripartito di influenza di Thompson et al. (1999), la Teoria del confronto sociale di Festinger (1954) e la Teoria dell’oggettivazione di Fredrickson e Roberts (1997). Nonostante intercorrano alcune differenze, i tre modelli riportano la centralità di alcune variabili come i *mass media*, i pari e la famiglia; a mediare l’influenza di questi fattori vi sarebbero processi di interiorizzazione degli *standard* estetici e il confronto sociale.

Nel contesto di una patologia cronica come l’endometriosi, i cambiamenti corporei possono essere molto repentini e inaspettati. Di fronte a un corpo con nuove caratteristiche, le donne con

endometriosi possono presentare difficoltà a riconoscersi nel proprio corpo e ad accettarlo per come si è trasformato.

Spesso si presenta una percezione alterata del proprio valore personale a cui segue un notevole impatto sul rapporto con la propria femminilità (Melis et al., 2015), e vengono sperimentati sentimenti di invidia, rabbia e vergogna (Jones et al., 2004). Si può affermare, in linea generale, che le donne con endometriosi tendono a essere più preoccupate del loro corpo rispetto alle donne senza endometriosi e ciò può essere dovuto alle limitazioni funzionali e ai cambiamenti nell'aspetto fisico seguito della patologia (Melis et al., 2015).

Melis e colleghi (2015) hanno condotto uno studio con lo scopo di valutare la funzione sessuale, la qualità della vita e l'immagine corporea percepita delle donne con endometriosi profonda. Il campione di donne indagate era composto da 81 donne: il gruppo sperimentale comprendeva 41 donne con endometriosi profonda, mentre il gruppo di controllo comprendeva 40 donne senza endometriosi. Tutte le donne coinvolte erano in età fertile (18-45 anni).

La funzione sessuale è stata valutata utilizzando la versione italiana del Female Sexual Function Index (FSFI; Nappi et al., 2008; Rosen et al., 2000). Il FSFI è un questionario di autovalutazione che valuta sei domini: desiderio, eccitazione, lubrificazione, orgasmo, soddisfazione e dolore.

La qualità della vita è stata valutata utilizzando lo Short Form 36 (SF-36, Jenkinson et al., 1993), questionario di autovalutazione che consente di avere informazioni circa lo stato di salute generale, facendo riferimento all'analisi della salute fisica e mentale.

Infine, per indagare la dimensione corporea, è stato utilizzato il Body Attitude Test (BAT, Santonastaso et al., 1995), questionario di autovalutazione che misura l'atteggiamento nei confronti del proprio corpo, rilevando i casi di percezione corporea negativa, mancanza di familiarità con il proprio corpo e insoddisfazione generale nei confronti del proprio corpo.

La somministrazione del FSFI ha mostrato che le donne con endometriosi riportavano una maggiore frequenza e intensità di dolore durante e dopo la penetrazione. Sono inoltre emerse differenze significative tra il gruppo sperimentale e quello di controllo per quanto concerne il dominio del desiderio. Negli altri domini (orgasmo, lubrificazione, soddisfazione e eccitazione) le differenze non erano statisticamente significative.

I risultati del SF-36 hanno evidenziato punteggi significativamente più bassi nel gruppo sperimentale, relativamente sia alla salute fisica che alla salute psicologica.

Il BAT ha rilevato che le partecipanti con endometriosi profonda avevano un minore apprezzamento del proprio corpo, un minore grado di familiarità e una maggiore insoddisfazione generale nei confronti del proprio corpo.

È stata, quindi, confermata l'ipotesi di ricerca: le donne con endometriosi presentano una compromissione della salute sessuale, della salute generale e dell'immagine corporea. L'endometriosi e il dolore cronico interferiscono in maniera decisiva nel rapporto con il proprio corpo, favorendo un minore apprezzamento per il proprio corpo, la presenza di insoddisfazione corporea generale e creando un'immagine corporea negativa. Infine, per quanto concerne la mancanza di familiarità con il proprio corpo, essa può essere spiegata come meccanismo di *coping* che permette alle donne con endometriosi e con dolore cronico di prendere distanza dal proprio corpo.

I risultati di questa ricerca sono supportati da dati ottenuti anche in altri progetti di studio della patologia. Ad esempio, Facchin e colleghi (2017) hanno dimostrato che le donne con endometriosi che riportavano alti livelli di ansia e depressione presentavano un senso generale negativo di identità femminile con una minore autostima e un'immagine corporea peggiore rispetto alle pazienti senza sintomatologia ansiosa o depressiva (Facchin et al., 2017).

Niekerk et al. (2022) hanno condotto uno studio con lo scopo di esaminare il modo in cui le donne con endometriosi si relazionano con il loro corpo, considerando i significativi sintomi fisici e psicologici e la riduzione della HRQoL associata alla condizione. Le partecipanti erano divise in un gruppo di controllo (-Endo) pari a 420 individui e un gruppo sperimentale (+ Endo) pari a 318 individui. I risultati hanno fornito supporto all'ipotesi di partenza, ovvero che le donne con endometriosi avrebbero riportato livelli più bassi di HRQoL e di immagine corporea rispetto alle donne senza endometriosi. Infatti, il BAT (Probst, e al., 1995), impiegato anche in questa ricerca, ha riportato livelli statisticamente più alti di insoddisfazione corporea, minore apprezzamento del proprio corpo e mancanza di familiarità con il proprio corpo nel gruppo sperimentale.

I dati emersi nelle ricerche qui menzionate, dimostrano che le donne con endometriosi riportano generalmente insoddisfazione per l'aspetto fisico e la sensazione di essere disconnesse dal loro corpo. A fronte di quanto detto, si può affermare che la patologia, oltre al carico propriamente sintomatico, comporta una rappresentazione di sé e del proprio corpo negativa.

2.1.3 Autostima

Il ruolo dell'autostima è centrale nella costruzione dell'immagine corporea e nella revisione di questa in seguito a particolari cambiamenti. Le ricerche hanno evidenziato che una buona autostima risulta essere un fattore protettivo rispetto all'insoddisfazione corporea (Van der Berg et al., 2007). Infatti, è stato dimostrato che le ragazze con un'alta autostima, di solito,

non interiorizzano l'ideale socioculturale di magrezza e ciò comporta una riduzione dell'insoddisfazione corporea (Caqueo-Urizar et al., 2011).

Si può definire l'autostima come il senso personale e soggettivo del proprio valore, l'apprezzamento che si ha di sé, il modo in cui la persona si valuta e si apprezza (Blascovich & Tomaka, 1991). In linea generale è la componente valutativa del sé, inteso come composto da aspetti cognitivi, comportamentali e affettivi (Blascovich & Tomaka, 1991). Nel contesto dell'endometriosi, Choi & Jun (2005) hanno condotto uno studio per valutare i possibili fattori che influenzano la depressione. All'interno di tale ricerca si è utilizzato anche il Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) per valutare l'autostima nelle donne con la patologia. È emersa una correlazione significativamente negativa tra depressione e autostima. L'analisi di regressione multipla ha rivelato che il più potente predittore di depressione nelle donne con endometriosi era la bassa autostima.

Facchin e colleghi (2019) hanno esaminato le credenze riguardanti la maternità, l'identità femminile e l'infertilità e se queste andassero a minare la salute psicologica in 127 donne con endometriosi. Per valutare l'autostima è stata impiegata la Rosenberg Self Esteem Scale (RSES; Prezza et al. 1997; Rosenberg, 1989). Per valutare l'ansia e la depressione è stata utilizzata la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Costantini et al., 1999; Zigmond e Snaith, 1983).

Considerando l'intero campione, è emerso che un numero rilevante di partecipanti (41%) era clinicamente depresso, con HADS-Total ≥ 15 mentre i valori di autostima, i cui punteggi si trovano in un *range* compreso da 10 a 40, variavano da 17 a 40 (RSES: $31,8 \pm 4,7$). Lo studio di Facchin conferma la relazione tra la presenza di dolore pelvico e compromissione della salute psicologica dimostrando che il dolore pelvico è associato a una minore autostima. Infatti, le pazienti clinicamente in difficoltà (con HADS-Total ≥ 15) tendevano a credere che le donne senza figli fossero meno apprezzate socialmente delle donne con figli e che l'infertilità potesse influenzare negativamente il modo in cui le donne vengono viste dagli altri. Esse erano particolarmente preoccupate per il fatto di essere percepite come inferiori e difettose dagli altri. Questa situazione psicologica è stata definita dalla letteratura come "vergogna esterna", cioè sentimenti di vergogna derivanti dalle percezioni di essere considerati dagli altri come inadeguati e imperfetti.

Bianco e colleghi (2021) hanno condotto una ricerca per valutare la qualità della vita e l'autostima in donne con endometriosi utilizzando i dati normativi ottenuti nella popolazione

generale. È stato raccolto un campione di 36 donne con endometriosi che hanno completato un questionario rilevando la frequenza dell'attività fisica, l'autostima, la qualità della vita e le informazioni socioeconomiche. È stato poi usato un t-test per confrontare i dati di questo particolare gruppo con quelli della popolazione generale italiana. Le ipotesi iniziali prevedevano una minore autostima nel gruppo di donne con endometriosi, rispetto alla popolazione generale, dovuto ai sintomi propri della patologia che possono limitare l'attività quotidiana delle donne portando a un senso di insoddisfazione generale nei confronti del sé o a seguito dell'infertilità, alla dispareunia e alla mancanza di una relazione sessuale. Per valutare l'autostima è stato impiegato il Rosenberg Self- Esteem Scale (Prezza et al., 1997) mentre per misurare la qualità della vita è stato utilizzato lo Short Form Health Survey (SF-36) (Apolone et al., 1998).

Dal confronto con i punteggi normativi della popolazione sono emerse differenze non significative in quasi tutte le scale del SF-36 ad eccezione della scala relativa alla vitalità, dove le donne con endometriosi hanno ottenuto punteggi più bassi rispetto ai dati normativi. I livelli di autostima erano più alti nel campione con endometriosi rispetto ai risultati per la popolazione generale di donne con livello di istruzione medio-basso.

I risultati hanno contraddetto le ipotesi di ricerca iniziali in quanto il campione ha presentato elevati livelli di autostima e una normale qualità della vita, fatta eccezione per la scala della vitalità, dove i risultati sono risultati inferiori ai punteggi normativi. Questi risultati devono essere interpretati considerando alcuni fattori: i dati sono stati raccolti in un ospedale situato in una zona povera della città, dove le persone presentavano uno status socioeconomico basso e un basso livello di istruzione. Poiché questi individui erano caratterizzati da scarse capacità comunicative, è molto probabile che i risultati dello studio possano essere stati distorti per questo fattore. Anche se alcune donne provavano dolore o si sentivano meno capaci delle altre, la tendenza era di sopprimere questi pensieri.

2.2 Altre conseguenze sul piano psicologico dell'endometriosi

In aggiunta all'insoddisfazione corporea, le donne con endometriosi si trovano ad affrontare altre importanti conseguenze sul piano psicologico. Tra le emozioni prevalenti vi sono paura, rabbia, senso di colpa, vergogna, depressione e ansia. Inoltre, il dolore cronico può influenzare la qualità del sonno, accentuare lo *stress*, limitare le attività sociali e lavorative.

In particolar modo, Caviggioni et al. (2014) hanno rilevato una maggiore prevalenza di depressione, disturbi d'ansia e *stress* in donne con endometriosi rispetto alla popolazione generale. Sia l'ansia sia la depressione aumentano la percezione del dolore, e il dolore

compromette la sfera emotiva: in questo modo si va a creare un circolo vizioso (Blackburn & Blackburn, 2021). Inoltre, è stata rilevata una chiara associazione tra la mancanza di sonno e la depressione. Il *deficit* di sonno si associa a un peggioramento dell'umore, favorendo la depressione e una percezione maggiore del dolore (Lagana et al., 2015).

In linea generale sembra che le donne affette da **endometriosi** si presentino come più introversive e ansiose rispetto a coloro che sono affette da altre patologie ginecologiche (Low et al., 1993).

Lo stato psicologico va, inoltre, a influenzare la sfera sessuale. Le donne con endometriosi, in linea generale, riportano minor desiderio sessuale, minore eccitazione e paura del dolore che provano durante il rapporto (dispareunia), elemento che potrebbe portare a un distanziamento all'interno della coppia. Si riducono, quindi, la qualità e il numero di rapporti sessuali (Ferrero et al., 2005). Il trattamento del dolore pelvico cronico dovrebbe, quindi, prendere in considerazione anche i problemi emotivi, sociali e sessuali causati dalla patologia, al fine di aumentare la qualità della vita e la soddisfazione sessuale delle donne con endometriosi (Tripoli, et al., 2011).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la sessualità umana è parte integrante della qualità di vita di ogni persona; è una necessità fondamentale e un aspetto dell'essere umano che non può essere separato dagli altri aspetti della vita (Tripoli et al., 2011). In uno studio condotto da Tripoli e al. (2011), il 40% delle persone con endometriosi, o con dolore pelvico cronico causato da altre malattie ginecologiche, sono risultate sessualmente insoddisfatte. Le partecipanti hanno riportato una diminuzione della frequenza dei rapporti sessuali, l'avversione sessuale e una ridotta espressione di sensualità. Questi dati possono essere spiegati dalla presenza del dolore durante il rapporto e dal deterioramento della qualità complessiva della vita e del profilo fisico e psicologico. È stato inoltre notato, che le pazienti, di fronte all'idea di fare sesso, si sentivano in apprensione per il fatto che avrebbero sentito dolore durante il rapporto (Tripoli e al., 2011).

È ormai largamente accettato che il dolore cronico non sia spiegabile facendo riferimento solamente alle variabili mediche, in quanto non correla, come già visto, con la gravità della malattia. Sembra che ad avere un impatto maggiore siano le variabili psicologiche (Vercellini et al., 2007). Esse sono centrali nell'adattamento psicologico alla malattia e modulano l'intensità percepita e la tolleranza al dolore (McCracken & Zhao-O'Brien, 2009). Tra i diversi fattori psicologici coinvolti nell'endometriosi vi sono: convinzioni e interpretazioni, strategie di *coping*, ansia e depressione (Eriksen et al., 2008). Partendo da questo presupposto, diversi studi hanno analizzato l'impatto delle variabili psicologiche sulla comparsa di ansia e

depressione. Un dato interessante è che il *coping* sembra mediare il rapporto fra dolore e risposta emozionale e fra dolore e livello di funzionamento (Eriksen et al., 2008), elemento che supporta l'ipotesi che vi sia un coinvolgimento centrale dei tratti soggettivi e delle variabili psicologiche personali nel rapporto con la malattia.

Il *coping* riveste un ruolo importante rispetto alle conseguenze psicologiche dell'endometriosi perché potrebbe mediare la risposta emozionale al dolore e il grado con cui il dolore interferisce con il funzionamento psicosociale.

Depressione e ansia sono presenti in percentuale elevata fra le pazienti con endometriosi ma, né lo stadio della malattia né il dolore cronico correlano, come detto, con la fenomenologia ansiosa e depressiva (Sepulcri & Amaral, 2009), mentre risulta esserci una correlazione tra strategie di *coping* e ansia/depressione. Si può quindi affermare la presenza di una relazione biunivoca tra la malattia e la salute mentale. Se, da un lato, le conseguenze dell'endometriosi sembrano predisporre le pazienti alla sintomatologia ansiosa e depressiva, dall'altro lato, la presenza di ansia e depressione può aumentare la percezione del dolore pelvico e peggiorare i sintomi fisici della malattia.

2.2.1 Sintomatologia Depressiva

L'assenza di una correlazione tra l'entità dell'endometriosi e la presenza e l'intensità del dolore suggerisce, come già accennato, un possibile legame tra la personalità della donna colpita e la sua manifestazione di dolore (Low et al., 1993).

Le persone con disturbi affettivi e di personalità, per esempio, possono avere una bassa soglia di tolleranza al dolore ed essere quindi più sensibili.

Lorençatto et al. (2006) hanno utilizzato un questionario sulla depressione e hanno mostrato che il 92% delle donne con endometriosi ha sintomi di depressione, tra cui il 56% di intensità moderata o grave. Nonostante questi dati, la depressione è ancora sotto-diagnosticata e mal trattata nelle persone con endometriosi.

Lorençatto et al. (2006) ha confrontato la prevalenza della depressione tra un gruppo di donne con diagnosi di endometriosi e dolore pelvico cronico (CPP) e un gruppo di donne con endometriosi ma senza CPP. La presenza e il grado di depressione sono stati valutati utilizzando il *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck et al., 1961), strumento di autovalutazione che consente di identificare i sintomi della depressione (senso di colpa, ideazione suicidaria, senso di fallimento, distorsione dell'immagine corporea e altri). I risultati di questo studio mostrano che la depressione era presente nell'86% delle donne con CPP e nel 38% delle donne senza

dolore. All'interno dell'86%, il 34% delle donne soffriva di depressione lieve e il 52% di depressione moderata/grave, mentre nel secondo gruppo, il 24% delle donne aveva una depressione lieve e il 14% aveva una depressione moderata/grave. Dall'analisi di regressione multipla si è osservato che l'unica variabile significativamente associata alla depressione era il dolore pelvico cronico. Secondo questi dati, quindi, la depressione può essere il risultato dell'esperienza del dolore pelvico piuttosto che dell'endometriosi stessa.

Altri studi condotti a riguardo hanno supportato i dati emersi dalle ricerche di Lorencatto e al. (2006). Souza e al. (2011) hanno osservato il CPP era correlato a una qualità di vita inferiore e a maggiori sintomi psicologici (Souza e al., 2011).

In uno studio condotto da Sepulcri & Amaral (2009), sono stati valutati i sintomi depressivi, l'ansia e la qualità della vita in 104 donne con diagnosi di endometriosi pelvica presso due ospedali: l'Ospedale Santa Casa de Misericordia de Curitiba-Pontificia Universidade Catolica do Paraná, (Brasile) e il Dr. Lima Hospital di Cascavel (Brasile). Tutti gli strumenti impiegati sono stati tradotti in portoghese brasiliano e validati per l'uso.

Per valutare i sintomi depressivi sono stati utilizzati il Beck Depression Inventory (BDI, Gorenstein et al., 1998) e la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D, Moreno & Moreno, 1998). Per valutare i sintomi ansiosi sono stati impiegati lo *Spielberger STAI* (Spielberg et al., 1970) e l'*Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAM-A, Sepulcri & Amaral, 2009) e la versione breve (26-item) del *World Health Organization Quality of Life Assessment-BREF* (WHOQOL-BREF, Fleck et al., 2000).

Gli autori hanno mostrato che l'86,5% presentava sintomi depressivi e l'87,5% presentava ansia e, soprattutto, che i sintomi psicologici non erano associati allo stadio di endometriosi. Si è inoltre evidenziato che i sintomi depressivi aumentavano con l'avanzare dell'età, correlazione non presente con i sintomi ansiosi.

Diversi altri studi hanno cercato di indagare la relazione tra endometriosi, dolore pelvico e depressione o disturbi d'ansia; tra i molti si menzionano le ricerche di Low e al. (1993), di Laganà et al. (2015, 2017) che verranno presentati in seguito e quelli di Chen et al. (2016) e di Roth et al. (2011).

Nonostante le diverse ricerche e studi, ad oggi, non vi sono dati certi sul legame che unisce le diverse variabili. Sembra però chiara la presenza di un circolo vizioso: le malattie psicopatologiche (come ansia e depressione) andrebbero ad amplificare i sintomi di dolore nelle donne con endometriosi; l'aumento del CPP peggiorerebbe a sua volta le malattie psicopatologiche.

2.2.2 Sintomatologia Ansiosa

L'ansia è uno stato emotivo associato a una condizione di allerta e paura generalmente eccessiva rispetto alla reale situazione. Si tratta di un'emozione di base che comporta uno stato di attivazione dell'organismo che si prepara ad affrontare una situazione che viene percepita come pericolosa. Le reazioni fisiologiche legate all'ansia sono: palpitazioni, sudorazione, aumento della frequenza cardiaca, vertigini, etc. Low e al. (1993) hanno studiato la possibilità di creare un preciso profilo psicologico associato all'endometriosi. Sono state selezionate 81 donne con dolore pelvico, di cui 40 avevano ricevuto una diagnosi di endometriosi, mentre le altre 41 avevano altri problemi ginecologici (Low et al., 1993). Ogni donna ha compilato sei test psicometrici standardizzati: *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ, Eysenck & Eysenck, 1975), *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, 1972), *General Health Questionnaire* (GHQ, Goldberg & Williams, 1988), *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI, Spielberg et al., 1979), *The Golombok Rust Inventory of Marital State* (GRIMS, Rust et al., 1986) e *The Short-Form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ, Melzack, 1987). Questi strumenti sono stati utilizzati per valutare la personalità, la psicopatologia, lo stato coniugale e il dolore. I risultati dello studio hanno evidenziato che le pazienti con endometriosi hanno punteggi di psicoticismo, introversione e ansia più alti rispetto a quelli delle donne con altre condizioni ginecologiche (Low et al., 1993). Tuttavia, lo studio presenta un limite: non risulta chiaro se i tratti emersi come significativi in questo studio, fossero già presenti prima della patologia.

Anche lo studio di Laganà et al. (2015) ha indagato la qualità della vita, le emozioni negative (rabbia, ansia, depressione) e la possibile comorbidità psicopatologica in un campione di 166 donne con endometriosi. Lo studio è stato condotto su pazienti volontarie che hanno compilato un questionario online che ha esaminato le caratteristiche sociodemografiche e cliniche come il livello di istruzione, lo stato civile, il numero di bambini, il desiderio di prole, l'uso di sostanze, la presenza/assenza di dismenorrea, la presenza/assenza di dispareunia, la presenza/assenza di dolore pelvico cronico e la presenza/assenza di sanguinamento vaginale. I pazienti hanno inoltre completato i seguenti strumenti *self-report*: *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R, Prunas et al., 2012), *State-Trait Anger Expression Inventory-2* (STAXI-2, Spielberger, 1999), *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS, Zung, 1971), *Self-Rating Depression Scale* (SDS, Zung, 1965) e *Quality of Life Index* (QoL, Ferrans & Powers, 1985). I risultati hanno mostrato che la somatizzazione, la depressione, la sensibilità e l'ansia fobica sono più alte nelle pazienti con endometriosi che nelle donne senza endometriosi. Inoltre, gli stessi autori hanno

dimostrato che le donne con endometriosi sono caratterizzate da alti livelli di ansia e da un significativo calo della qualità della vita (Laganà et al., 2015).

Per concludere in uno studio tedesco condotto nell'ospedale universitario Charité a Berlino, è stata esaminata la prevalenza di disturbi d'ansia e depressione in 150 pazienti: nel complesso, il 48 % delle donne ha mostrato sintomi di depressione e il 62 % ha avuto sintomi di ansia (Schute, 2011).

Friedl e colleghi (2015) hanno condotto uno studio per esaminare l'impatto dell'endometriosi sul benessere psicologico, sulla qualità della vita, sull'incidenza di ansia e depressione in 62 donne con endometriosi, reclutate in un centro di assistenza terziaria in Austria; il gruppo di controllo era composto da 61 donne sane. È stato impiegato il SF-36 (Bullinger, 2000) e l'Endometriosis Health Profil (EHP-30, Jones et al., 2001) per misurare la qualità della vita nelle pazienti con endometriosi; l'Hospital Anxiety and Depression Scale-German Version, (HADS-D, Herrmann-Lingen et al., 2005) per misurare ansia e depressione.

L' HADS-D ha mostrato la presenza di ansia nel 29 % delle donne con endometriosi e il 9,7 % delle pazienti ha dichiarato di aver già sofferto di un disturbo d'ansia prima dell'insorgenza dei sintomi dell'endometriosi. I sintomi depressivi sono stati rilevati nel 14,6 % delle donne con la patologia e il 9,7 % delle pazienti ha riferito di aver sofferto di depressione prima della diagnosi di endometriosi. Tuttavia, non sono state riscontrate differenze significative per quanto riguarda i sintomi di depressione o ansia tra il campione delle pazienti e il campione di controllo. È importante sottolineare che lo studio è stato condotto su un campione di dimensione ridotta; ciò comporta un confronto limitato tra gruppo di controllo e gruppo sperimentale.

CAPITOLO III: INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE IL BENESSERE DELLE DONNE CON ENDOMETRIOSI

3.1 Interventi volti a migliorare il benessere delle donne che hanno avuto il cancro al seno

L'endometriosi è, come detto, una patologia di origine medica/fisiologica il cui intervento principale è quello chirurgico. Tuttavia, è importante non sottovalutare la natura dimensionale della malattia, tenendo presenti le molteplici implicazioni nei diversi ambiti di vita delle donne con la patologia. L'endometriosi presenta, come detto, una sintomatologia imponente, andando a impattare le relazioni amicali, amorose, l'ambiente lavorativo e il benessere personale delle donne. Le conseguenze fisiche, mentali, sociali e relazionali della patologia possono influire in maniera importante sull'individuo, portando a una riduzione della qualità della vita, del benessere e della salute mentale (Van Niekerk et al., 2002).

L'endometriosi, come già descritto nei capitoli precedenti, è una patologia le cui caratteristiche comportano un ritardo diagnostico elevato e, di conseguenza, una difficoltà a progettare interventi che possano essere attuati per aumentare la qualità della vita e migliorare il rapporto con il proprio corpo delle donne con la patologia. In aggiunta a questi motivi, bisogna tenere in considerazione che le variabili psicologiche svolgono un ruolo importante nel vissuto della patologia e, di conseguenza, influenzano *l'outcome* del trattamento a livello personale e psicologico delle donne con endometriosi.

Nel panorama scientifico, non sono a oggi ancora presenti ricerche scientificamente valide con risultati di efficacia appropriati riguardo a interventi volti a migliorare l'immagine corporea, l'autostima e il benessere generale delle donne con endometriosi.

Per questo motivo verranno successivamente presentati alcuni interventi testati e di cui è stata comprovata l'efficacia in altre patologie mediche che condividono alcune caratteristiche con l'endometriosi (ad esempio, l'impatto sul corpo del trattamento medico) con l'obiettivo di trarre possibili conclusioni relative all'intervento anche nel contesto dell'endometriosi. Verranno trattati, in primo luogo, alcuni interventi messi in atto nel contesto del cancro al seno volti ad incrementare l'autostima e l'immagine corporea. Successivamente, verrà presentato e discusso il tema del dolore cronico e la gestione di esso tramite alcune metodologie che hanno dimostrato di essere efficaci non solo nel contesto dell'endometriosi, ma anche in altre patologie, come la fibromialgia, caratterizzate da dolore cronico.

È presente una numerosa letteratura scientifica sul cancro al seno e sulle conseguenze di tale patologia nelle diverse aree di vita delle donne che ne sono affette. Il tumore al seno è la tipologia di cancro più comunemente diagnosticato alle donne in tutto il mondo (Ferlay et al.,

2015); i tassi di sopravvivenza a cinque anni dalla patologia sono compresi tra l'81,8% e il 91% negli Stati Uniti e in Europa (Siegel et al., 2016). Grazie a tale prognosi, è possibile osservare e studiare le conseguenze della malattia e del suo trattamento, andando a vedere quali aree risultano maggiormente colpite. In primo luogo, il cancro al seno ha un impatto significativo sull'aspetto fisico, sulle sensazioni corporee e sulla percezione di funzionalità del proprio corpo (Falk Dahl et al., 2010), andando a minare fortemente l'immagine corporea, la salute fisica e psicologica, il senso di identità e le relazioni interpersonali (Lam et al., 2012). Per questi motivi sono stati condotti diversi studi con l'obiettivo di migliorare l'immagine corporea, l'autostima e il rapporto con il proprio corpo nelle donne che hanno affrontato il trattamento per il cancro al seno. È stato scelto di indagare gli interventi nell'ambito di tale patologia in quanto vi sono numerose somiglianze con l'endometriosi, tra cui l'impatto sull'aspetto fisico. In aggiunta all'impatto delle due patologie sull'aspetto fisico, c'è un altro aspetto che caratterizza sia l'endometriosi sia il cancro al seno, che precedentemente non è stato approfondito ma che è in stretta relazione con le difficoltà nel rapporto con il proprio corpo: il funzionamento sessuale. Frequentemente vengono a verificarsi alcune disfunzioni sessuali come dispareunia e perdita o diminuzione del desiderio/piacere sessuale, che comportano, nell'esperienza della donna, paura di perdere la fertilità, un'immagine corporea negativa, perdita di femminilità, ansia e depressione (Emilee et al., 2010).

Alcune tra le principali conseguenze del cancro al seno e dei suoi successivi trattamenti sono la presenza di cambiamenti nell'aspetto corporeo e nella sua funzionalità. Mentre, da un lato, la chirurgia può comportare asimmetria del seno e presenza di cicatrici, le terapie adiuvanti e la chemioterapia possono portare alla perdita o assottigliamento dei capelli, affaticamento, dermatite e fluttuazione del peso corporeo (Lewis-Smith et al., 2018). L'insieme di tutti questi cambiamenti causa un notevole disagio a molte donne, determinando effetti negativi sull'immagine corporea durante e dopo il trattamento (Lemieux et al., 2008) e minacciando la soddisfazione generale (Paterson et al., 2016) e il senso generale di sé (Jabłoński et al., 2019). Per questi motivi, sono stati testati e valutati diversi interventi psicologici che affrontano le conseguenze legate all'immagine corporea delle donne sopravvissute al cancro al seno (Park et al., 2015). Successivamente verranno presentati i principali programmi psicologici impiegati nel contesto del cancro al seno. Successivamente, si presenteranno altri approcci basati sull'unione di psicoterapia, attività fisica e terapia artistica.

3.1.1 Interventi psicologici ed educativi

Gli interventi psicologici che hanno dimostrato maggiore efficacia sono programmi basati sull'approccio cognitivo-comportamentale, esistenziale, psicoeducativo, interpersonale e psicosociale (Blanco et al., 2014). È stato condotto uno studio in cui si è impiegata la psicoterapia interpersonale (IPT) nelle donne con disturbo depressivo maggiore (MDD) e con cancro al seno (Blanco et al., 2014), da cui è emerso un miglioramento significativo dei sintomi depressivi. Blanco e colleghi (2019) hanno condotto un ulteriore studio in cui sono stati utilizzati tre distinti trattamenti basati sull'evidenza per MDD: psicoterapia interpersonale (IPT), terapia di risoluzione dei problemi (PST) e psicoterapia di supporto breve (BSP) per donne depresse con cancro al seno. IPT, PST e BSP sono stati tutti associati a miglioramenti significativi in una vasta gamma di aspetti della depressione e della qualità della vita.

In linea generale, l'obiettivo degli interventi psicologici che hanno come *focus* l'immagine corporea è quello di ridurre il disagio psicologico fornendo alle donne strategie di *problem solving* e rilassamento, aventi l'obiettivo di migliorare la percezione del proprio corpo. Lewis-Smith e colleghi (2018) hanno evidenziato che le pazienti sopravvissute al cancro al seno percepivano come accettabili, fattibili ed efficaci gli interventi psicologici messi in atto per migliorare la *body image* (McLean et al., 2011). Sebri e colleghi (2021) hanno condotto una metanalisi per valutare l'efficacia dei diversi interventi psicologici sull'immagine corporea e sul funzionamento sessuale nelle donne con cancro al seno. Identificare quali interventi hanno un maggiore impatto sulla *body image* è fondamentale per sostenere l'accettazione dei sintomi e delle conseguenze della malattia, in particolare nelle malattie croniche come il cancro al seno e l'endometriosi. I risultati dello studio hanno mostrato risultati positivi sul miglioramento dell'immagine corporea degli interventi psicologici sia individuali sia di gruppo. Tuttavia, data la natura dimensionale del costrutto di immagine corporea, i risultati positivi ottenuti dall'impiego degli interventi psicologici non dipendono strettamente e solamente dalle caratteristiche specifiche di tali interventi ma anche dalla capacità di soddisfare le esigenze e le preferenze dei pazienti, tenendo in considerazione inoltre come e quando l'intervento viene fornito (Moller et al., 2019).

La terapia cognitivo-comportamentale è un approccio che si rivolge a pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali attraverso tecniche che includono la psicoeducazione, la ristrutturazione cognitiva e la desensibilizzazione sistematica. La letteratura ha dimostrato che gli interventi basati sull'approccio cognitivo-comportamentale, erogati singolarmente, in coppia o in gruppo, portano a un miglioramento dell'immagine corporea dopo l'intervento

(Baucom et al., 2009; Fadaei et al., 2011; Sebastian et al., 2008). È stato dimostrato inoltre che è presente, negli studi in cui sono state condotte delle valutazioni di *follow-up*, un mantenimento dei miglioramenti ottenuti a seguito dell'intervento dopo sei (Sebastian et al., 2008) e dodici mesi (Baucom et al., 2009). Santos e Souza (2019) hanno condotto uno studio per analizzare la letteratura sul tema della reintegrazione psicosociale nelle donne con il cancro al seno. I risultati della ricerca hanno dimostrato che uno dei principali *focus* degli studi riguarda l'adattamento emotivo, ovvero i benefici emotivi che le donne ricevono nel frequentare un gruppo di supporto, che permette loro di condividere la loro sofferenza, andando ad alleviare il carico emotivo derivante dalle preoccupazioni conseguenti alla diagnosi e, di conseguenza, andando a diminuire la vulnerabilità alla depressione nelle donne con carcinoma mammario (Palesh et al., 2007). Inoltre, gli studi concordano su una diminuzione dei livelli di ansia (Classen et al., 2008; Dolbeault et al., 2009; Spiegel et al., 2007). Infine, è emerso che le donne che hanno partecipato ai gruppi di sostegno hanno ottenuto miglioramenti nella qualità della vita e, più in generale, la "qualità psicologica", intesa come progresso nella salute mentale e nel benessere psicologico (Emslie et al., 2007; Kissane et al., 2007; Namkoong et al., 2010).

L'efficacia dei gruppi di supporto vede riscontri positivi anche nell'adattamento psicosociale delle donne con il cancro al seno, indipendentemente dalla durata della loro partecipazione (Vos et al., 2006; 2007), fattore che contribuisce al miglioramento generale della qualità della vita (Bordeleau et al., 2003). È stato riscontrato inoltre, che i gruppi di sostegno aiutano a ridurre lo *stress* emotivo e migliorano le capacità delle donne di far fronte ai fattori di *stress* e alla malattia stessa (Dolbeault et al., 2009; Stang & Mittelmark, 2008; Vos et al., 2007).

Per quanto riguarda invece altri tipi di interventi psicologici, Kalaitzi e colleghi (2007) hanno valutato l'efficacia di un intervento psicosessuale di coppia di sei sedute. Sono stati riscontrati miglioramenti significativi nei punteggi relativi all'immagine corporea, nella soddisfazione relazionale, nell'adattamento sessuale, nei punteggi di depressione e ansia di stato.

Helgeson e colleghi (1999) hanno condotto il più grande studio randomizzato controllato che ha valutato l'efficacia di un intervento educativo su 312 pazienti con carcinoma mammario. Le pazienti sono state assegnate in modo casuale a una delle quattro condizioni: controllo, psicoeducazione, discussione tra pari o psicoeducazione più discussione tra pari. Sono stati osservati effetti positivi nel gruppo educativo nell'immagine corporea, nell'autostima e nei pensieri riguardo alla malattia. Tali conseguenze positive sono rimaste costanti anche dopo sei mesi di *follow-up*. Questa tipologia di interventi educativi utilizza alcuni dei principi cognitivi e comportamentali, spesso concentrandosi sul fornire supporto emotivo attraverso la

discussione tra pari e il supporto informativo attraverso la psicoeducazione. Vengono infatti aumentate le conoscenze sul cancro al seno, sugli effetti della malattia e del trattamento che hanno l'obiettivo di aumentare la percezione di autoefficacia delle pazienti, che, avendo maggiori informazioni circa la propria malattia, sentono di poterla gestire meglio. Anche i risultati dello studio di Oliveira e colleghi (2008) hanno dimostrato che attività educative e laboratori, svolte in gruppo, apportano benefici alle donne che li frequentano, in termini psicosociali e di qualità della vita. Secondo alcuni autori, i gruppi che hanno una struttura psicoeducativa sono più efficienti dei gruppi che, invece, non presentano questa configurazione (Classen et al., 2008).

3.1.2 Terapie miste

In aggiunta alla terapia prettamente psicologica, la letteratura dimostra l'efficacia di approcci nuovi e misti. Tra questi vi sono interventi basati sulla psicoterapia, esercizio fisico e terapia artistica (o danza) per migliorare il benessere delle donne con il cancro (Björneklett et al., 2012; Björneklett et al., 2013). A tale proposito, Björneklett e colleghi (2012; 2013) hanno condotto uno studio per valutare l'effetto dell'intervento di supporto, dopo il trattamento del cancro al seno, sulla qualità della vita legata alla salute (HRQoL), sulla depressione, sull'ansia e sull'affaticamento. L'ipotesi degli autori era che l'intervento avrebbe avuto un possibile effetto benefico in tutti questi parametri. Le donne del gruppo di intervento hanno partecipato a un programma di supporto di una settimana con una sessione di *follow-up* dopo due mesi. L'intervento ha avuto luogo entro quattro mesi dalla fine del trattamento adiuvante (chemioterapia e radioterapia) e ha incluso un soggiorno di sette giorni presso la Fondazione di Lustgården Mälardalen Resort, dove i partecipanti hanno ricevuto informazioni sull'eziologia del cancro, sui fattori di rischio, sul trattamento, sugli effetti fisici e psicologici e sulle strategie di coping. In aggiunta a tale intervento psicoeducativo, il gruppo di intervento ha svolto sessioni di esercizio fisico, rilassamento, *Qi-gong* (un insieme di pratiche ed esercizi fisici collegati alla medicina tradizionale cinese e alle arti marziali, che pongono il *focus* sulla respirazione, concentrazione, meditazione), *art-therapy* e terapia della danza. Sono state inoltre fornite attività sociali, come concerti, visite a musei e ristoranti. Sia il gruppo di controllo, sottoposto alle cure di *routine*, sia il gruppo di intervento hanno risposto ad alcuni questionari alla *baseline* (dopo la randomizzazione ma prima dell'intervento) e dopo due, sei e dodici mesi. È stato poi condotto un *follow-up* a lungo termine dei partecipanti a questo studio, cinque e nove anni dopo la randomizzazione. Confrontando i valori del gruppo di intervento e di controllo, con il *follow-up* a lungo termine, c'è stato un miglioramento significativamente maggiore nel gruppo di

intervento per quanto riguarda la funzione emotiva, la funzione cognitiva, l'affaticamento, l'immagine corporea e la prospettiva futura. L'intervento di gruppo di supporto, compresa la psicoeducazione sulla malattia e le reazioni psicologiche, mescolate con l'arte e la terapia della danza, il *Qi-gong* e il rilassamento, hanno dimostrato influenzare positivamente i livelli di ansia nel tempo, mentre i livelli di depressione non sono stati influenzati dall'intervento. Infatti, per quanto riguarda l'ansia, è stata osservata una diminuzione a due, sei e dodici mesi nella percentuale di donne nel gruppo di intervento che presentavano ansia. Per quanto concerne invece la depressione, la percentuale di donne con punteggi alti è leggermente diminuita nel tempo nel gruppo di intervento, mentre c'è stato un aumento della proporzione con punteggi alti nel gruppo di controllo a due e sei mesi, e successivamente un calo tra sei e dodici mesi. La mancanza di associazione tra supporto psicologico e depressione potrebbe essere dovuta ai bassi livelli iniziali di depressione tra le pazienti; infatti, il 7% delle pazienti nel gruppo di intervento e il 9% nel gruppo di controllo avevano un punteggio di depressione elevato, mentre il 22% nel gruppo di intervento aveva un alto punteggio di ansia, rispetto al 18% nel gruppo di controllo.

Speck e colleghi (2010) hanno condotto uno studio il cui scopo era valutare l'impatto di un intervento di allenamento della forza (bisettimanale) sulla percezione dell'immagine corporea in 234 donne sopravvissute al cancro al seno (112 con linfedema) che hanno partecipato allo studio *Physical Activity and Lymphedema* (PAL). Lo strumento centrale di questa analisi è stata la *Body Image and Relationships Scale* (BIRS, Hormes et al., 2008), che misura le percezioni del proprio corpo (auto-percezione), della salute, della forza fisica, della sessualità, delle relazioni e del funzionamento sociale nelle donne diagnosticate e trattate per il cancro al seno. Dallo studio è emerso che l'intervento di allenamento della forza (PAL) ha avuto effetti benefici su tutti i domini indagati dal BIRS. A dodici mesi dalla *baseline*, sono stati osservati miglioramenti significativi nel punteggio totale del BIRS nel gruppo di intervento e cambiamenti significativi nella forza della parte superiore e inferiore del corpo. Anche la ricerca di Mehnert e colleghi (2011) ha dimostrato che un programma di esercizi fisici di gruppo a frequenza bisettimanale della durata di dieci settimane ha portato ad un miglioramento nei livelli di ansia, depressione e immagine corporea individuale. Sulla base dei risultati di interventi aerobici condotti anche da altri autori (Sandel et al., 2005; Burnham et al., 2002; Mock et al., 2001) si ipotizza che l'allenamento della forza avrebbe un effetto benefico sulla qualità della vita generale; ciò potrebbe mediare l'influenza dell'intervento sul miglioramento delle percezioni dell'immagine corporea, dato che è stato dimostrato che la *body image* è collegata alla qualità della vita negli studi sui sopravvissuti al cancro al seno.

Un'altra tipologia di interventi messi in atto nel contesto del cancro al seno riguarda programmi educativi cosmetici progettati per aiutare le pazienti a gestire gli effetti collaterali correlati all'aspetto fisico, con l'obiettivo di innalzare l'autostima e promuovere un'immagine corporea positiva. “*Look Good...Feel Better*” è uno dei principali programmi internazionali implementato dal 1989 negli Stati Uniti con lo scopo di fornire un corso di educazione ai cosmetici (Taggart et al., 2009); si è visto che le pazienti sottoposte a tale intervento sperimentano un significativo miglioramento dell'immagine di sé, dell'interazione sociale e una riduzione dell'ansia. Questo intervento è un *workshop* della durata di due ore che mira a migliorare l'autostima, l'immagine di sé e fornire supporto sociale (Taggart et al., 2009). Il valore di questo programma è supportato anche da ricerche precedenti. Manne e colleghi (1994) hanno dimostrato un innalzamento dell'umore e dell'attrattiva personale percepita nelle donne che avevano seguito un programma educativo cosmetico. Inoltre, Park e colleghi (2015) hanno condotto uno studio in cui sono state reclutate 31 donne con cancro al seno, che hanno ricevuto un programma di educazione ai cosmetici, e 29 donne con cancro al seno che hanno costituito il gruppo di controllo e non hanno ricevuto il trattamento sperimentale. Sono stati valutati diversi fattori psicologici, tra cui il disagio, l'autostima e il funzionamento sessuale, tre volte (prima e dopo il programma e al *follow-up* di un mese). Dopo il programma, le pazienti del gruppo di trattamento avevano significativamente meno probabilità di sperimentare angoscia e di utilizzare l'evitamento come stile di *coping* per fare fronte al cancro; tuttavia, non è stato osservato alcun effetto significativo sull'autostima, probabilmente in quanto è stato osservato che l'autostima nelle donne coreane è fortemente correlata al sostegno familiare ed è influenzata dall'ambiente circostante dallo stato di salute percepito, dalle credenze religiose, dallo stato economico e dalla fatica (Tae et al., 2012). I risultati dello studio mostrano punteggi più alti sul funzionamento e sulla soddisfazione sessuale nel gruppo di trattamento rispetto al gruppo di controllo dopo il trattamento anche se tale breve programma non si è focalizzato direttamente sulla disfunzione sessuale (Emilee et al., 2010). Si conclude quindi ritenendo che vi sia una possibile utilità di programmi di educazione ai cosmetici di breve durata per ridurre l'angoscia e il fare affidamento su strategie di *coping* negative. Infine, un'ulteriore ricerca (Quintard & Lakdja, 2008) ha supportato i benefici dell'intervento di educazione cosmetica. Gli autori hanno assegnato casualmente cento donne con cancro al seno a un gruppo che riceveva trattamenti di bellezza durante il ricovero o a un gruppo di controllo. Il disagio psicologico, l'immagine corporea e il *coping* sono stati valutati due volte durante il periodo di ospedalizzazione: il giorno prima dell'intervento chirurgico (*baseline*) e sei giorni dopo. Una valutazione di *follow-up* è stata effettuata tre mesi dopo. Si è osservato che, sebbene questi

trattamenti non alleviassero direttamente il disagio psicologico, avessero un impatto benefico sull'immagine corporea e andavano a rafforzare il supporto sociale e l'autostima delle pazienti.

3.2 Dare voce al dolore

Una delle principali cause per cui vi è un ritardo nella diagnosi dell'endometriosi è la tendenza alla normalizzazione di un dolore che diventa invalidante. Vi è, infatti, la credenza, da parte di molte donne, che provare dolore nel periodo delle mestruazioni sia normale e, addirittura, anche durante i rapporti sessuali. Tale atteggiamento di “normalizzazione” comporta un meccanismo in cui a quel dolore cronico non viene data importanza, anzi viene continuamente sminuito dalla donna che lo prova *in primis*, ma anche dal personale medico e sanitario. Di conseguenza, sarebbe auspicabile mettere in atto un piano di sensibilizzazione in cui si attui un processo di discussione del dolore, in modo tale da rilevare, con maggiore anticipo, eventuali problematiche patologiche. Mentre dal punto di vista medico-farmacologico la letteratura evidenzia l'efficacia dei FANS (Farmaci antinfiammatori non steroidei) sulla dismenorrea primaria e come trattamento di prima linea del dolore associato all'endometriosi (Marjoribanks *et al.*, 2015), dal punto di vista psicologico, relativamente alla gestione del dolore, non vi sono studi consolidati con prove di efficacia; per tale motivo verranno riportate alcune ricerche condotte con lo scopo di indagare diversi aspetti dell'endometriosi e, maniera specifica, il dolore cronico proprio della patologia.

Considerato che, come precedentemente detto, vi è una forte influenza dei fattori psicologici nella percezione del dolore (Eriksen, *et al.*, 2008), una possibile ipotesi di intervento potrebbe essere quella di valutare le convinzioni sul dolore, le interpretazioni e la percezione di controllabilità della singola donna per andare a modificare l'impatto che hanno sul benessere e sulla qualità della vita. Diversi studi hanno messo in evidenza come vi sia un abbassamento della qualità della vita e della soddisfazione sessuale nelle donne con endometriosi. Giuliani e colleghi (2015) hanno condotto uno studio per indagare la qualità della vita auto-percepita, la soddisfazione sessuale e la percezione del dolore, confrontando le risposte date dalle donne con la patologia e dalle donne sane. I risultati hanno dimostrato la presenza di un maggior disagio psico-fisico nelle donne con endometriosi. È interessante notare che gli autori hanno indagato anche l'impatto di alcune variabili come lo stato civile, la presenza di un *partner* e di figli. È emerso che la presenza di un compagno/a potrebbe essere un fattore protettivo nell'esperienza del dolore.

Armour e colleghi (2021) hanno condotto una ricerca per esaminare come l'uso di *cannabis* veniva impiegato nel contesto dell'endometriosi e l'impatto sull'uso di altri farmaci. È emerso,

da parte delle donne che hanno fatto uso di *cannabis*, un miglioramento del sollievo dal dolore (95,5%) e il miglioramento del sonno (95,5%). Oltre tre quarti delle donne (81,4%) ha indicato che la *cannabis* ha ridotto il loro normale uso di farmaci e oltre la metà (59%) è stata in grado di interrompere completamente un farmaco, più comunemente gli analgesici. Gli oppioidi (40%) erano la classe più comune di analgesici interrotti. Si può concludere da tale studio, che la *cannabis* potrebbe essere un intervento efficace per il dolore e altri sintomi dell'endometriosi con potenziali effetti sostitutivi sull'uso di oppioidi.

In un altro studio (Armour et al., 2019) sono state indagate le strategie di auto-gestione utilizzate dalle donne con endometriosi. Le forme più comunemente utilizzate erano il calore (70%), il riposo (68%) e la meditazione o gli esercizi di respirazione (47%). Gli interventi fisici come lo *yoga*, *pilates*, lo *stretching* e l'esercizio fisico sono stati valutati come meno efficaci nella riduzione del dolore. La *cannabis*, il calore e i cambiamenti nella dieta sono stati, invece, i metodi valutati più efficaci. Infine, uno studio di Andysz e colleghi (2020), condotto in Polonia, ha evidenziato l'importanza di sostenere l'accettazione del dolore e aiutare a sviluppare e utilizzare strategie adattive di *coping* del dolore.

Per concludere vengono riportati i dati di una metanalisi condotta da Van Niekerk e collaboratori (2019) sugli effetti di alcuni interventi psicologici, nel contesto dell'endometriosi, volti a migliorare le strategie di *coping* e la minimizzazione della catastrofizzazione del dolore (Chiantera et al., 2017). Le attuali linee guida di trattamento indicano che le donne con diagnosi di endometriosi necessitano di una vasta gamma di trattamenti dati gli innumerevoli impatti psicologici, fisici, relazionali e l'abbassamento della qualità della vita (Dunselman et al., 2014). È stato osservato che il rilassamento muscolare progressivo (PMR) è associato a riduzioni significative del disagio psicologico e dell'intensità del dolore (Zhao et al. 2012). Una scoperta importante di tale analisi è stata l'efficacia dell'uso di interventi fisici per il dolore legato all'endometriosi. In particolare, la fisioterapia, l'agopuntura e le tecniche correlate, lo *yoga*, le tecniche di respirazione controllata e la PMR tendono a essere utilizzate per trattare il dolore correlato all'endometriosi. Dal punto di vista psicoterapeutico gli interventi con maggiore evidenza nel supporto al dolore e al disagio psicologico sono quelli improntati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), sulla terapia di accettazione e impegno (ACT) e quella sulla riduzione dello *stress* basata sulla consapevolezza (MBSR). Glombiewski e colleghi (2010) hanno riferito che la CBT era la terapia più efficace nel ridurre l'intensità del dolore rispetto a tutti gli altri interventi psicologici. Possiamo concludere sostenendo che la CBT è associata a un miglioramento dell'umore, a un miglioramento del *coping* del dolore, a una

riduzione della catastrofizzazione del dolore e a una riduzione dell'affaticamento, mentre la MBSR è collegata a un miglioramento della qualità della vita aumentando l'accettazione del dolore.

Gay e collaboratori (2002) hanno condotto uno studio controllato randomizzato in cui hanno confrontato gli effetti della PMR, dell'ipnosi e delle cure abituali sui risultati del dolore. Rispetto al gruppo di controllo, l'ipnosi è risultata più efficace della PMR nel ridurre il dolore, ma la PMR è stata più efficace nel ridurre il dolore rispetto alla cura abituale. Poiché gli interventi di PMR e ipnosi sono stati trovati efficaci nella riduzione del dolore in altre forme di dolore persistente, gli autori suggeriscono di sviluppare protocolli di ricerca per testare l'efficacia della PMR e dell'ipnosi in un campione di donne con endometriosi.

3.3 Discussione e conclusioni

Nel primo capitolo del presente elaborato è stata presentata l'endometriosi in un'ottica specificatamente medica, mentre nei successivi capitoli l'attenzione è stata posta ai risvolti psicologici della patologia. Infine, nel terzo capitolo sono stati proposti alcuni interventi psicologici testati e risultati efficaci nel contesto del cancro al seno.

A partire dalle proposte di intervento risultate efficaci nella patologia del cancro al seno, si possono progettare interventi psicologici efficaci anche nel contesto dell'endometriosi, con lo scopo di valutare in maniera specifica e dettagliata come alcune caratteristiche tipiche della patologia, per esempio il dolore cronico, vadano a impattare la vita delle donne affette, con l'obiettivo di progettare interventi sia in ottica preventiva sia in ottica di intervento vero e proprio. Oltre a questo, un obiettivo della ricerca scientifica deve essere quello di progettare linee di intervento volte a un miglioramento del benessere generale delle donne, andando a lavorare sulle difficoltà psicologiche che le donne con endometriosi presentano, come ansia, depressione, insoddisfazione corporea e abbassamento dell'autostima.

In linea con quanto detto, potrebbe essere utile proporre interventi di psicoeducazione alle donne con endometriosi; ciò permetterebbe loro di avere maggiori conoscenze sulla propria patologia e sentirsi, quindi, maggiormente pronte ad affrontarla, piuttosto che subirla in maniera passiva le conseguenze. Attraverso interventi informativi e educativi si forniscono alle donne con endometriosi gli strumenti conoscitivi adeguati a poter gestire le conseguenze della malattia e per avere un ruolo attivo (Helgeson et al., 1999).

Inoltre, un'altra tipologia di interventi che potrebbe risultare efficace, riguarda gli interventi come *yoga*, *stretching* e *pilates*, che potrebbero aiutare la donna a creare un nuovo rapporto con

il proprio corpo, in modo tale che questo non venga disprezzato ma apprezzato e valorizzato (Björneklett et al., 2013). In questo senso, anche gli interventi cosmetici testati nel contesto del cancro al seno, seppur non direttamente collegati all'endometriosi, potrebbero aiutare le donne che presentano la patologia a sentirsi più attraenti e ad aumentare la loro autostima (Taggart et al., 2009).

Per il miglioramento della qualità della vita, sarebbe funzionale agire in primo luogo a livello sanitario, in quanto spesso l'abbassamento dell'HRQoL è spesso la conseguenza di una diagnosi tardiva, che mantiene la donna in uno stato dove il suo malessere non viene riconosciuto o viene addirittura sminuito. Incrementare le conoscenze e le competenze del personale medico-sanitario potrebbe essere il primo passo per restituire alle donne con endometriosi una diagnosi, rispondendo alla necessità delle donne di sentirsi comprese come tali, di veder riconosciuto l'impatto che la patologia ha nella loro vita e di poter dare un nome al dolore e al disagio che provano.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Altman, G., & Wolczyk, M. (2010). Endometriosis: Overview and Recommendations for Primary Care Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(6), 427–434.

American Society for Reproductive Medicine (1996). *Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis*. Vol.67

Andysz, A., & Merecz-Kot, D. (2020). Predictors of illness acceptance in women with endometriosis. *Health Psychology Report*, 9(3), 240-251.

Apolone, G., & Mosconi, P. (1998) The Italian SF-36 health survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1025–1036; doi: 10.1016/s0895-4356(98) 00094-8.

Armour, M., Sinclair, J., Chalmers, K. J., & Smith, C. A. (2019). Strategie di autogestione tra le donne australiane con endometriosi: un sondaggio nazionale online. *BMC medicina complementare e alternativa*, 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2431-x>

Armour, M., Sinclair, J., Noller, G., Girling, J., Larcombe, M., Al-Dabbas, M. A., Hollow, E., Bush, D., & Johnson, N. (2021). Illicit Cannabis Usage as a Management Strategy in New Zealand Women with Endometriosis: An Online Survey. *Journal of women's health* (2002), 30(10), 1485–1492. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8668>

Audebert, A. (2005). Women with endometriosis: are they different from others?. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 33(4), 239-246.

Baldi, A., Campioni, M., & Signorile, P. (2008). Endometriosis: Pathogenesis, diagnosis, therapy and association with cancer (Review). *Oncology Reports*.

Ballard, K., Lowton, K., & Wright, J. (2006). What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and sterility*, 86(5), 1296-1301.

Ballweg, M. G. (2004). Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best practice & research clinical obstetrics & gynecology*, 18, 201-218.

Bandiera, S., Cavallaro, A., Aloisi, A., Vitale, S. G., Morello, R., Matarazzo, M. G., Giunta, G., Raciti, G., Rapisarda, F., & Cianci, A. (2009). *Management dell'endometriosi: Diagnosi e Terapia*. CNR Solar

Barbara, G., Facchin, F., Buggio, L., Somigliana, E., Berlanda, N., Kustermann, A., & Vercellini, P. (2017). What is known and unknown about the association between endometriosis and sexual functioning: a systematic review of the literature. *Reproductive Sciences*, 24(12), 1566-1576.

- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., ... & Keefe, F. J. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(3), 276-283.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. (1972) Depression: Causes And Treatment. Philadelphia: University of Philadelphia, 1972.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561– 71
- Berkley, K., Rapkin, A., & Papka, R. (2005). The pains of endometriosis. *Science*, 308(5728), 1587-1589.
- Bianco, A., Gentile, A., Russo, M., Maiorana, A., Lavanco, G., Mellina, A., & Palma, A. (2021). Self-esteem, quality of life, and physical activity in women with diagnosed endometriosis: a pilot study in an Italian sample. *Human Movement*, 22(4), 93-97.
- Björneklett, H. G., Lindemalm, C., Rosenblad, A., Ojutkangas, M. L., Letocha, H., Strang, P., & Bergkvist, L. (2012). A randomised controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: results on anxiety and depression. *Acta Oncologica*
- Björneklett, H. G., Rosenblad, A., Lindemalm, C., Ojutkangas, M. L., Letocha, H., Strang, P., & Bergkvist, L. (2013). Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 74(4), 346-353.
- Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R. E. (2001). Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence? *Journal of neuroendocrinology*, 13(12), 1009-1023.
- Blanco, C., Markowitz, J. C., Hellerstein, D. J., Nezu, A. M., Wall, M., Olfson, M., ... & Hershman, D. L. (2019). A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 173(2), 353-364.
- Blanco, C., Markowitz, J. C., Hershman, D. L., Levenson, J. A., Wang, S., & Grann, V. R. (2014). A pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed women with breast cancer. *American Journal of Psychotherapy*, 68(4), 489-495.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115–160). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50008-3>

- Bordeleau, L., Szalai, J. P., Ennis, M., Leszcz, M., Specca, M., Sela, R., . . . Goodwin, P. J. (2003). Quality of life in a randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing data. *Journal of Clinical Oncology*, 21(10), 1944-1951.
- Brosens, I. (2004). Endometriosis and the outcome of in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 81(5), 1198-1200.
- Bruni, V., Dei, M., & Mannini, L. (2010). L'endometriosi in adolescenza: diagnosi e trattamento. *Giornale italiano di ostetricia e ginecologia*, 32(4), 189-199
- Bulletti, C., Cerni, A., Coccia, M.E. (2012). *Endometriosi*. Minerva Medica.
- Bullinger, M. (2000) Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualita" t mit dem SF36-Health Survey. Bundesgesund- heitsblatt-Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 43(3):190-197
- Bulun, S. E. (2009). Endometriosis. *New England Journal of Medicine*, 360(3), 268–279
- Burnham, T. R., & Wilcox, A. (2002). Effects of exercise on physiological and psychological variables in cancer survivors. *Medicine and science in sports and exercise*, 34(12), 1863-1867.
- Campo, S., & Campo, V. (2005). Approccio diagnostico all'endometriosi in età adolescenziale. *Giornale italiano di ostetricia e ginecologia*, 27(9), 338-343.
- Caqueo-Urizar A., Ferrer-García M., Toro J., Gutiérrez-Maldonado J., Peñaloza C. & Cuadros-Sosa Y. (2011). Associazioni tra pressioni socioculturali per essere magre, disagio corporeo e sintomatologia del disturbo alimentare tra le ragazze adolescenti cilene. *Immagine del corpo*. V. 8, p.78–81
- Carpinello, O., Sundheimer, L., Alford, C., Taylor, R., & DeCherney, A. (2022). *Endometriosis*.
- Cash, T.F. (2002). Cognitive-behavioral perspective on body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp.38-46).
- Cavaggioni, G., Lia, C., Resta, S., Antonielli, T., Benedetti, P., Megiorni, F., & Porpora, M.G. (2014). Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with endometriosis? A preliminary study. *BioMed Res Int*.2014.
- Chen, L. C., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., ... & Chen, M. H. (2016). Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: a longitudinal follow-up study. *Journal of affective disorders*, 190, 282-285.

- Chiantera, V., Abesadze, E., & Mechsner, S. (2017). How to understand the complexity of endometriosis-related pain. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 9(1), 30-38.
- Choi, S. Y., & Jun, E. M. (2005). *Taehan Kanho Hakhoe chi*, 35(5), 879–887. <https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.5.879>
- Classen, C. C., Kraemer, H. C., Blasey, C., Giese-Davis, J., Koopman, C., Palesh, O. G. . . . Spiegel, D. (2008). Supportive– expressive group therapy for primary breast cancer patients: A randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology*, 17(5), 438-447.
- Corwin, E. J. (1997). Endometriosis: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *The nurse practitioner*, 22(10), 35-8.
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: Validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive Care in Cancer* 7:121-7.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P. . . . Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho- educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology*, 18(6), 647-656.
- Dunselman, G. A. J., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., ... & Nelen, W. L. D. M. (2014). ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human reproduction*, 29(3), 400-412.
- Emilee, G., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), 397-407.
- Emslie, C., Whyte, F., Campbell, A., Mutrie, N., Lee, L., Ritchie, D., & Kearney, N. (2007). ‘I wouldn’t have been interested in just sitting round a table talking about cancer’: Exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial. *Health Education Research*, 22(6), 827-838.
- Eriksen, H. L., Gunnarsen, K. F., Sørensen, J. A., Munk, T., Nielsen, T., & Knudsen, U. B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: differences between patients with or without pain on four psychological variables. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 139(1), 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.10.002>
- European Lung Foundation [ELF] (2021). Qualità della vita legata alla salute (HRQoL)
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1975) *Manual Of The Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton, 1975.

Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Salute mentale nelle donne con endometriosi: alla ricerca di predittori di disagio psicologico. *Hum. Reprod.*2017,32, 1855–1861.

Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(4), 135-141.

Facchin, F., Buggio, L., Dridi, D., & Vercellini, P. (2019). A woman's worth: The psychological impact of beliefs about motherhood, female identity, and infertility on childless women with endometriosis. *Journal of Health Psychology*, 26(7), 1026-1034.

Facchin, F., Saita, E., Barbara, G., Dridi, D., & Vercellini, P. (2018). "Le farfalle libere usciranno da queste ferite profonde": una teoria fondata su come l'endometriosi influisce sulla salute psicologica delle donne. *J. Salute Psychol.*2018, 23, 538-549.

Fadaei, S., Janighorban, M., Mehrabi, T., Ahmadi, S. A., Mokaryan, F., & Gukizade, A. (2011). Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(8), 1047.

Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549-3557.

Farina, M., Tomaselli, I. R., & Cianci, A. (2005). Eziopatogenesi dell'endometriosi. *Giornale italiano di ostetricia e ginecologia*, 27(9), 297-307.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), E359-E386.

Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in nursing science*.

Ferrero, S., Esposito, F., Abbamonte, L.H., Anserini, P., Remorgida, V., & Ragni, N. (2005). Quality of sex life in women with endometriosis and Deep dyspareunia. *Fertil Steril.*2005,5.184-195.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida" WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34, 178-183.

- Fredrickson, B. L. & Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Friedl, F., Riedl, D., Fessler, S., Wildt, L., Walter, M., Richter, R., ... & Böttcher, B. (2015). Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective. *Archives of gynecology and obstetrics*, 292(6), 1393-1399.
- Gay, M. C., Philippot, P., & Luminet, O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of Pain*, 6(1), 1-16.
- Gazvani, R., & Templeton, A. (2002). *New considerations for the pathogenesis of endometriosis*. International Journal of Gynecology & Obstetrics.
- Geller, S., Levy, S., Ashkeloni, S., Roeh, B., Sbiet, E., & Avitsur, R. (2021). Predictors of psychological distress in women with endometriosis: The role of multimorbidity, body image, and self-criticism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3453.
- Geremia, L., Ippolito, R., Belluomo, G., Cariola, M., Vitale, G. S., & Cianci, A. (2012). Qualità di vita nelle pazienti con endometriosi: recent trends. *Riv. It. Ost. Gin*, 33, 404-411.
- Gilmour, J. A., Huntington, A., & Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International journal of nursing practice*, 14(6), 443-448.
- Giudice, L. C., & Kao, L. C. (2004). *Endometriosis*. The Lancet, 364(9447), 1789-1799
- Giuliani, M., Cosmi, V., Pierleoni, L., Recine, A., Pieroni, M., Ticino, A., Porpora, M. G., & Simonelli, C. (2015). Quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis: An Italian preliminary study. *Sexologies*, 25, 12-19.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *PAIN®*, 151(2), 280-295.
- Goldberg, D.P., & Williams, P. (1988) *A User's Guide To The General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998) Inventário de Depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da Versão em Português. *Rev Psiq Clin* 1998;25(5):245-50.
- Graziottin, A. (2003). Etiology and diagnosis of coital pain. *Journal of Endocrinological Investigation*, 26(3 Suppl), 115-121.
- Graziottin, A. (2008). Perception of chronic pelvic pain in women: predictors and clinical implications. *Urologia*, 75(1), 67-72.

- Halme, J., Hammond, M. G., Hulka, J. F., Raj, S. G., & Talbert, L. M. (1984). Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstetrics and gynecology*, *64*(2), 151-154.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, P. (2005) HADS-D Hospital Anxiety and depression scale deutsche version: manual. Bern Hans Huber
- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., & Yasko, J. (1999). Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Archives of general psychiatry*, *56*(4), 340-347.
- Hormes, J. M., Lytle, L. A., Gross, C. R., Ahmed, R. L., Troxel, A. B., & Schmitz, K. H. (2008). The body image and relationships scale: development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, *26*(8), 1269-1274.
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., ... & Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human reproduction*, *27*(12), 3412-3416.
- Jabłoński, M. J., Mirucka, B., Streb, J., Słowik, A. J., & Jach, R. (2019). Exploring the relationship between the body self and the sense of coherence in women after surgical treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, *28*(1), 54-60.
- Jenkinson, C., Coulter, A., & Wright, L. (1993). Short form 36 (SF36) Healthy Survey Questionnaire: Normative data for adults of working age. *BMJ*, *306*, 1437–1440.
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2001) The endometriosis health profile user manual. Nuffield department of obstetrics and gynaecology and Health Services Research Unit University of Oxford
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *25*(2), 123–133.
- Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of surgical oncology*, *96*(3), 235-240.
- Kennedy, S., Berqvist, A., Chapron, C., D'Hooge, T., Dunselman, G., Greb, R., Saridogan, E. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, *20*, 2698-2704.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S. . . . Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *16*(4), 277-286.

Koninckx, P. R., Ussia, A., Adamyan, L., Wattiez, A., Gomel, V., & Martin, D. C. (2019). Pathogenesis of endometriosis: the genetic/epigenetic theory. *Fertility and sterility*, *111*(2), 327-340.

Laganà, A. S., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Zoccali, R. A., ... & Cedro, C. (2015). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *194*, 30-33.

Laganà, A. S., La Rosa, V., Petrosino, B., & Vitale, S. G. (2017). Comment on “Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: A longitudinal follow-up study”. *J Affect Disord*, *208*, 672-673.

Lam, W. W., Li, W. W., Bonanno, G. A., Mancini, A. D., Chan, M., Or, A., & Fielding, R. (2012). Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast cancer research and treatment*, *131*(3), 957-967

Larosa, M., Facchini, F., Pozzoli, G., Leone, M., Grande, M., & Monica, B. (2010). Endometriosis: Aetiopathogenetic Basis. *Urologia Journal*, *77*(17_suppl), 1–11.

Lebovic, D. I., Mueller, M. D., & Taylor, R. N. (2001). Immunobiology of endometriosis. *Fertility and sterility*, *75*(1), 1-10

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: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *17*(4), 317-328.

Lemma, A. (2005). The many faces of lying, *International Journal of Psychoanalysis*, *86*, 737-753.

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.

Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., & Harcourt, D. (2018). Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *27*(12), 2687-2699.

Liu, J. H. (2022). *Endometriosis*. Manuali MSD Edizione Professionisti.

- Lorencatto, C., Alberto Petta, C., José Navarro, M., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(1), 88-92.
- Low, W. Y., Edelman, R. J., & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2): 111-116.
- Manne, S. L., Girasek, D., & Ambrosino, J. (1994). An evaluation of the impact of a cosmetics class on breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(1-2), 83-99.
- Marjoribanks, J., Ayeleke, R. O., Farquhar, C., & Proctor, M. (2015). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
- McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien, J. (2009). General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14, 170-175.
- McLean, S. A., Paxton, S. J., & Wertheim, E. H. (2011). A body image and disordered eating intervention for women in midlife: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 751.
- Mehnert, A., Veers, S., Howaldt, D., Braumann, K. M., Koch, U., & Schulz, K. H. (2011). Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. *Oncology Research and Treatment*, 34(5), 248-253.
- Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G. B., & Angioni, S. (2015). Sexual function in women with deep endometriosis: correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image. *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 175-185.
- Melzack, R. (1987) The short-form McGill Pain Questionnaire Pain 1987; 30: 191-197.
- Ministero della Salute (2021). *Giornata mondiale dell'Endometriosi: il Ministero della Salute si illumina di giallo. Indetto bando da tre milioni per la ricerca.*
- Missmer, S. A., Tu, F. F., Agarwal, S. K., Chapron, C., Soliman, A. M., Chiuve, S., ... & Assani, S. (2021). Impact of endometriosis on life-course potential: a narrative review. *International Journal of General Medicine*, 14, 9.)
- Mock, V., Pickett, M., Ropka, M. E., Lin, E. M., Stewart, K. J., Rhodes, V. A., ... & McCorkle, R. (2001). Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment. *Cancer practice*, 9(3), 119-127.

- Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., & Ellwood, D. (2014). Impatto dell'endometriosi sulla vita delle donne: uno studio qualitativo. *BMC Womens Health* 2014, 14, 123.
- Moreno, R.A. & Moreno, D.H. (1998) Escalas de depressao de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Rev Psiq Clin* 1998;25(5):262–72.
- Namkoong, K., Shah, D. V., Han, J. Y., Kim, S. C., Yoo, W., Fan, D. . . . Gustafson, D. H. (2010). Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: how health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 41-47.
- Nappi, R. E., Albani, F., Vaccaro, P., Gardella, B., Salonia, A., Chiovato, L., ..., & Polatti, F. (2008). Use of the Italian translation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in routine gynecological practice. *Gynecological Endocrinology*, 4, 214–219.
- Nerini, A., Stefanile, C., & Mercurio, C. (2009). L'immagine corporea. *I disturbi dell'immagine corporea*, 1-13.
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., ... & Study, W. E. R. F. G. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and sterility*, 96(2), 366-373.
- Oliveira, M. S., Souza, A. M. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). Grupo apoyo/soporte: Espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(3), 816-822.
- Olsson Möller, U., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment-a systematic review of systematic reviews. *BMC cancer*, 19(1), 1-20.
- Palesh, O. G., Collie, K., Batiuchok, D., Tilston, J., Koopman, C., Perlis, M. L., . . . Spiegel, D. (2007). A longitudinal study of depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biological Psychology*, 75(1), 37-44.
- Park, H. Y., Kim, J. H., Choi, S., Kang, E., Oh, S., Kim, J. Y., & Kim, S. W. (2015). Psychological effects of a cosmetic education programme in patients with breast cancer. *European journal of cancer care*, 24(4), 493-502.
- Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer nursing*, 39(1), E39.

- Prezza, M., Trombaccia, F.R., & Armento, L. (1997) La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. Rosenberg Self-Esteem Scale: Italian translation and validation. *Bollettino di Psicologia Applicata* 223:35-44.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. V., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders*, 3(2), 133-144.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *European psychiatry*, 27(8), 591-597.
- Quintard, B., & Lakdja, F. (2008). Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(10), 1032-1038.
- Ralli, E. (2012). Ruolo attuale dei progestinici nel trattamento dell'endometriosi. *Rivista Italiana di Ostetrica e Ginecologia*, 33, 399-403.
- Romero, E. S., Gutiérrez, S. A., & Salgado, S. (2022). *Quali sono le possibili cause dell'endometriosi?*
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., . . . , & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191–208.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989) *Society and the Adolescent Self-Image* (rev. ed.). Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Roth, R. S., Punch, M., & Bachman, J. E. (2011). Psychological factors in chronic pelvic pain due to endometriosis: a comparative study. *Gynecologic and obstetric investigation*, 72(1), 15-19.
- Rush, G., & Misajon, R. (2018). Examining subjective wellbeing and health-related quality of life in women with endometriosis. *Health care for women international*, 39(3), 303-321.
- Rust, J., Bennum, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1986) *Manual Of The Golombok Rust Inventory Of Marital State*. Windsor: NFER-NELSON, 1986.

- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 28(4), 301-309.
- Santonastaso, P., Ferrara, S., Sala, A., Favaretto, G., Vidotto, G., Dalle Grave, R., & Probst, M. (1995). Confronto degli atteggiamenti corporei di un gruppo di pazienti con disturbo dell'alimentazione con un campione di studentesse: validazione italiana del Body Attitudes Test. *Riv Sper Freniatria*, 119, 423-436.
- Santos, M. A. D., & Souza, C. D. (2019). Group interventions for women with breast cancer: Challenges and possibilities. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35.
- Sayer-Jones, K., & Sherman, K.A. "Il mio corpo... a volte si mette a tradirmi": un'analisi qualitativa dell'immagine corporea affettiva e percettiva negli individui che vivono con l'endometriosi. *Int.J. Il behav. Med.* (2022). <https://doi.org/10.1007/s12529-022-10118-1>
- Schute, L. K. (2011). *Prävalenz von Depressionen und Angststörungen und ihre Einflussfaktoren bei Frauen mit Endometriose* (Doctoral dissertation).
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2008). Body image and self esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Psychology in Spain*.
- Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021). The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: a systematic-review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 611954.
- Sepulcri, R., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 142(1),53-56- <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.003>
- Sica, C., Coradeschi, D., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). In BAI. Beck Anxiety Inventory. Firenze, Italy: Giunti OS Organizzazioni Speciali.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(1), 7-30.
- Signorile, P. G., & Baldi, A. (2015). New evidence in endometriosis. *The international journal of biochemistry & cell biology*, 60, 19-22.
- Simpson, J. L., Elias, S., Malinak, L. R., & Buttram Jr, V. C. (1980). Heritable aspects of endometriosis: I. Genetic studies. *American journal of obstetrics and gynecology*, 137(3), 327-331.

Smith, L. M. (2021, April 1). *What to know about endometriosis*.

Soliman, A. M., Coyne, K. S., Zaiser, E., Castelli-Haley, J., & Fuldeore, M. J. (2017). The burden of endometriosis symptoms on health-related quality of life in women in the United States: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(4), 238-248.

Souza, C. A., Oliveira, L. M., Scheffel, C., Genro, V. K., Rosa, V., Chaves, M. F., & Cunha Filho, J. S. (2011). Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis-a cross-sectional survey. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-5.

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

Speilberg, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (1979) Manual Of The State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologists Press, 1979.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970) Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C.D. (1999) Manuale professionale per l'inventario dell'espressione della rabbia del tratto e dello stato-2 (STAXI-2), Psychological Assessment Resources Inc., Odessa (FL)

Spiegel, D., Butler, L. D., Giese-Davis, J., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S. . . . Kraemer, H. C. (2007). Effects of supportive- expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer. *American Cancer Society*, 110(5), 1130-1138.

Stang, I., & Mittelmark, M. B. (2008). Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14), 2049-2057.

Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 985-993.

Tae, Y. S., Heitkemper, M., & Kim, M. Y. (2012, January). A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope. In *Oncology nursing forum* (Vol. 39, No. 1).

Taggart, L. R., Ozolins, L., Hardie, H., & Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a "big lift" for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 94-99.

- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.
- Tiggemann, M. (2005). Television and Adolescent Body Image: The Role of Program Content and Viewing Motivation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(3), 361–381.
- Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girão, M. J., & Schor, E. (2011). Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *The journal of sexual medicine, 8*(2), 497–503. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x>
- Van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body image, 4*(3), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.04.003>
- Van Niekerk, L., Weaver-Pirie, B. Matthewson, M. Interventi psicologici per i sintomi correlati all'endometriosi: una revisione sistematica con sintesi dei dati narrativi. *Arch Womens Ment Health 22, 723–735* (2019). <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00972-6>
- Van Niekerk, E., Steains, E., Matthewson, M. (2022). Correlates of health-related quality of life: The influence of endometriosis, body image and psychological wellbeing. *Journal of Psychosomatic Research*
- Vercellini, P., Fedele, L., Aimi, G., Pietropaolo, G., Consonni, D., & Crosignani, P. G. (2007). Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human reproduction (Oxford, England), 22*(1), 266–271. <https://doi.org/10.1093/humrep/del339>
- Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & Haes, H. C. J. M. (2007). Effectiveness of group psychotherapy compared to social support groups in patients with primary, non-metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 25*(4), 37-60.
- Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & Haes, H. C. J. M. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling, 60*(2), 212-219.
- WHO, Q. of L. A. G. (1996). What quality of life? The WHOQOL Group. *17*(4), 354–356.
- Zhao, L., Wu, H., Zhou, X., Wang, Q., Zhu, W., & Chen, J. (2012). Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 162*(2), 211-215.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67:361-70.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.

Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.