



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**SCUOLA DI PSICOLOGIA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**  
**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica**  
**Tesi di Laurea Magistrale**

**L'immagine corporea nell'esperienza di malattia: il ruolo dell'intolleranza  
dell'incertezza, dell'apprezzamento per la funzionalità del corpo e del  
confronto sociale.**

*Body image in illness: the role of intolerance of uncertainty, body  
functionality appreciation and social appearance comparison.*

***Relatore:***

**Prof. Giulio Vidotto**

***Correlatrice:***

**Dott.ssa Anna Panzeri**

***Laureanda: Giulia De Rosa***

***Matricola: 2020925***

**Anno accademico: 2021/2022**

# Indice

<b>Indice</b>	<b>1</b>
<b><i>Abstract</i></b>	<b>3</b>
<b>1. Introduzione</b>	<b>5</b>
1.1 L'evoluzione della malattia nella società	5
1.1.1 L'esperienza di malattia	8
<b>2. Presentazione delle variabili</b>	<b>11</b>
2.2 L'immagine corporea	11
2.2.1 La preoccupazione per l'immagine corporea	13
2.2.2 L'immagine corporea positiva	14
2.2.3 L'apprezzamento della funzionalità del corpo	15
2.3 Intolleranza dell'incertezza	17
2.3.1 Intolleranza dell'incertezza nella malattia	19
2.4 Il confronto sociale relativo all'apparenza	24
2.5 La relazione tra i costrutti	25
2.5.1 L'ansia e la depressione	27
<b>3. Uno studio di ricerca osservazionale</b>	<b>30</b>
3.1 Obiettivo dello studio di ricerca	30
3.2 Ipotesi di ricerca	30
3.3 Metodo	32
3.3.1 Svolgimento della ricerca	32
3.3.2 Il campione	33
3.3.3 Strumenti di misura	40
3.4 Analisi dati	43
3.5 Risultati dello studio di ricerca	45
3.5.1 Analisi descrittive	45
3.5.2 Analisi ipotesi 1	50
3.5.3 Analisi ipotesi 2	54
<b>4. Discussione</b>	<b>60</b>
4.1 La preoccupazione per l'immagine corporea nel campione	60
4.2 Discussione ipotesi di ricerca	63
4.2.1 Discussione ipotesi di ricerca #1	63
4.2.2 Discussione ipotesi di ricerca #2	67
4.3 Implicazioni cliniche	69
4.4 Limiti e prospettive future future	72
4.5 Punti di forza	73
<b>5. Conclusione</b>	<b>75</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>79</b>
<b><i>Appendice A</i></b>	<b>91</b>



## ***Abstract***

La seguente ricerca analizza il ruolo di alcune variabili psicologiche in persone con diagnosi di diverse patologie, sia di natura medica che psicologica. In particolare, l'obiettivo dello studio è quello di vedere se: 1) la preoccupazione per l'immagine corporea, l'intolleranza dell'incertezza nella malattia e il confronto sociale relativo all'apparenza concorrono allo sviluppo di ansia e depressione; 2) il confronto sociale relativo all'apparenza è una variabile mediatrice tra i costrutti di intolleranza dell'incertezza nella malattia, di apprezzamento per la funzionalità del corpo, di età (variabili indipendenti) e la preoccupazione per l'immagine corporea (variabile dipendente).

In merito alla prima ipotesi, l'analisi delle correlazioni bivariate indica che preoccupazione per l'immagine corporea, intolleranza dell'incertezza nella malattia, confronto sociale relativo all'apparenza, ansia e depressione correlano tutte tra loro in modo positivo e significativo. La successiva analisi della regressione, riporta che solo l'intolleranza dell'incertezza della malattia è un possibile predittore dell'ansia e che, sempre quest'ultima, insieme alla preoccupazione per l'immagine corporea, può avere un'influenza sui livelli di depressione.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, il confronto sociale relativo all'apparenza ha un ruolo di mediatore totale nella relazione tra i costrutti di intolleranza dell'incertezza nella malattia e di preoccupazione per l'immagine corporea, e parziale tra quest'ultimo e le variabili di apprezzamento per la funzionalità del corpo e di età.

In conclusione, si evidenzia il ruolo centrale del confronto sociale relativo all'apparenza come possibile predittore dei livelli di preoccupazione per l'immagine corporea, oltre che l'importanza dello studio di quest'ultima, in quanto correlata con i livelli di ansia e depressione.



# 1. Introduzione

## 1.1 L'evoluzione della malattia nella società

Recentemente, la malattia viene definita da Treccani come “Condizione abnorme e insolita di un organismo vivente, animale o vegetale, caratterizzata da disturbi funzionali, da alterazioni o lesioni – osservabili o presumibili, locali o generali” (Treccani, 2022). La visione della malattia non è, però, sempre stata questa e si è evoluta nella società con il passare dei secoli.

In un recente testo Ripamonti e Clerici (2008) descrivono l'evolversi del concetto di malattia nella storia. Inizialmente, nell'Europa Medievale, epoca in cui le aspettative di vita erano molto basse e profondamente differenti tra uomini e donne, esisteva una vera e propria ossessione per la malattia, la cui origine era spesso spiegata dalla religione o dalla superstizione. Più tardi, nel Rinascimento, la salute e la malattia erano considerate volontà del Signore e le cure erano basate sulla preghiera o sull'utilizzo di erbe e medicinali preparati dai guaritori. Con l'arrivo dell'Illuminismo e la conseguente anteposizione della ragione umana alla religione, iniziarono i progressi scientifici e tecnologici; l'idea che la malattia potesse dipendere da malefici o castighi divini, però non scomparve. Fu solo nell'XVIII secolo che ebbe inizio lo sviluppo di una scienza medica basata sull'osservazione sistematica, sulla classificazione del corpo e sulla ricerca di nuove terapie e cure; sempre in questo tempo che nacquero le prime Scuole di Medicina. Già alla fine del secolo era possibile trovare libri che fornissero informazioni e cure per le diverse patologie, ma soprattutto si iniziò a parlare di prevenzione della malattia, attraverso l'adozione di uno stile di vita “moderato”.

Nel secolo successivo nacque il concetto di “norma”, che portò la malattia ad essere tutto ciò che deviava dalla normalità. Qui, anche se la medicina e il concetto di salute e malattia si sono evoluti, staccandosi gradualmente dalla religione e dalla superstizione e adottando il metodo

scientifico, quello che rimane è il loro focalizzarsi interamente sulla malattia più che sulla persona. Nel XIX secolo il soggetto principale è, dunque, la malattia, vista come un'entità a cui bisogna trovare una cura e non la persona che attivamente deve ritrovare il proprio benessere ed equilibrio nel mondo.

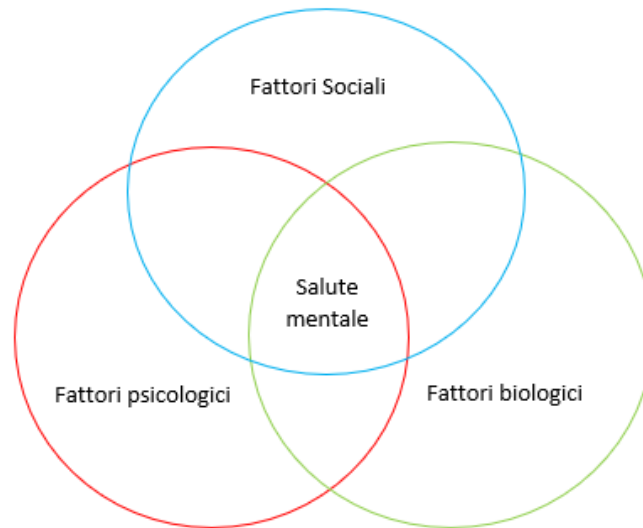
Fino a poco tempo fa, infatti, il modello di riferimento della medicina occidentale era il modello biomedico. Esso ha trovato il suo sviluppo intorno al XVI secolo, in particolare attraverso l'influenza della Chiesa Cattolica e di alcune menti dell'epoca come Cartesio, Galileo e Newton. Tale modello teorizza come la mente e il corpo siano due enti distinti e pone maggiore enfasi sulla malattia rispetto che sulla salute. L'interesse è, dunque, centrato sulla patologia come deviazione dalla norma, piuttosto che sulle condizioni che possono promuovere la salute e il benessere.

Solo negli ultimi anni è emersa sempre di più l'importanza degli aspetti psicologici e sociali, che ha portato alla nascita di un nuovo modello, denominato *Modello biopsicosociale* (Engel, 1977), illustrato in *Figura 1*. Quest'ultimo afferma come l'interrelazione tra gli aspetti biologici, psicologici e sociali, sia di fondamentale importanza per la comprensione della malattia e per la promozione della salute (Ripamonti & Clerici, 2008). Per la prima volta viene, quindi, messa al centro la persona in tutta la sua complessità.

L'adozione del modello biopsicosociale implica che (Zani e Cicognani, 2000):

1. il processo diagnostico debba sempre considerare l'interazione dei fattori biologici, psicologici e sociali alla base della condizione di salute o malattia;
2. la terapia debba essere stabilita tenendo presenti i tre ambiti d'influenza, e debba essere pensata considerando lo specifico individuo a cui è rivolta, partendo da quella che è per lui la condizione di salute;

3. il rapporto tra il medico e il paziente sia di fondamentale importanza per assicurare l'utilizzo dei servizi sanitari, l'efficacia del trattamento e la velocità.



**Figura 1. Modello biopsicosociale.**

Oggi, il progresso in ambito medico ha contribuito alla nascita di nuove cure e alla diminuzione delle malattie mortali, dando luogo, però, ad un aumento delle condizioni croniche. Laddove in passato si andava incontro alla morte, oggi è possibile prolungare la sopravvivenza. Tale processo ha portato alla luce un nuovo bisogno, ovvero la ricerca di una buona qualità della vita. È questo fattore a rendere evidente l'importanza della psicologia all'interno della medicina, poiché non vi è più soltanto la necessità di curare la malattia, ma anche quella di sperimentare un completo benessere, il quale dipende anche da tutte le altre variabili della vita (Ripamonti & Clerici, 2008).



### **1.1.1 L'esperienza di malattia**

Con l'introduzione del modello biopsicosociale e la centralizzazione del paziente in tutta la sua complessità, è cambiato anche il ruolo stesso dell'essere un malato.

Mentre in passato prevaleva l'approccio paternalistico, caratterizzato da un lato da una visione della medicina e del medico come "invincibili" e dall'altro dal paziente come figura priva di ogni potere decisionale, oggi l'approccio si è profondamente modificato. La figura del medico non è più quella di un comandante da seguire quanto piuttosto quella di colui che accompagna nella presa di decisione; una figura, insomma, che sappia consigliare e dialogare con il paziente e che scelga insieme a lui la via migliore da seguire, considerando non solo la sua malattia, ma anche la sua storia, le sue emozioni e i suoi bisogni. Dall'altro lato il paziente chiede di essere sempre più partecipe alle cure.

Per quanto riguarda il vissuto interiore del paziente, l'esperienza della malattia porta a dover affrontare importanti cambiamenti, sia nello stile di vita che nelle abitudini di tutti i giorni (Ripamonti & Clerici, 2008). La persona può, infatti, riportare modifiche nelle proprie caratteristiche fisiche e/o mentali, essere costretta ad allontanarsi dalle sue funzioni sociali e lavorative, oltre al fatto che i rapporti con i propri cari e la famiglia possono essere compromessi. Oltre a ciò, la malattia può portare a dover convivere con dolore fisico, paure e fobie; essa può condurre alla perdita della propria autonomia e a molte altre condizioni. L'arrivo della malattia può, quindi, travolgere l'individuo portandolo necessariamente a dover dare un nuovo senso alla sua vita e a dover ricercare il raggiungimento di un completo benessere.

L'essere umano è, infatti, un sistema complesso, pieno di sfaccettature, in cui ogni variabile ne influenza un'altra e così via. Allo stesso modo anche il concetto di benessere può richiedere la comprensione di diverse variabili. Un approccio recente allo studio di quest'ultimo è quello

olistico, il quale distingue l'esperienza di benessere positivo dall'assenza di sofferenza (Keyes, 2002, 2005). Inoltre, in letteratura è emerso che il benessere potrebbe avere una struttura tridimensionale in cui sono presenti le dimensioni emotiva, psicologica e sociale (Swami et al., 2017). Tutte queste dimensioni sembrano essere, in particolare, associate positivamente con l'immagine corporea positiva (Swami et al., 2017).

L'immagine corporea è uno degli aspetti che può essere influenzato dalla malattia stessa, sia in maniera diretta (e.g., sintomi) sia in modo indiretto (e.g., terapie) (Muzzatti & Annunziata, 2016). Inoltre, essa è un aspetto fondamentale nella nostra vita e risulta molto importante anche nell'esperienza di malattia (Muzzatti & Annunziata, 2016). Che lo si voglia o no, il corpo è il nostro "biglietto da visita", il modo con cui ci si mostra al mondo e il mezzo attraverso cui gli altri ci vedono. Allo stesso tempo, esso ci permette di svolgere le attività di tutti i giorni, dalle più semplici (e.g., igiene personale) alle più complesse (e.g., praticare uno sport), e di entrare in relazione con gli altri (Alleva et al., 2017).

Spesso, soprattutto in questa epoca, il rapporto con il corpo può essere difficoltoso e contribuire a sentimenti di vergogna, ansia (in particolare sociale), depressione e disturbi alimentari (Bijsterbosch et al., 2020; Fingeret et al., 2014). Si è riscontrato che tali problematiche si manifestano anche nella popolazione generale, che si trova in condizioni di salute; in questa ricerca ci si è chiesti, dunque, in che misura la preoccupazione per l'immagine corporea sia presente in persone che soffrono di una patologia, sia fisica che mentale.

Dato che, come detto sopra, l'immagine corporea è un costrutto complesso e può essere influenzato da altre variabili, in questo lavoro sono prese in esame l'intolleranza dell'incertezza e il confronto sociale legato all'apparenza in quanto fattori che potrebbero incrementare la preoccupazione per l'immagine corporea. In seguito a ciò, è considerato il possibile ruolo dell'avanzare dell'età e dell'apprezzamento per la funzionalità del corpo come fattori protettivi.

Quest'ultimo è un costrutto relativamente recente, ancora oggetto di pochissimi studi che, come verrà descritto più approfonditamente nei prossimi paragrafi, fa parte della sfera dell'immagine corporea positiva.

## 2. Presentazione delle variabili

### 2.2 L'immagine corporea

L'immagine corporea è un costrutto multidimensionale caratterizzato dall'insieme di percezioni, atteggiamenti e valutazioni dell'individuo sul proprio aspetto fisico, inclusi pensieri, convinzioni, sentimenti e comportamenti (Cash, 2002). Queste caratteristiche sono generalmente stabili nel tempo, anche se influenzabili dall'impatto delle esperienze e delle variabili contestuali.

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale, sono due gli aspetti principali alla base dell'immagine corporea: a) *body image evaluation*, cioè la soddisfazione o insoddisfazione per il proprio aspetto derivante dal confronto tra il proprio aspetto fisico percepito e gli ideali estetici interiorizzati e b) *body image investment*, ovvero l'importanza psicologica data alla propria apparenza estetica dall'individuo. L'investimento può avvenire secondo due modalità diverse: la prima è la “salienza motivazionale”, cioè il valore che la persona attribuisce alla cura del proprio aspetto fisico e i sentimenti di orgoglio verso di esso, non necessariamente maladattiva; la seconda è la “salienza dell'auto-valutazione”, cioè l'importanza data all'apparenza esteriore. Essa può sfociare in una connessione disfunzionale tra apparenza e autostima, durante la quale gli individui giudicano il loro aspetto esteriore come parte integrante del proprio sé e del proprio valore (Cash, 2002).

Il costrutto di immagine corporea non è universale, poiché ogni persona è unica ed è influenzata da fattori personali, ambientali e situazionali diversi. A questo proposito, il modello di Cash (2002) sottolinea l'influenza dei fattori culturali come la socializzazione, le esperienze interpersonali e i tratti di personalità nello sviluppo dell'immagine corporea. Riconosce, inoltre, come l'atteggiamento verso il proprio corpo sia influenzato dai cambiamenti sia fisici che funzionali, molto presenti nell'esperienza di malattia.

Nei pazienti con tale vissuto, il concetto di immagine corporea è legato all'esperienza stessa di avere una malattia, che varia con le proprie caratteristiche cliniche e con gli effetti sulle funzioni e sulla qualità della vita. Si deve, quindi, necessariamente tenere conto, se presenti, degli specifici e oggettivi danni subiti dal corpo, della loro possibile variazione nel tempo e dei loro significati funzionali, estetici, soggettivi, sociali e culturali (Muzzatti & Annunziata, 2016). Alcuni studi mostrano come molte malattie croniche, come ad esempio il diabete o l'artrite reumatoide, comportino un maggior rischio di sviluppare disturbi dell'immagine corporea (Imeni et al., 2015; Alleva et al., 2019). La recente ricerca di Van Overmeire e colleghi (2022) ha trovato una correlazione positiva tra immagine corporea e salute mentale in un gruppo di donne affette da fibromialgia, una patologia reumatologica cronica che causa dolore in assenza di danni fisici e biologici. Inoltre, Esser e colleghi (2017) hanno trovato come l'immagine corporea spieghi parte della relazione tra lo stigma e l'insorgenza di depressione in pazienti con cancro.

Oltre alla malattia fisica è importante considerare anche quella mentale. Insieme ai disturbi dell'immagine corporea (e.g., disturbo da dismorfismo corporeo) e i più noti disturbi alimentari (i.e., anoressia nervosa, bulimia nervosa e *binge eating*), in letteratura ci sono evidenze di come l'immagine corporea sia legata ad altre patologie, quali l'ansia (in particolare quella sociale), la depressione e i disturbi della sessualità (Bijsterbosch et al., 2020; Fingeret et al., 2014).

Ad influenzare il corpo e l'immagine corporea, però, non è solo la malattia: giocano, infatti, un ruolo importante anche le terapie e gli interventi. Ad esempio: alcuni farmaci possono provocare l'aumento o la perdita di peso; la chemioterapia può far perdere i capelli; un'operazione chirurgica può modificare per sempre l'aspetto fisico e cambiare o eliminare alcune funzioni corporee (e.g., l'isterectomia può rendere la donna infertile); un trapianto comporta la convivenza con una componente esterna. Nello studio di Sacerdoti e colleghi

(2010) alcune donne con cancro ginecologico hanno riferito di sentirsi insoddisfatte del loro corpo e di sentirsi, dopo l'intervento chirurgico, "mutilate, danneggiate, asimmetriche e/o incomplete".

A fronte di ciò, è dunque fondamentale concentrarsi sulla prospettiva del paziente e sulla sua percezione di malattia, indipendentemente dal fatto che i cambiamenti corporei siano o meno evidenti agli altri.

### **2.2.1 La preoccupazione per l'immagine corporea**

La preoccupazione per l'immagine corporea (in inglese *body image concern*) si riferisce ad un'intensa preoccupazione per i difetti percepiti, non solo alla semplice attenzione a come si appare esteriormente (Luca et al., 2011). Tale preoccupazione può sfociare in comportamenti ossessivi di controllo e in tentativi di camuffamento del difetto percepito e, nei casi più estremi, la persona può arrivare ad evitare eventi e situazioni sociali per paura di doversi mostrare in pubblico. Solitamente la preoccupazione per l'immagine corporea è associata ai disturbi alimentari e al Disturbo Ossessivo-Compulsivo, oltre ad essere una caratteristica peculiare del Disturbo da Dismorfismo Corporeo (Luca et al., 2011).

Nelle condizioni descritte sopra, la preoccupazione riguarda difetti corporei solitamente minimi, o addirittura inesistenti; quando invece si parla di persone con una malattia, che possono anche essere state sottoposte ad interventi, le modificazioni corporee possono essere reali ed evidenti. Per questo, il modello di Fingeret e colleghi (2014), ideato per pazienti con cancro, pone la preoccupazione per l'immagine corporea su un continuum, che va da livelli normali a livelli estremi. In questa prospettiva la preoccupazione per l'immagine corporea non è necessariamente considerata di natura patologica, ma anche come un'esperienza normale. Ci si aspetta che i cambiamenti corporei abbiano un impatto più negativo sulle persone che hanno

alto *body image investment* e alta discrepanza tra la propria immagine corporea percepita e quella ideale (Fingeret et al., 2014).

Infine, è importante considerare che, mentre molte persone ammettono di aver bisogno di supporto per affrontare le alterazioni dell'immagine corporea dovute alla malattia (Pinar et al., 2012), molte altre minimizzano tali difficoltà a causa della vergogna, dell'imbarazzo o del senso di colpa. Anche se la preoccupazione per la propria immagine può sembrare superficiale in un contesto di malattia, è in realtà un aspetto fondamentale in questa condizione, poiché avere un buon rapporto con se stessi è il primo passo per conservare le energie necessarie ad affrontare le terapie (Fingeret et al., 2014). Infatti, alti livelli di *body image concern* sono correlati ad alti livelli di ansia e depressione, peggiore qualità della vita e difficoltà nella vita sessuale (Fingeret et al., 2014).

### **2.2.2 L'immagine corporea positiva**

Quando si mettono in relazione malattia ed immagine corporea, si tende spesso a considerare solo la dimensione negativa di quest'ultima, che si traduce in insoddisfazione corporea. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948) definisce la salute non solo come assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Detto ciò, appare chiaro come soffermarsi sulla mera cura della malattia, nel caso dell'insoddisfazione per il proprio corpo, non sia abbastanza per creare un vero e proprio cambiamento nel benessere dell'individuo. Per questo, negli ultimi anni, gli studiosi si sono concentrati su un altro costrutto legato all'immagine corporea, ovvero l'*immagine corporea positiva* (Cash & Pruzinsky, 2002).

L'immagine corporea positiva è definita come amore e rispetto complessivo per il corpo che consente agli individui di (a) apprezzare l'unicità della bellezza del loro corpo e le sue

funzionalità; (b) accettare e ammirare il loro corpo, inclusi quegli aspetti che sono incongruenti con le immagini idealizzate; (c) sentirsi belli, a proprio agio, sicuri di sé e felici con il proprio corpo, il quale spesso si riflette come una luminosità esterna, o come un “essere raggianti”; (d) enfatizzare il loro corpo nel complesso piuttosto che rimuginare sulle loro imperfezioni; (e) avere una connessione *mindful* con i bisogni del loro corpo; e (f) interpretare le informazioni in entrata in modo protettivo, internalizzando le informazioni positive e rigettando o rielaborando quelle negative (Wood-Barcalow et al., 2010).

Fino a pochi anni fa, si credeva che immagine corporea positiva e negativa, fossero due costrutti opposti, situati ai poli dello stesso continuum. Studi recenti, invece, li individuano come due costrutti diversi che si legano a variabili di risultato, come il benessere e i comportamenti relativi alla salute, in maniera indipendente uno dall'altro (Swami et al., 2017). La presenza di uno, dunque, non implica l'assenza dell'altro e viceversa. Inoltre, mentre lo studio dell'immagine corporea negativa è legato alla “cura della malattia”, quello dell'immagine corporea positiva è legato alla “promozione del benessere”: per questo è fondamentale tenere entrambi in considerazione.

### **2.2.3 L'apprezzamento della funzionalità del corpo**

Quando si parla di malattia e immagine corporea è importante sottolineare come, spesso, non sia intaccata solo la sfera estetica dell'immagine corporea, ma anche quella della *funzionalità*. La malattia e le terapie possono, infatti, apportare danni fisici temporanei o permanenti, i quali possono trasformare il corpo in una fonte di dolore, nausea, gonfiore, disturbi del sonno, stanchezza e fatica. Inoltre, alcune abilità di trarre piacere attraverso il corpo potrebbero essere danneggiate o andare perse (Vamos, 1993).



Con funzionalità del corpo (in inglese *body functionality*) si intende tutto quello che il corpo può fare o cosa è capace di fare incluse: le capacità fisiche (e.g., flessibilità, camminare), i processi interni (e.g., digestione, proteggersi dal freddo), le sensazioni e percezioni corporee (e.g., vedere, sentirsi fisicamente rilassati), le imprese creative (e.g., disegnare, cantare), la comunicazione con gli altri (e.g., linguaggio del corpo, risate condivise) e la cura di sé (e.g., farsi la doccia, lavarsi i denti) (Alleva et al., 2017). Da recenti studi sulla popolazione generale è emerso che porre l'enfasi sulla *body functionality* incrementa varie componenti dell'immagine corporea positiva, come ad esempio la gratitudine verso il proprio corpo, l'apprezzamento della sua funzionalità e la soddisfazione per il proprio aspetto fisico (Alleva et al., 2017; Alleva et al., 2016; Alleva et al., 2015); al contempo riduce i livelli di *self-objectification*, cioè l'internalizzazione di una visione di sé stessi come osservatori esterni. Essa è, infatti, correlata con alcuni disturbi mentali quali lo sviluppo di un'immagine corporea negativa e l'insorgenza di disturbi alimentari (Alleva et al., 2019).

Di per sé, il costrutto di *body functionality*, non è collegato all'immagine corporea, ma diventa un costrutto relativo a quest'ultima nel momento in cui vengono considerati anche i pensieri, i sentimenti e le percezioni dell'individuo riguardo a cosa il proprio corpo può o è capace di fare. In questo caso si parla di *body functionality appreciation*. La focalizzazione sulla funzionalità e l'apprezzamento della funzionalità sono quindi due costrutti diversi, entrambi necessari per promuovere il benessere. La sola *body functionality* può avere accezione sia negativa che positiva e portare anche meccanismi di confronto sociale (Alleva & Tylka, 2021).

La funzionalità può essere limitata da alcuni fattori legati alla salute del corpo del soggetto. Poiché la malattia e le sue possibili terapie possono influenzare o limitare le funzioni del corpo, la sfida della focalizzazione sulla funzionalità del corpo legata all'immagine corporea positiva è quella di riuscire a promuovere l'amore e il rispetto verso sé stessi, invitando i soggetti a concentrarsi su ciò che possono fare, invece che limitarsi a guardare ciò che non possono. Ciò

può essere realizzato prendendo in considerazione tutti quegli aspetti che spesso non sono considerati e andando anche oltre gli oggettivi limiti fisici (Alleva et al., 2017). La concettualizzazione della funzionalità del corpo è, infatti, multifaccettata, non relativa ai soli corpi abili e non corrisponde al solo aspetto fisico (Alleva & Tylka, 2021).

Riguardo alla malattia, sono molto pochi gli studi che indagano il rapporto con l'apprezzamento per la funzionalità. Alleva e colleghi (2019) hanno riscontrato che concentrarsi su tale aspetto porta ad un miglioramento dell'immagine corporea positiva nelle donne con artrite reumatoide, una malattia infiammatoria cronica autoimmune che colpisce solitamente le articolazioni. Inoltre, Ettridge e colleghi (2022), nel loro studio con pazienti con cancro al seno, hanno trovato che le donne con maggiori livelli di apprezzamento per la funzionalità del corpo avevano punteggi più elevati nella qualità della vita, rispetto a coloro con livelli più bassi.

### **2.3 Intolleranza dell'incertezza**

Il concetto di *intolleranza dell'incertezza* (in inglese, *Intolerance of Uncertainty* - IU) appare in letteratura circa 40 anni dopo quello di *intolleranza dell'ambiguità* (in inglese, *Intolerance of Ambiguity* - IA) descritto da Frenkel Brunswik (1948, 1949). L'*incertezza* è l'assenza di informazioni percepita ad ogni livello di coscienza (Carleton, 2016), mentre l'*ambiguità* è una proprietà di quegli stimoli che sono complessi, non prevedibili e/o di difficile interpretazione e che possono essere percepiti come minacciosi (Krohne 1989, 1993). È importante distinguere il concetto di intolleranza dell'incertezza da quello di intolleranza dell'ambiguità perché, sebbene condividano caratteristiche comuni, sono considerati come due fenomeni distinti. L'IA si riferisce a componenti statiche del presente, cioè all'incapacità dell'individuo di tollerare situazioni nel "qui e ora", caratterizzate da ambiguità. L'IU, invece, si riferisce al futuro; poiché

il futuro è imprevedibile e caratterizzato da incertezza, è percepito come sconcertante (Grenier et al., 2005).

Nel 1989 Krohne utilizza il costrutto di IU per descrivere e spiegare le reazioni individuali in condizioni di stress particolarmente minacciose e situazioni ambigue. Successivamente, nel 1993, osserva come gli individui con alti livelli di IU abbiano la tendenza ad utilizzare strategie di *coping* di vigilanza. Queste sono caratterizzate da un'intensificata ricerca e processazione di informazioni, in cui si cerca di minimizzare la probabilità che una situazione avversa si presenti attraverso la sovrastima dei segnali di pericolo (Grenier et al., 2005).

Con l'arrivo del modello del disturbo d'ansia generalizzato (in inglese, *Generalised Anxiety Model* - GAD, Dugas et al., 1998) la definizione di IU cambia per riflettere:

- 1) il modo con cui un individuo percepisce le informazioni in situazioni ambigue e come risponde a queste informazioni attraverso reazioni di tipo cognitivo, emotivo e comportamentale (Freeston et al., 1994);
- 2) il modo con cui un individuo percepisce informazioni provenienti da situazioni incerte o ambigue e manifesta sé stesso attraverso reazioni cognitive, emotive e comportamentali (Ladouceur et al., 1995);
- 3) la predisposizione a reagire negativamente a eventi incerti, indipendentemente dalla probabilità percepita che questi accadano e alle conseguenze ad essi associate (Ladouceur et al., 2000);
- 4) l'eccessiva tendenza a considerare inaccettabile la possibilità che accadano eventi negativi, nonostante la minima probabilità che essi possano accadere (Dugas et al., 2001);

- 5) l'eccessiva tendenza a ritenere le situazioni incerte come stressanti e sconvolgenti, da credere che tutti gli eventi inaspettati siano negativi e debbano essere evitati e che l'incertezza del futuro sia ingiusta (Dugas et al., 2005).

Più recentemente, Carleton (2012) definisce l'IU come "l'incapacità disposizionale individuale a sopportare le risposte aversive elicitate dall'assenza di percezione di informazioni salienti, chiave, o sufficienti, che è mantenuta attraverso l'associata percezione di incertezza" (Carleton, 2016).

Il costrutto di intolleranza dell'incertezza è particolarmente rilevante per coloro che hanno una malattia, poiché molto spesso la progressione e la prognosi sono sconosciute ed essere capaci di tollerare l'incertezza, sia in generale che nello specifico verso la malattia, diventa importante per il benessere della persona. Livelli elevati di IU sono stati identificati come fattori di vulnerabilità per l'ansia e la depressione (Carleton et al., 2012; Dugas et al., 2004) e sono stati associati a decremento del benessere emotivo (Hill & Hamm, 2019; Kurita et al., 2013). Inoltre, in letteratura, sempre più evidenze la descrivono come una variabile transdiagnostica (Carleton et al., 2012), cioè un aspetto cognitivo implicato in numerosi disturbi psicologici (Bottesini et al., 2015).

### **2.3.1 Intolleranza dell'incertezza nella malattia**

Il costrutto di *intolleranza dell'incertezza nella malattia* fu formulato per la prima volta da Mishel nel 1988 all'interno della teoria dell'Intolleranza all'Incertezza nella Malattia (in inglese, *Uncertainty in Illness Theory* - UIT). L'incertezza nella malattia è definita come "l'incapacità di attribuire un significato agli eventi legati alla malattia", inclusa l'abilità di predire ciò che potrà accadere (Mishel, 1988, p. 225) ed è presente in situazioni di malattia che

sono ambigue, complesse e imprevedibili. L'incertezza non viene sperimentata solo dai pazienti, ma anche dai *caregivers* informali e dai familiari del malato stesso (Mishel, 2013).

La UIT si basa su tre concetti principali: *a)* antecedenti della malattia, *b)* valutazione dell'incertezza e *c)* strategie di coping.

- a) Le variabili antecedenti alla malattia possono essere di tre tipi: *i)* biologico, come la gravità della malattia, il *pattern* dei sintomi e la familiarità per i sintomi stessi; *ii)* psicologico, come il senso di impotenza, lo stato emotivo e le distorsioni cognitive; *iii)* sociale, come i sistemi di supporto e il livello educativo (Brown et al., 2020).
- b) La valutazione dell'incertezza (*uncertainty appraisal*) è data da predisposizioni personali, atteggiamenti e credenze che influenzano il modo in cui l'evento incerto sarà categorizzato, cioè se come un pericolo o un'opportunità. Se l'incertezza viene valutata come un pericolo, l'individuo adotterà strategie di coping volte ad eliminare l'incertezza, mentre se viene valutata come un'opportunità, la persona tenderà ad utilizzare strategie per mantenere l'incertezza (Mishel, 1981). La stima dell'evento come pericolo è correlata con la depressione (Mishel, 2013).
- c) Il *coping* è lo sforzo cognitivo e fisico messo in atto per gestire lo stress legato all'incertezza. Come detto precedentemente, la strategia utilizzata varia in base alla valutazione che l'individuo fa dell'incertezza. Se quest'ultima è valutata come pericolo, la persona tenderà a mettere in atto strategie di *coping* attive, cioè volte ad eliminare l'incertezza (es. ricerca di informazioni, vigilanza, ecc.) oppure strategie di *coping* focalizzate sulle emozioni (es. disimpegno emotivo, fatalismo ecc.) per minimizzare lo stress emotivo associato alla stessa. Se l'incertezza è valutata come opportunità, invece, il paziente utilizzerà strategie di *buffering*, come l'evitamento o l'ignoramento selettivo, per evitare l'incontro con nuovi stimoli e mantenere la situazione di incertezza, facendo

si che la valutazione della stessa non possa cambiare da opportunità a pericolo (Zhang, 2017). È importante anche il concetto di schema cognitivo, cioè l'interpretazione soggettiva che la persona fa degli eventi legati alla propria malattia (Mishel, 2013).

La Figura 2 mostra il modello dell'incertezza nella malattia di Mishel.

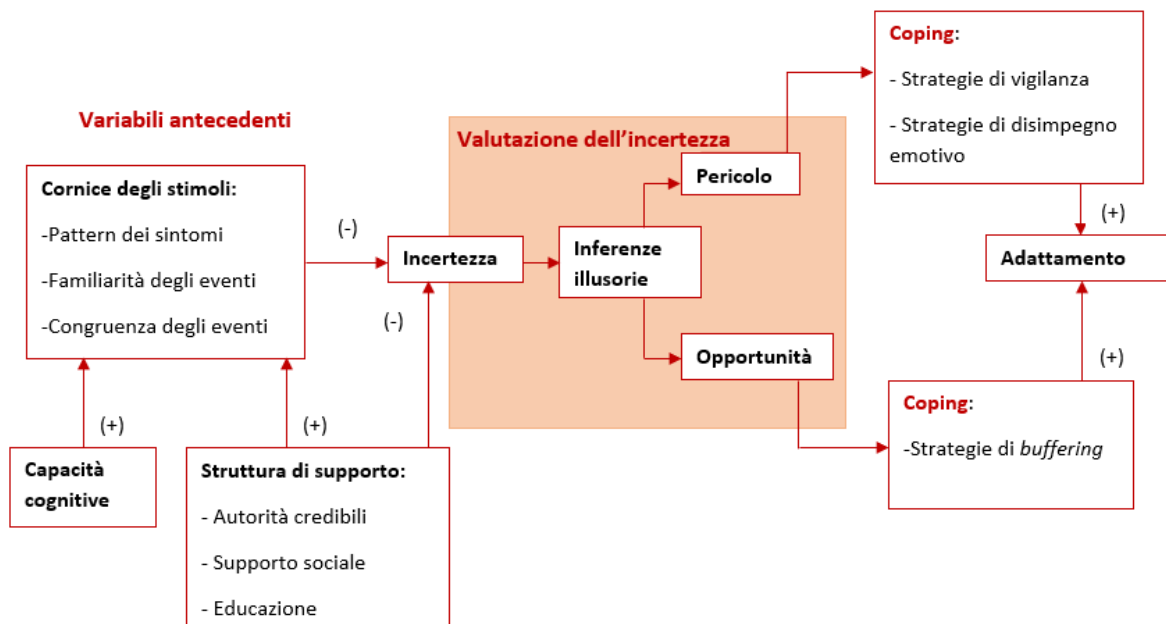


Figura 2. Modello dell'incertezza nella malattia di Mishel. Adattata da Mishel, 1988.

Nella teoria originale del 1988 erano incluse quattro principali assunzioni:

1. L'incertezza è uno stato cognitivo che rappresenta l'inadeguatezza dello schema cognitivo esistente, il quale supporta l'interpretazione degli eventi legati alla malattia.
2. L'incertezza è un'esperienza neutrale innata, che non è né desiderabile, né indesiderabile fino a quando non è valutata come tale.
3. L'adattamento rappresenta la continuità del comportamento biopsicosociale abituale di un individuo ed è il risultato desiderato degli sforzi di *coping* per ridurre l'incertezza valutata come opportunità.

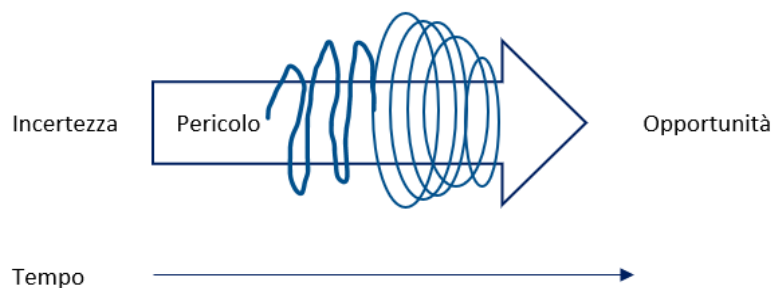
4. La relazione tra gli eventi di malattia, incertezza, valutazione, *coping* e adattamento è lineare e unidirezionale, e si muove da situazioni che promuovono l'incertezza verso quelle che promuovono l'adattamento.

Le ultime due assunzioni (3 e 4) vennero messe in dubbio da Mishel stessa, nella riconcettualizzazione della teoria dell'incertezza (Mishel, 1990), poiché dagli studi emerse che l'incertezza era vista come opportunità solamente quando contrapposta alla certezza negativa (Bailey & Stewart, 2017).

La Riconcettualizzazione della Teoria dell'Incetezza nella Malattia (in inglese, *Reconceptualization of Uncertainty in Illness Theory - RUIT*) prende in considerazione la cronicità dell'incertezza (Mishel, 2013). Mentre la UIT si concentra su situazioni, nelle quali sarà presente un ritorno alle condizioni di partenza, la RUIT riguarda il vivere con continua incertezza che può avvenire in malattie croniche o con possibilità di recidiva (Brown et al., 2020). La *Figura 3* mostra il modello della Riconcettualizzazione della Teoria dell'Incetezza nelle malattie croniche.

La RUIT riprende i tre concetti principali della UIT (antecedenti della malattia, stima dell'incertezza e strategie di coping) e aggiunge l'auto-organizzazione e il pensiero probabilistico, i quali entrano in gioco nel momento in cui la valutazione e le risposte di *coping* sono adattive. L'*auto-organizzazione* riflette la capacità di ri-organizzare sé stessi in modo da includere malattia e incertezza nel normale flusso della vita, mentre il *pensiero probabilistico* implica l'abbandono della credenza che esistano cose o situazioni certe o sicuramente prevedibili (Mishel, 2013). Secondo questo modello i fattori che possono facilitare la creazione di nuove prospettive di vita sono le esperienze precedenti, lo stato fisiologico, le risorse sociali e l'adeguatezza delle cure sanitarie fornite (Mishel, 2013).

Per spiegare in che modo si possa arrivare ad una riconcettualizzazione dell'incertezza nella malattia, Mishel ha utilizzato la Teoria del Caos (Lorenz, 1993). Questa mostra come un sistema complesso, nel momento in cui perde il suo equilibrio a causa di un'influenza esterna, farà di tutto per tentare di ristabilirlo. Così l'individuo, perso il suo equilibrio a causa della malattia e trovatosi in condizioni di incertezza cronica, cercherà di tornare al suo equilibrio iniziale spostandosi gradualmente da una visione aversiva dell'incertezza verso una adattiva, la quale accetta l'incertezza come parte della vita stessa (Bailey & Stewart, 2017).



**Figura 3. Modello della Riconcettualizzazione della Teoria dell'Incetezza nelle malattie croniche.** *Adattata da Mishel, 1990.*

Le conseguenze dell'incetezza possono essere la presenza di ansia, depressione (Brown et al., 2020; Bailey & Stewart, 2017), paura, agitazione, rabbia, disperazione e disturbo post-traumatico da stress, le quali, a loro volta, possono portare a strategie di *coping* maladattive, stress psicologico e continua ricerca ossessiva di informazioni (Brown et al., 2020). Inoltre essa può avere effetti negativi anche sulla qualità della vita, sulla soddisfazione per le relazioni familiari, sulla soddisfazione per i servizi di cura e sulla capacità dei caregiver di mantenere le proprie attività di cura del sé (Bailey & Stewart, 2017).

In seguito, ogni riferimento all'intolleranza dell'incetezza nella malattia, sarà relativo alla *Reconceptualization of Uncertainty in Illness Theory* (RUIT).



## 2.4 Il confronto sociale relativo all'apparenza

Una delle variabili che è importante considerare in relazione all'immagine corporea è il confronto sociale relativo all'apparenza (in inglese, *appearance comparison*).

Nella descrizione del costrutto del confronto sociale (in inglese, *social comparison*) Festinger (1954) parte dal presupposto che l'essere umano sia naturalmente predisposto a valutare le proprie opinioni e abilità, con lo scopo di poter adattare il proprio comportamento. In assenza di riferimenti oggettivi, l'individuo tende a confrontarsi con gli altri che lo circondano per definire e valutare sé stesso in modo appropriato. Solitamente il confronto sociale avviene con persone ritenute vicine nell'ambito preso in esame (Festinger, 1954), ma può avvenire anche con persone ritenute migliori (*upward comparison*) o peggiori (*downward comparison*). Poiché l'immagine corporea è un costrutto privo di misure oggettive è molto soggetto al confronto sociale: quando il confronto riguarda l'aspetto fisico si parla di confronto relativo all'apparenza (*appearance comparison*).

Le variabili che possono influenzare la relazione tra *appearance comparison* e insoddisfazione corporea sono:

1. L'importanza dell'aspetto fisico; più l'aspetto fisico è importante per l'individuo (alto *body image investment*), più la sua immagine corporea sarà influenzata.
2. La prossimità dei soggetti con cui viene messo in atto il confronto; da alcuni studi è emerso che le donne tendono a confrontarsi sia con soggetti vicini (es. i pari) che con soggetti lontani (e.g., modelle) ed è risultato che il confronto con le immagini proposte dai media è molto distruttivo (Leahey & Crowther, 2008).
3. La direzione del confronto; il confronto *upward* è più dannoso di quello *downward*, in quanto va a ledere l'autostima e il concetto di sé, anche se alcuni studi dimostrano come

entrambe le tipologie siano dannose (O'Brien et al., 2009). Dalla letteratura è emerso che le donne, nell'ambito dell'immagine corporea, tendono solitamente a fare confronti *upward* (Mulgrew et al., 2017).

4. L'impatto emotivo immediato; spesso il confronto sociale è seguito da emozioni negative (Leahey et al., 2011).

Il costrutto di *appearance comparison* è implicato nello sviluppo di insoddisfazione corporea e disturbi alimentari (O'Brien et al., 2009; Schaefer & Thompson, 2018) ma, in letteratura, non sono molti gli studi che indagano il ruolo di questo in persone che vivono una malattia.

## **2.5 La relazione tra i costrutti**

Dopo aver descritto i costrutti che saranno considerati nella ricerca, partendo dalla letteratura esistente, si possono ipotizzare le relazioni tra di essi.

Esistono pochi studi che mettono in relazione i costrutti immagine corporea e di intolleranza dell'incertezza. Uno di questi è la ricerca di Bijsterbosch e colleghi (2020), in cui vengono considerate le variabili di intolleranza dell'incertezza, insoddisfazione corporea e ansia sociale su un campione di popolazione generale. Tutte e tre risultano fortemente correlate tra loro in modo positivo ( $.54 \leq r \leq .62$ ;  $p < .001$ ) e l'analisi della regressione gerarchica indica che maggiori livelli di IU sono associati a maggiori livelli di insoddisfazione corporea, prima e dopo aver controllato per la variabile di ansia sociale, quindi indipendentemente da essa. Partendo da questi risultati, è possibile ipotizzare che esista una relazione diretta tra l'intolleranza dell'incertezza e la preoccupazione per l'immagine corporea, la quale è strettamente legata all'insoddisfazione corporea (Fingeret et al., 2014; Luca et al., 2011).

Dato che si parla di persone affette da una patologia, è più coerente ed informativo studiare il costrutto di riconcettualizzazione della teoria dell'incertezza nella malattia (RUIT), piuttosto che l'IU. La RUIT prende in considerazione la cronicità (Mishel, 2013), focalizzandosi sul vissuto di continua incertezza sperimentato nelle malattie croniche o con possibilità di recidiva. È possibile, quindi, che la preoccupazione per l'immagine corporea abbia un legame significativo con la RUIT.

Sempre dalla letteratura, è emerso che le persone più incerte riguardo le loro opinioni e l'ambiente circostante, insieme a coloro che hanno un senso ridotto di controllo tendono a impegnarsi maggiormente nel confronto sociale (Butzer & Kuiper, 2006). Ciò suggerisce che persone con maggiore RUIT potrebbero avere una maggiore tendenza ad attuare *appearance comparison*. A sua volta, nelle donne, la tendenza a confrontare il proprio aspetto fisico con le altre è uno dei fattori che contribuisce all'aumento di insoddisfazione corporea. Ciò avviene soprattutto se il confronto è attuato con persone percepite come migliori (Vartanian & Dey, 2013). È possibile, quindi, che esista una relazione tra le variabili di intolleranza dell'incertezza nella malattia e *appearance comparison* e che quest'ultima spieghi anche parte del legame tra la RUIT e la preoccupazione per l'immagine corporea.

Fino ad ora sono state descritte le variabili che hanno un impatto negativo sulla persona poiché possono causare un aumento della preoccupazione per l'immagine corporea e, di conseguenza, dell'insoddisfazione corporea. Una delle variabili, invece, che potrebbe influire in modo positivo è l'apprezzamento per la funzionalità del corpo. Questa tende ad incrementare le varie componenti dell'immagine corporea positiva e a diminuire il rischio di sviluppare alcuni disturbi mentali come l'immagine corporea negativa e i disturbi alimentari (Alleva et al., 2019). L'apprezzamento per la funzionalità porta a vedere il corpo come un mezzo con cui poter vivere e non solo come un oggetto da mettere in mostra; è possibile che ciò favorisca una diminuzione

della preoccupazione per il proprio aspetto fisico, portando l'aspetto esteriore a non essere più la sola componente centrale. Inoltre, è possibile che questa diversa e maggiore consapevolezza del proprio corpo porti ad una diminuzione della tendenza al confronto sociale che, a sua volta, potrebbe portare ad un abbassamento dei livelli di preoccupazione per l'immagine corporea.

Infine, anche l'avanzare dell'età potrebbe incrementare l'immagine corporea positiva. Con il passare degli anni è possibile che si tenda ad acquisire una maggiore consapevolezza del proprio corpo, la quale potrebbe contribuire ad una diminuzione del bisogno di confrontarsi con gli altri e di preoccuparsi eccessivamente per le caratteristiche estetiche.

Nonostante i contributi esistenti in letteratura, le conoscenze riguardo le relazioni tra i costrutti qui citati sono ancora scarse e perciò meritevoli di essere studiate ed indagate. In particolare, è di interesse lo studio di queste relazioni all'interno della popolazione di persone affette da una o più patologie.

### **2.5.1 L'ansia e la depressione**

Nei paragrafi precedenti, i meccanismi di ansia e depressione sono stati spesso citati come conseguenze o accompagnatori dei costrutti esaminati.

L'*ansia* è uno stato emotivo stressante e spiacevole di nervosismo e malessere, le cui cause possono apparire poco chiare a chi la sperimenta. Non è legata ad una reale e presente situazione minacciosa, ma può essere anticipatoria di una minaccia, persistere dopo uno scampato pericolo o si può presentare in assenza di stimoli pericolosi. L'ansia si accompagna spesso a modificazioni fisiche e a comportamenti simili a quelle causate dalla paura. Un certo grado di ansia è adattivo e contribuisce a migliorare il funzionamento dell'individuo,

aiutandolo a prepararsi, esercitarsi o essere prudente in situazioni potenzialmente pericolose (American Psychiatric Association, 2013).

Se supera un certo livello, l'ansia diventa disadattiva e si trasforma in un vero e proprio disturbo. Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) per parlare di veri e propri disturbi d'ansia è necessario che:

- paure o ansia siano irrealistiche e irrazionali
- l'intensità sia eccessiva e prevaricante
- sia sperimentato un disagio significativo e ci siano reali interferenze o compromissioni nella vita quotidiana.

L'ansia si presenta in un gran numero di disturbi fisici e mentali e in alcuni di essi rappresenta il sintomo predominante. L'ansia disadattiva, cronica e non trattata può contribuire o interferire con il trattamento di alcuni disturbi clinici generici (MSD, 2022).

La *depressione*, invece, è una patologia in cui si presenta una vera e propria alterazione dello stato emotivo. Essa può manifestarsi con diversi livelli di gravità: alcune persone presentano sintomi depressivi lievi e transitori, mentre altre presentano forme di depressione più gravi e hanno una estrema difficoltà e disagio nel compiere le attività quotidiane per periodi più lunghi di tempo. Secondo il DSM-5, i suoi principali sintomi sono:

- un umore depresso per la maggior parte del tempo
- diminuzione di interesse e/o piacere per le attività quotidiane (tra cui anche diminuzione del desiderio sessuale)
- prevalenza di emozioni di tristezza profonda e continua, disperazione, apprensione, rabbia, apatia

- calo dell'autostima;
- pensieri di morte, impotenza e ideazione/pianificazione suicidaria;
- variazione dei livelli di energia fisica, faticabilità, qualità del sonno e dell'appetito;
- ricorrente ruminazione e/o rimuginio.

Sia l'ansia che la depressione sono considerate variabili di esito clinico, poiché sono presenti in diversi disturbi descritti anche nel DSM-5. Tuttavia, è importante ricordare che entrambe queste variabili possono, al tempo stesso, influenzare ed essere influenzate da altri costrutti. Ad esempio, l'ansia può aumentare i comportamenti di controllo dell'immagine corporea, i quali incidono sui livelli di insoddisfazione corporea, che a loro volta aumentano i sintomi di ansia e depressione (Fingeret et al., 2014). A loro volta, i sintomi depressivi possono accompagnarsi ad una visione negativa di sé, la quale può comprendere anche l'immagine corporea.

### **3. Uno studio di ricerca osservazionale**

A partire dallo stato dell'arte che si è cercato di riassumere in precedenza, si è impostato uno studio di ricerca osservazionale.

#### **3.1 Obiettivo dello studio di ricerca**

Dal momento che, ad oggi, in letteratura non sono presenti molti studi che indagano le dinamiche della preoccupazione per l'immagine corporea in persone che convivono con una malattia, l'obiettivo primario di questo studio di ricerca è quello di ampliare le conoscenze riguardanti le caratteristiche e i meccanismi psicologici correlati all'esperienza di malattia.

Nello specifico, la presente ricerca si focalizza sullo studio della preoccupazione per l'immagine corporea. Partendo dalla letteratura esistente, lo studio prende in considerazione le variabili di intolleranza dell'incertezza nella malattia, confronto sociale riguardo l'aspetto fisico e apprezzamento per funzionalità del corpo e le mette in relazione sia tra loro che con il costrutto stesso di immagine corporea in un campione di persone che vivono l'esperienza di malattia.

#### **3.2 Ipotesi di ricerca**

Sulla base della letteratura scientifica sono state formulate le seguenti ipotesi di ricerca.

*Ipotesi 1) Preoccupazione per l'immagine corporea, intolleranza dell'incertezza nella malattia, confronto sociale relativo all'apparenza, ansia e depressione correlano significativamente e positivamente in pazienti affetti da una o più patologie.*

*1a)* In linea con la letteratura descritta precedentemente (Bailey & Stewart, 2017; Bijsterbosch et al., 2020; Brown et al., 2020; Fingeret et al., 2014) si ipotizza che preoccupazione per l'immagine corporea, intolleranza dell'incertezza nella malattia, confronto sociale relativo all'apparenza, ansia e depressione siano correlati significativamente e positivamente tra loro.

*1b)* Inoltre, si ipotizza che la preoccupazione per l'immagine corporea, l'intolleranza dell'incertezza nella malattia e il confronto sociale relativo all'apparenza concorrano allo sviluppo di ansia e depressione. Insieme, si vuole esplorare quali siano i predittori più forti.

*Ipotesi 2) Il confronto sociale relativo all'apparenza è una variabile mediatrice tra i costrutti di intolleranza dell'incertezza nella malattia, apprezzamento per la funzionalità del corpo, età e preoccupazione per l'immagine corporea, in pazienti affetti da una o più patologie.*

*2a)* Si ipotizza che il confronto sociale relativo all'apparenza spieghi parte del legame tra intolleranza dell'incertezza nella malattia e preoccupazione per l'immagine corporea.

*2b)* Si ipotizza che, sia alti livelli di apprezzamento per la funzionalità, sia maggiore età siano legati a minori livelli di confronto sociale relativo all'apparenza e quindi a minore preoccupazione per la propria immagine corporea.



### 3.3 Metodo

#### 3.3.1 Svolgimento della ricerca

La ricerca è di tipo trasversale (o *cross-sectional*), cioè caratterizzata da una raccolta dati avvenuta in un determinato arco di tempo, su una popolazione che presenta specifiche caratteristiche simili, per catturare i dati come in una fotografia.

Lo studio *cross-sectional* generalmente:

- si svolge in un unico punto nel tempo
- non implica la manipolazione di variabili
- permette di esaminare numerose caratteristiche contemporaneamente
- spesso è usato per guardare le caratteristiche prevalenti in una data popolazione
- può fornire informazioni su ciò che sta accadendo in una determinata popolazione al momento attuale

La ricerca si è svolta mediante la compilazione di una batteria di test in modalità online, attraverso la piattaforma Qualtrics. Il campione è stato reclutato online, attraverso varie piattaforme social come Facebook, Instagram e Whatsapp.

La raccolta dati ha incluso la partecipazione sia di persone affette da una o più patologie.

La batteria di test era comprensiva di questionari utili a studiare le variabili che saranno qui esaminate, più altre, sempre volte allo studio dello stato emotivo.

### 3.3.2 Il campione

Il campione è formato da 149 persone che hanno risposto a tutti i questionari presi in considerazione per questa ricerca. 142 erano femmine e 7 maschi. La *Tabella 1* mostra le caratteristiche demografiche del campione.

L'età è compresa tra i 19 e i 72 anni, con una media (m) di 43.6 anni e deviazione standard (ds) di 11.8. La maggior parte dei rispondenti (n = 146) è di nazionalità italiana, mentre gli altri tre sono rispettivamente di nazionalità albanese, bulgara e svizzera.

Per quanto riguarda lo stato civile, la maggior parte dei partecipanti è sposato (43.6%), il 24.2% è convivente, il 13.4% è single, il 6.7% è relativamente fidanzato o divorziato e il 2.7% separato o vedovo. Per quanto riguarda i livelli di educazione il 51% del campione ha solo la licenza di scuola media, il 13.4% ha rispettivamente la licenza elementare e una laurea triennale, il 10.7% ha la licenza di scuola elementare e la laurea magistrale, mentre un solo partecipante non ha nessun titolo di studio.

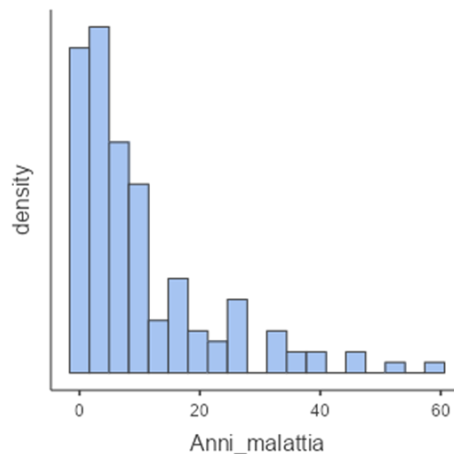
A livello lavorativo la maggior parte del campione si descrive come lavoratore (59.1%), seguito da disoccupato (16.8%), pensionato (7.4%) e studente (4%) o studente-lavoratore (4%). L'8.7% del campione dichiara di non riconoscersi in queste categorie.

Il 47% dei partecipanti afferma di non aver mai ricevuto un trattamento, farmacologico o psicoterapeutico, per difficoltà psicologiche o psichiatriche, mentre il 22.1% afferma di averlo ricevuto in passato e il 29.5% di partecipare attualmente ad un percorso di terapia legato alla salute mentale. Il restante 1.3% ha preferito non rispondere.

**Tabella 1. Informazioni demografiche del campione**

Classificazione	M e SD	N	% sul totale
Età (anni)	43.6 $\mp$ 11.8	149	-
Sesso biologico			
Femminile		142	95.3%
Maschile		7	4.7%
Stato civile			
Single		20	13.4 %
Fidanzato		10	6.7 %
Convivente		36	24.2 %
Sposato		65	43.6 %
Separato		4	2.7 %
Divorziato		10	6.7 %
Vedovo		4	2.7%
Livello di educazione			
Nessuno		1	0.7 %
Licenza elementare		20	13.4 %
Licenza scuola media		76	51.0 %
Licenza scuola superiore		16	10.7 %
Laurea triennale		20	13.4 %
Laurea magistrale		16	10.7 %
Stato occupazionale			
Studente		6	4.0 %
Studente-lavoratore		6	4.0 %
Lavoratore		88	59.1 %
Disoccupato		25	16.8 %
Pensionato		11	7.4%
Altro		13	8.7 %
Trattamento psicologico			
Mai		70	47.0 %
In passato		33	22.1 %
Attualmente		44	29.5 %
Non rispondo		2	1.3%

Per quanto riguarda la durata della malattia, è stata calcolata una media di 10 anni, con deviazione standard di 11.7. La durata va da un minimo di 3 giorni fino ad un massimo di 59 anni. Guardando il *Grafico 1* è subito evidente, però, come la grande maggioranza del campione soffra in realtà da meno di 10 anni e che la media sia influenzata dai numeri più elevati.



**Grafico 1. Distribuzione della durata della malattia**

All'interno della *survey* i partecipanti, dopo essersi dichiarati come pazienti, hanno avuto la possibilità di indicare da quale patologia fossero affetti. La possibilità di risposta multipla ha consentito di poter indicare anche più di una malattia per ogni partecipante. A fini descrittivi, qui di seguito sono elencati i disturbi emersi dall'analisi delle risposte in ordine decrescente di frequenza nel campione:

**Cancro (44 partecipanti).** Il cancro è una condizione patologica originata da un'alterazione genetica, la quale consente a cellule danneggiate di riprodursi e proliferare, alterando così la struttura e il funzionamento dell'organismo. Sono necessarie più mutazioni affinché la malattia si sviluppi e alla loro origine possono esserci condizioni ereditarie o sporadiche, cioè causate da fattori esterni, interni o casuali. Il cancro ha anche la capacità di localizzarsi a distanza dalla

malattia primitiva, portando alla malattia secondaria o metastatica (Associazione Italiana per la Ricerca sul cancro, AIRC, 2018; Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, 2022).

***Disturbo mentale, psicologico o psichiatrico (28 partecipanti).*** Il Ministero della Salute definisce la malattia mentale come “una sindrome caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo [...] generalmente accompagnati da sofferenza o difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali e altre attività significative”. Ad influire sulla salute mentale non sono soltanto le caratteristiche individuali ma anche fattori esterni, come le caratteristiche socioeconomiche, culturali, politiche e ambientali (Ministero della Salute, 2022).

***Fibromialgia (25 partecipanti).*** La fibromialgia è una patologia cronica caratterizzata da dolori muscolari diffusi, di natura non infiammatoria, associati ad affaticamento, rigidità, problemi di insonnia, di memoria e alterazioni dell'umore. L'eziologia non è chiara e ad oggi non esiste una vera cura (IRCCS, 2022; MSD, 2022).

***Disturbi infiammatori dell'intestino (23 partecipanti).*** Tra i disturbi infiammatori dell'intestino i più ricorrenti nel nostro campione sono il Morbo di Chron (13 persone), un'inflammatione cronica intestinale che può colpire la parete di tutto il tratto gastrointestinale dalla bocca all'ano e la rettocolite ulcerosa (7 persone), una malattia simile che colpisce la mucosa dell'intestino crasso interessando primariamente il retto, per poi eventualmente estendersi e coinvolgere parte o tutto il colon (IRCCS, 2022). Infine, due partecipanti hanno dichiarato di avere la Sindrome da Intestino Irritabile o Colon irritabile (Ibs-c) e uno la colite aspecifica.

***Sindrome di Bechet (20 partecipanti).*** La Sindrome di Behcet è un'inflammatione cronica dei vasi sanguigni che può causare ulcere dolorose alla bocca e ai genitali, lesioni cutanee e

problemi oculari. Anche le articolazioni, il sistema nervoso e l'apparato digerente possono infiammarsi (MSD, 2022)

***Endometriosi stadi clinici III e IV (13 partecipanti).*** L'endometriosi è un'inflammatione cronica degli organi genitali femminili e del peritoneo pelvico, causata dalla presenza anomala di cellule endometriali che, in condizioni normali, si trovano solo all'interno dell'utero. Colpisce prevalentemente donne tra i 25 e i 35 anni ed è spesso asintomatica. Quando sintomatica, si manifesta generalmente con dolore pelvico, soprattutto in fase peri-mestruale, mestruazioni dolorose (dismenorrea), dolore durante i rapporti sessuali (dispareunia). La sintomatologia dolorosa può, inoltre, essere riferita alla defecazione. È divisa in quattro stadi. In questo studio sono stati presi in considerazione solamente lo stadio III (endometriosi moderata) caratterizzato dalla presenza di cisti ovariche (endometriomi) mono o bilaterali e tessuto aderenziale e/o cicatriziale tra gli organi pelvici e lo stadio IV (endometriosi grave) in cui sono presenti impianti endometriosisici molto profondi, voluminose cisti su una o entrambe le ovaie, oltre a esiti cicatriziali e aderenziali importanti (IRCCS, 2022).

***Disturbi cardiovascolari e cardiocircolatori (12 partecipanti).*** Le malattie cardiovascolari sono un gruppo di patologie che interessano il cuore e i vasi sanguigni, oltre che le malattie cerebrovascolari. In particolare, un partecipante ha dichiarato di avere l'arteriopatia obliterante, cioè una frequente complicanza del diabete, caratterizzata dalla presenza di placche aterosclerotiche ostruenti il flusso di sangue nelle arterie che irrorano gli arti inferiori (Ministero della salute, 2021; MSD, 2022).

***Disturbi renali/nfrologici (8 partecipanti).*** Le patologie renali esistenti sono diverse e numerose.

***Disturbi pneumologici (7 partecipanti).*** I disturbi pneumologici sono patologie legate all'apparato respiratorio.

***Disturbi neurologici (7 partecipanti).*** I disturbi neurologici sono patologie a carico del cervello, del midollo spinale e/o dei nervi. Possono variare notevolmente in forma, sintomi e gravità e possono avere come conseguenza debolezza muscolare o perdita di coordinazione, sensazioni anormali nella pelle e problemi di vista, tatto, olfatto e udito (MSD, 2022).

***Disturbi legati alla tiroide (6 partecipanti).*** La tiroide è una piccola ghiandola situata nel collo, i cui ormoni regolano importanti funzioni dell'organismo, tra cui i processi metabolici, la respirazione, il battito cardiaco, la temperatura corporea, lo sviluppo del sistema nervoso centrale e la crescita corporea (Istituto Superiore di Sanità, ISS, 2022). Due pazienti soffrono del Morbo di Basedow, una malattia autoimmune in cui il sistema immunitario riconosce come estranea all'organismo la tiroide e la attacca; altri due della Tiroidite di Hashimoto, un'inflammatione autoimmune cronica della tiroide (MSD, 2022); infine, uno soffre di ipotiroidismo, una condizione clinica in cui la tiroide non produce un quantitativo sufficiente di ormoni (ISS, 2022).

***Artriti e artrosi (6 partecipanti).*** L'artrite è una malattia infiammatoria cronica caratterizzata da dolore e infiammazione a livello delle articolazioni con importanti ripercussioni sulla mobilità e il sostegno dello scheletro. Le forme più gravi di artrite possono deformare le articolazioni, compromettendo la capacità di svolgere anche i più semplici compiti quotidiani. Può svilupparsi in persone di ogni età e se non riconosciuta e curata adeguatamente tende a peggiorare. Due pazienti hanno dichiarato di soffrire di artrite psoriasica, una malattia infiammatoria cronica a carico delle articolazioni di soggetti affetti da psoriasi o con familiari interessati da questa malattia, mentre uno di spondiloartrite, termine che include un gruppo di malattie del tessuto connettivo che causano un'importante infiammazione articolare, andando a colpire le articolazioni e la colonna vertebrale (MSD, 2022).

Infine, un partecipante ha indicato di avere una diagnosi di artrosi degenerativa, la quale implica un progressivo deterioramento della cartilagine articolare, che viene man a mano sostituita da tessuto osseo, provocando dolore, complessiva perdita di cartilagine e funzionalità della zona colpita. A differenza dell'artrite, l'artrosi è una malattia degenerativa (ISS, 2022).

***Diabete (5 partecipanti).*** Il diabete è una malattia caratterizzata da un aumento dei livelli di glucosio nel sangue, causato da un deficit della quantità e/o dell'efficacia biologica dell'insulina. L'insulina è l'ormone che controlla la glicemia nel sangue ed è prodotto dal pancreas. Esistono due principali tipologie di diabete, molto diverse tra loro. Il diabete di tipo 1 ha un'origine autoimmune, in cui il sistema immunitario distrugge rapidamente le cellule del pancreas che producono insulina. Compare soprattutto in bambini, adolescenti, giovani adulti e raramente inizia dopo i 40 anni. Il diabete di tipo 2, invece, si sviluppa nel tempo a causa di un deficit nella produzione di insulina o nella sua minore efficacia, e non dipende da risposte autoimmuni. L'insulino-resistenza è causata dall'interazione di fattori individuali esterni e ambientali. Il diabete tipo 2 compare soprattutto dopo i 40 anni, ma l'età di insorgenza si sta abbassando, anche a causa della maggiore diffusione dell'obesità tra i più giovani (Società Italiana di Diabetologia, SID, 2022).

Le altre condizioni presentate che hanno una frequenza inferiore ai 5 partecipanti ciascuna sono elencate nell'*Appendice A*.

Anche se di natura diversa, queste patologie hanno alcuni aspetti in comune. Ad esempio, quasi tutte hanno un decorso cronico o con possibilità di recidiva, il che è alla base della teoria della riconcettualizzazione dell'intolleranza dell'incertezza nella malattia qui presa in esame. Inoltre, un altro aspetto psicologico comune potrebbe essere la preoccupazione per l'immagine corporea, in quanto può essere presente un'alterazione della forma, della funzione o della visione del corpo stesso.



### 3.3.3 Strumenti di misura

Gli strumenti utilizzati sono questionari self-report, la maggior parte validati in italiano e standardizzati, e la minor parte strumenti in corso di validazione. Questi test erano parte di una batteria più ampia.

#### *Ansia e depressione*

- *Scheda Ansia-Depressione in Riabilitazione (AD-R; Moroni et al., 2006)*: misura i costrutti di ansia e depressione in persone con malattia fisica. Ha 25 item e 2 scale (Ansia e Depressione). La scala dell'Ansia (AR) è composta da 10 item con risposta su scala likert a 4 punti da 1 (Per nulla) a 4 (Moltissimo); il range di punteggio va da 10 a 40 e il cut-off clinico è all'80° percentile (cioè un punteggio di 25 per le femmine e 22 per i maschi). Esempio di item: "Sono teso". La scala ha un'ottima consistenza interna in questo studio ( $\alpha$  di Cronbach = .926). La scala della Depressione (DR) ha risposta dicotomica NO/SI, con range di punteggio da 0 a 15; il cut-off clinico è al 90° percentile (punteggio 9 per femmine e 7 per maschi). Esempio di item: "Ho spesso voglia di piangere". La scala ha una buona consistenza interna in questo studio ( $\alpha = .788$ ).

#### *Immagine corporea*

- *Italian Body Image Concern Inventory (I-BICI; Littleton et al., 2005; Luca et al., 2011)*: questionario self-report composto da 19 item su scala likert a 5 punti, da 1 (Mai) a 5 (Sempre), misura la preoccupazione per l'immagine corporea. Ha due fattori: 1) l'insoddisfazione riguardo l'aspetto e i tentativi di camuffare e/o nascondere i difetti percepiti (e.g., "Sono insoddisfatto di alcune parti del mio aspetto"); 2) quanto l'insoddisfazione corporea porta limitazioni ed evitamenti nella vita sociale (e.g., "Mi sono sentito in imbarazzo ad uscire di casa a causa del mio aspetto"). In questo studio,

il questionario presenta un'ottima consistenza interna sia per quanto riguarda la scala generale ( $\alpha = .943$ ) sia per la sottoscala della preoccupazione per l'immagine corporea ( $\alpha = .935$ ) e una buona attendibilità per la sottoscala delle limitazioni ( $\alpha = .759$ ). La scala ha la capacità di discriminare tra i livelli clinici e non, anche se per quanto riguarda il valore del cut-off in letteratura sono presenti pareri contrastanti.

Littleton e colleghi (2005) nel loro articolo sulla creazione e validazione della scala BICI, hanno fissato il cut off clinico a 72 punti con specificità accettabile (67%) e sensibilità eccellente (96%). Nel loro studio, però, il campione è formato totalmente da studentesse e studenti di quattro diversi college del sud-est americano, di cui l'80% sono donne; rappresenta, dunque, una popolazione molto giovane e prevalentemente femminile. Inoltre, il campione clinico di confronto è formato da pochi soggetti, tra l'altro privi di una vera e propria diagnosi clinica di disturbi alimentari (in particolare bulimia) e disturbi da dismorfismo corporeo. In una ricerca successiva, invece, Schultevan Maaren e colleghi (2014) hanno calcolato un cut-off molto più basso (55 punti con specificità e sensibilità eccellenti, rispettivamente 90% e 96%) nella popolazione generale. Qui il campione è formato da una proporzione più equa di donne (62.5%) e uomini (37.5%) olandesi con un'età media di circa 40 anni. Per creare il cut-off hanno confrontato il campione di popolazione generale e uno di pazienti con diagnosi di Disturbo da Dismorfismo Corporeo, Ipocondria e Sindrome della Fatica Cronica. Inoltre, in questa ricerca entrambi i campioni sono molto più numerosi. Per quanto riguarda il panorama italiano, lo studio di Luca e colleghi (2011) non parla di cut-off, in quanto è svolto esclusivamente su popolazione generale. Ad ora, sui principali canali di ricerca non sono presenti articoli riguardanti studi con popolazione clinica svolti in Italia.

### ***Apprezzamento per la funzionalità del corpo***

- *Functionality Appreciation Scale (FAS; Alleva et al., 2017; Cerea et al., 2021)*: misura l'apprezzamento per la funzionalità del corpo, con 7 item su scala likert a 5 punti da 1 (Fortemente in disaccordo) a 5 (Fortemente d'accordo). Un esempio di item è: "Apprezzo il mio corpo per quello che è capace di fare". La scala presenta una buona consistenza interna in questo studio ( $\alpha = .897$ ).

### ***Intolleranza dell'incertezza nella malattia***

- *Uncertainty in Illness Questionnaire (UIQ; Panzeri et. al., 2023)*: scala self-report per la misura dell'incertezza nella malattia composta da 39 item su scala Likert a 5 punti, da 1 (Per nulla) a 5 (Moltissimo). Un esempio di item è: "Mi crea disagio non sapere se i trattamenti funzioneranno". La scala presenta un'ottima consistenza interna ( $\alpha = .972$ ) e la validazione è in corso.

### ***Confronto sociale relativo all'apparenza***

- *Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3; Schaefer & Thompson, 2018; versione italiana in corso di validazione)*: questionario self-report su scala likert a 4 punti (da Mai a Quasi sempre), composto da 9 sezioni da 3 item ciascuna. Per ogni sezione, se il soggetto risponde "Mai" passa direttamente alla sezione successiva, altrimenti deve rispondere anche agli altri 2 item della sezione. La scala misura i livelli di confronto sociale, la sua direzione, cioè se viene attuato con persone ritenute migliori (*upward*) o peggiori (*downward*) e le emozioni che ne conseguono. Esempio di item: "Quando sono a una festa o ad un evento sociale, confronto il mio aspetto fisico globale con quello degli altri." In questo studio, la sottoscala che misura il livello di confronto sociale ( $\alpha = .935$ ) e quella che misura le emozioni legate al confronto ( $\alpha = .943$ ) hanno

un'ottima consistenza interna, mentre in quella sulla direzione del confronto è buona ( $\alpha = .881$ ).

### 3.4 Analisi dati

L'analisi dati è stata svolta con i software R studio (R Core Team, 2020). e Jamovi (The Jamovi Project, 2021). Si sono utilizzate statistiche descrittive, correlazioni lineari, regressione multipla e *path analysis*.

Le **statistiche descrittive** hanno come obiettivo quello di sintetizzare i dati per rendere utilizzabili le informazioni in essi contenute. Ne fanno parte il calcolo della media, della deviazione standard, la stima di frequenza, la distribuzione campionaria e l'utilizzo di grafici e tabelle (Agresti & Finlay, 2012).

La **correlazione bivariata** è una tipologia di analisi statistica che permette di studiare la presenza di un'associazione tra due variabili, la quale esiste se al variare di x varia anche y. Se entrambe si muovono nella stessa direzione l'associazione si dice positiva, mentre se si spostano in direzioni opposte è negativa. La correlazione ha anche un indice di forza (solitamente misurato con r di Pearson o rho di Spearman) che varia da -1 a +1 e per avere valore deve essere statisticamente significativa (Agresti & Finlay, 2012).

La **regressione multipla** è un'estensione del modello di regressione e può essere utilizzata per analizzare la relazione tra una variabile dipendente e più variabili indipendenti. Le variabili indipendenti (o predittori) sono quelle solitamente manipolate dallo sperimentatore, mentre la variabile dipendente è quella il cui valore si modifica al variare delle indipendenti. L'obiettivo dell'analisi è quello di prevedere i valori assunti da una variabile dipendente a partire dalla conoscenza di quelli osservati su più variabili indipendenti.

Per mettere in atto l'analisi della regressione è importante che:

- 1) la relazione tra le indipendenti e la dipendente sia di tipo lineare;
- 2) la variabile dipendente sia quantitativa;
- 3) ci siano almeno 10-15 osservazioni per ogni indipendente inserita nel modello;
- 4) ci sia una correlazione significativa tra le variabili indipendenti e la dipendente;
- 5) non si verifichi la multicollinearità, cioè le variabili esplicative non siano troppo correlate tra loro (Pozzolo, 2021).

La ***path analysis*** ha lo scopo di stimare l'intensità degli effetti esercitati da determinate variabili all'interno di un sistema causale ipotizzato dal ricercatore. Questa tipologia di analisi si basa su un sistema chiuso di relazioni "a nido" tra le variabili, che sono statisticamente definite come una serie strutturata di equazioni di regressione lineare. Per questo, la *path analysis* segue le stesse assunzioni della regressione lineare elencate sopra. Le variabili di un modello possono essere esogene o endogene. Nelle esogene la varianza non dipende da nessun'altra variabile del modello, mentre nelle endogene è spiegata dalle variabili incluse nel modello stesso. Le variabili esogene non devono per forza correlare con le altre esogene (Columbia Public Health, 2022).

Partendo dal presupposto che la ricerca è *cross-sectional*, si ricorda che non è possibile stabilire relazioni di causa-effetto tra le variabili, ma si può solo osservare in che modo si relazionano tra loro, attraverso la creazione di modelli basati sulla letteratura. I modelli potranno essere poi confermati o disconfermati attraverso studi futuri di tipo sperimentale o longitudinale.

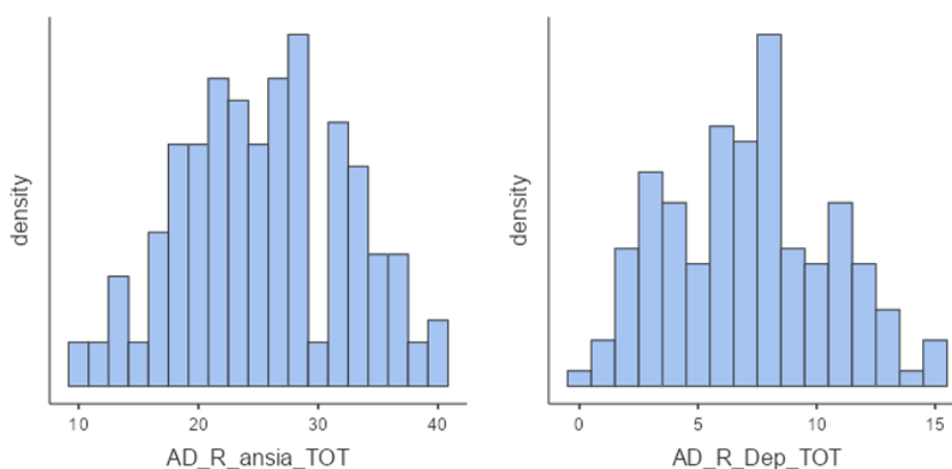
### 3.5 Risultati dello studio di ricerca

Di seguito sono riportati i risultati delle analisi condotte.

#### 3.5.1 Analisi descrittive

##### *Ansia e depressione*

I punteggi alla scala AD-R-Ansia e Depressione in Riabilitazione hanno rispettivamente una media di 25.24 e deviazione standard di 6.90 per l'ansia e  $m = 7.13$  e  $ds = 3.39$  per la depressione. Dai *Grafici 2 e 3* e dal test Shapiro-Wilk<sup>1</sup> è possibile vedere come sia la scala dell'ansia ( $W = .986$ ,  $p >.01$ ) che della depressione ( $W = .976$ ,  $p >.01$ ) abbiano una distribuzione campionaria normale.



#### **Grafici 2 e 3. Distribuzione campionaria dei livelli di ansia e depressione.**

Per interpretare i punteggi nelle scale di ansia e depressione è doveroso dividerli in base al sesso, poichè il cut-off clinico della scala AD-R è diverso per maschi e femmine. Questa

---

<sup>1</sup> Test utilizzato per valutare la normalità della distribuzione in piccoli campioni. Se  $p$  non è significativo ( $>.001$ ) si accetta l'ipotesi nulla, cioè il campione ha distribuzione normale.

differenza è dovuta al fatto che, in generale, le femmine tendono ad essere maggiormente emotive rispetto ai maschi, ottenendo in media punteggi più elevati alla scala. È importante sottolineare che le informazioni che seguono sono meramente descrittive e non hanno come fine un vero confronto di genere, in quanto non sarebbe attendibile data l'elevata differenza numerica tra i due gruppi. Il cut-off della scala AD-R è clinico, cioè consente di distinguere livelli clinici di ansia e depressione da quelli non patologici.

Come mostrato in *Tabella 2*, il punteggio medio dell'ansia nelle femmine, anche se di poco, supera i livelli clinici ( $m = 25.86$ ,  $ds = 6.70$ ,  $cut-off = 25$ ), mostrando livelli medi di ansia molto elevati. Più bassi sono i livelli di ansia nei maschi ( $m = 17.29$ ,  $ds = 6.16$ ,  $cut-off = 22$ ). Più in particolare, 11 donne hanno punteggi alla soglia del cut-off clinico ( $pt = 25$ ), mentre 70 lo superano ( $pt > 25$ ). Riguardo gli uomini, invece, solamente un soggetto supera il cut-off ( $pt > 22$ ). Comunque, i dati mostrano che la maggioranza del campione (55%) sperimenta elevati livelli di ansia che potrebbero, in seguito ad ulteriori accertamenti, essere definiti clinici.

Per quanto riguarda la depressione, sia le femmine ( $m = 7.20$ ,  $ds = 3.43$ ,  $cut-off = 9.00$ ) che i maschi ( $m = 5.57$ ,  $ds = 1.99$ ,  $cut-off = 7.00$ ) mostrano punteggi medi al di sotto del cut-off clinico. Nello specifico, 9 donne si trovano alla soglia del cut-off ( $pt = 9$ ) e 37 lo superano ( $pt > 9$ ), mentre per quanto riguarda gli uomini, sono quattro sul totale di sette ad avere punteggi alla soglia del cut-off ( $pt = 7$ ), mentre nessuno lo supera. Anche se i numeri sono minori rispetto all'ansia, va sottolineato che circa un terzo del campione (33,56%) potrebbe sperimentare depressione a livelli clinici.

**Tabella 2. Descrittive di Ansia e Depressione in base al sesso**

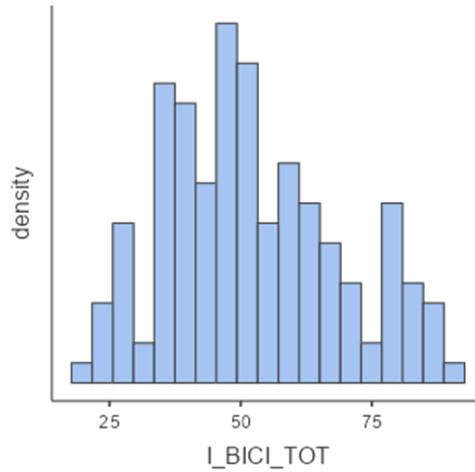
	Sesso	N	Media	DS	Minimo	Massimo
Ansia	F	142	25.86	6.70	10	40
	M	7	17.29	6.16	10	29
Depressione	F	142	7.20	3.43	0	15
	M	7	5.57	1.99	2	7

*Note.* N = numero di soggetti; DS = deviazione standard; Minimo = punteggio minimo; Massimo = punteggio massimo.

### ***Preoccupazione per l'immagine corporea***

La preoccupazione per l'immagine corporea, misurata con la scala I-BICI ha un punteggio medio di 52.48 (con ds = 16.56), su un range che va da 19 a 95 punti. Come mostrato dal *Grafico 4*, il campione ha distribuzione normale ( $W = .974, p > .001$ ) sulla variabile I-BICI. La scala ha la capacità di discriminare tra i livelli clinici e non, anche se riguardo al valore del cut-off in letteratura sono presenti pareri contrastanti. Qualunque dei cut-off presentati sopra (Littleton et al., 2005; Schulte-van Maaren et al., 2014) si decida di prendere in considerazione, la media del campione si trova sotto la soglia clinica.

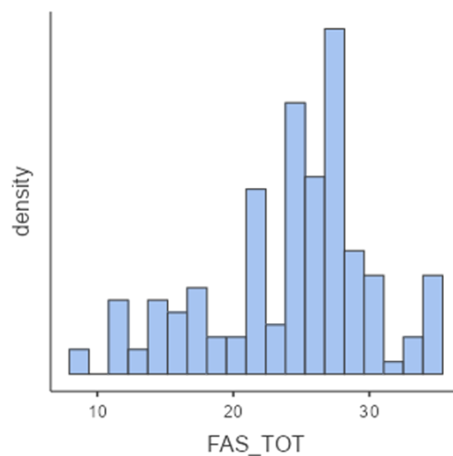




**Grafico 4. Distribuzione campionaria dei punteggi all'I-BICI**

*Apprezzamento per la funzionalità del corpo*

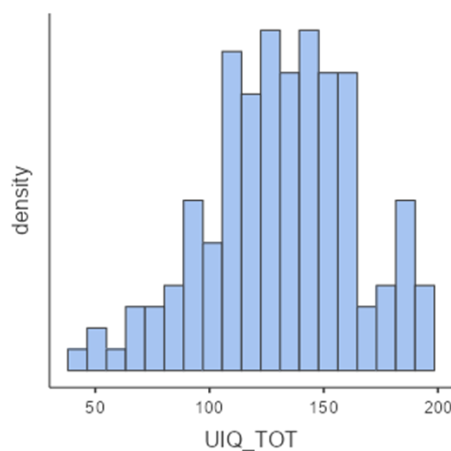
L'apprezzamento per la funzionalità del corpo, misurato con la Functionality Appreciation Scale (FAS), riporta una media di 24.23 e una ds di 6.00, su un range che va da 7 a 35. Il test Shapiro-Wilk ci indica che la distribuzione non è normale ( $W = .955, p < .001$ ) e dall'istogramma (*Grafico 5*) è possibile vedere come i punteggi tendono verso destra, cioè verso valori più elevati. Ciò mostra che nel campione c'è una tendenza ad avere elevati livelli di apprezzamento per la funzionalità del corpo.



**Grafico 5. Distribuzione campionaria dei punteggi alla FAS**

### ***Intolleranza dell'incertezza nella malattia***

L'intolleranza dell'incertezza nella malattia, misurata con la scala UIQ, ancora in corso di validazione, presenta punteggi medi di 131.40 con deviazione standard di 32.51, su un range da 39 a 195. Il *Grafico 6* mostra come la distribuzione, nonostante sia statisticamente normale ( $W = .986, p >.001$ ), è leggermente spostata verso destra, indicando livelli elevati di intolleranza dell'incertezza nella malattia nel campione.

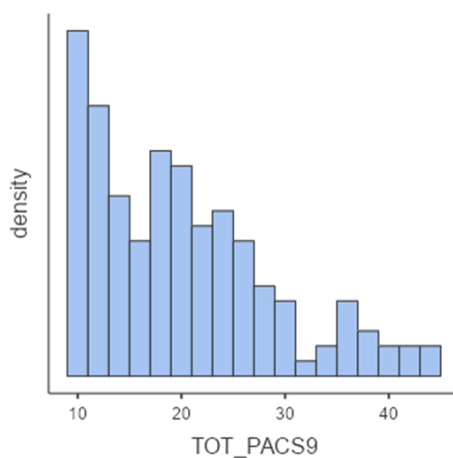


**Grafico 6. Distribuzione campionaria dei punteggi all'UIQ**

### ***Confronto sociale relativo all'apparenza***

La Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3) misura il confronto sociale relativo all'apparenza. Si è considerata solamente la scala principale, formata dai primi 9 item delle 9 sezioni della scala, che misura la tendenza al confronto sociale, tralasciando la direzione e l'emotività ad essa collegata. Il campione ha punteggi medi di 20.41 con ds di 8.90, su un range da 9 a 45. La scala non ha una distribuzione normale ( $W = .930, p < .001$ ) e dal *Grafico 7* è possibile vedere come i punteggi siano spostati verso sinistra indicando che, nel campione, la tendenza a confrontare il proprio aspetto fisico è bassa. Essendo il test di Shapiro Wilk molto

sensibile, sono stati valutati anche i valori di asimmetria e curtosi della scala PACS-3 che sono accettabili (asimmetria = 0.807, curtosi = 0.037).



**Grafico 7. Distribuzione campionaria dei punteggi di PACS-3**

### 3.5.2 Analisi ipotesi 1

*Ipotesi 1) Preoccupazione per l'immagine corporea, intolleranza dell'incertezza nella malattia, confronto sociale relativo all'apparenza, ansia e depressione correlano significativamente e positivamente in pazienti affetti da una o più patologie.*

Nella *Tabella 3* sono illustrate le correlazioni bivariate tra tutte le variabili che saranno considerate nell'analisi dati. Per creare la matrice è stato utilizzato il coefficiente rho di Spearman, poiché non tutte le distribuzioni campionarie seguono la curva normale. I risultati verranno analizzati più nello specifico successivamente.

**Tabella 3. Matrice di correlazione di Spearman di tutte le variabili**

	Ansia	Depressione	UIQ	I-BICI	FAS	PACS -3	ETA'
Ansia	—						
Depressione	.622 ***	—					
UIQ	.419 ***	.406 ***	—				
I-BICI	.313 ***	.407 ***	.311 ***	—			
FAS	-.330 ***	-.410 ***	-.183 *	-.338 ***	—		
PACS-3	.301 ***	.409 ***	.251 **	.749 ***	-.297 ***	—	
ETA'	-.135	-.101	-.160	-.272 ***	.057	-.218**	—

*Note.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . I-BICI = *Body Image Concern Inventory- Versione italiana*; FAS = *Physical Appreciation Scale*; UIQ = *Uncertainty in Illness Questionnaire*; PACS3 = *Physical Appearance Comparison Scale-3*; Ansia e depressione = *sottoscale della Scheda Ansia-Depressione in Riabilitazione (AD-R)*.

*Ipotesi 1a) Preoccupazione per l'immagine corporea, intolleranza dell'incertezza nella malattia, confronto sociale relativo all'apparenza, ansia e depressione correlano positivamente tra loro.*

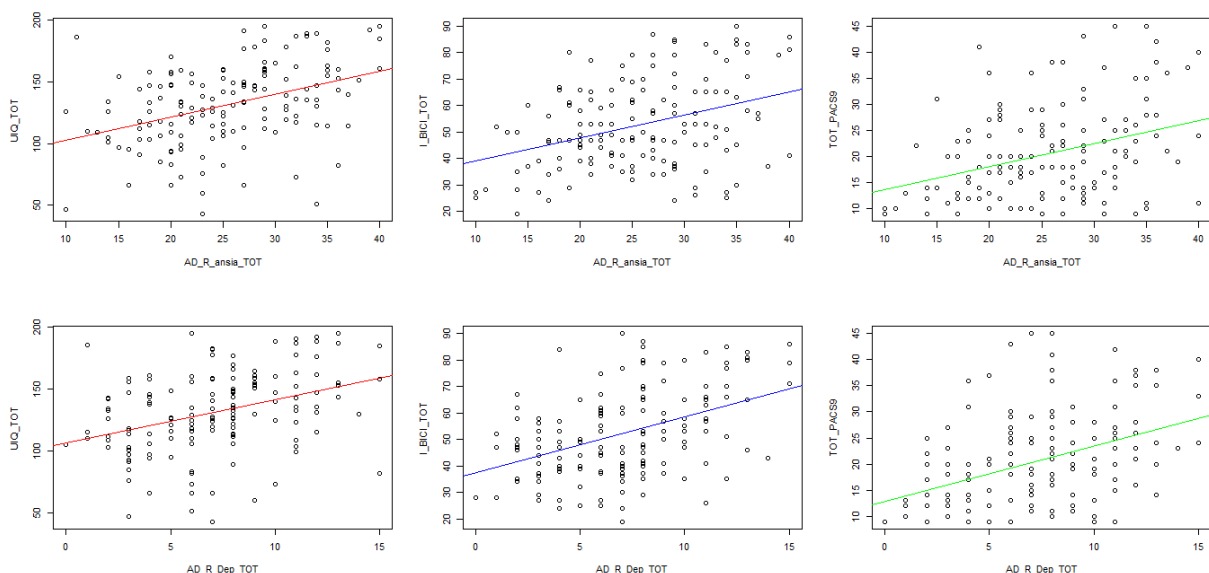
Dall'analisi della correlazione bivariata, i cui risultati sono illustrati nella *Tabella 3* e nel *Grafico 8*, è possibile vedere come le variabili di ansia, depressione, preoccupazione per l'immagine corporea (I-BICI), intolleranza dell'incertezza nella malattia (UIQ) e confronto sociale relativo all'apparenza (PACS-3), siano tutte positivamente correlate tra loro in maniera più o meno forte, ma sempre significativa. Le correlazioni vanno tutte nella stessa direzione, indicando come l'aumentare del punteggio di una, sia legato all'aumento di tutte le altre.

In linea con la letteratura, è possibile vedere una forte e significativa correlazione positiva ( $\rho$  di Spearman = .622,  $p < .001$ ) tra i livelli di ansia e depressione. Per quanto riguarda i rapporti con le altre variabili, la preoccupazione per l'immagine corporea ( $\rho = .407$ ,  $p < .001$ ),

l'intolleranza dell'incertezza nella malattia ( $\rho = .406, p < .001$ ) e il confronto sociale relativo all'apparenza ( $\rho = .409, p < .001$ ) hanno correlazioni positive di forza simile con i livelli di depressione, mentre con l'ansia, l'intolleranza dell'incertezza nella malattia ( $\rho = .419, p < .001$ ) ha una correlazione più forte rispetto ai costrutti di preoccupazione per l'immagine corporea ( $\rho = .313, p < .001$ ) e confronto sociale relativo all'apparenza ( $\rho = .301, p < .001$ ).

La correlazione più forte è quella tra I-BICI e PACS-3 ( $\rho = .749, p < .001$ ), la quale indica che i livelli di preoccupazione per l'immagine corporea sono legati in maniera positiva e significativa con quelli del confronto sociale relativo all'apparenza. Inoltre, I-BICI ha una correlazione significativa e di discreta forza anche con l'intolleranza dell'incertezza nella malattia ( $\rho = .311, p < .001$ ), la quale conferma la presenza di una relazione significativa tra le due.

La correlazione più debole, ma comunque significativa, è quella tra PACS-3 e UIQ ( $\rho = .251, p < .001$ )



**Grafico 8. Grafici della correlazione tra ansia (sopra) e depressione (sotto) e intolleranza dell'incertezza nella malattia (in rosso), preoccupazione per l'immagine corporea (in blu) e confronto sociale relativo all'apparenza (in verde)**

*Ipotesi 1b) Preoccupazione per l'immagine corporea, intolleranza dell'incertezza nella malattia e confronto sociale relativo all'apparenza concorrono allo sviluppo di ansia e depressione. Inoltre, si vuole esplorare quali siano i predittori più forti.*

Per indagare ancora più approfonditamente la relazione tra le variabili considerate sopra, è stato utilizzato il modello di regressione lineare multipla. Sul software R è stata attuata la stima simultanea di più modelli di regressione per capire quali variabili influissero maggiormente sui livelli di ansia e depressione (dipendenti), indicando come variabili indipendenti la preoccupazione per l'immagine corporea, l'intolleranza dell'incertezza nella malattia e il confronto sociale relativo all'apparenza. Dopo aver constatato che i residui sono distribuiti normalmente, il *p value* associato a F (=14.16) inferiore a .001 indica che il modello è significativo e che, con un *R<sup>2</sup> adjusted* pari a 21, contribuisce a spiegare il 21% della varianza dell'ansia.

Le stime dei coefficienti mostrano che sull'ansia avrebbe un effetto positivo e statisticamente significativo solamente il costrutto di intolleranza dell'incertezza nella malattia ( $\beta = 0.065$ ,  $se = 0.02$ ,  $p < .001$ ), mentre non risultano statisticamente significativi l'effetto di I-BICI ( $\beta = .06$ ,  $se = .05$ ,  $p > .05$ ) e di PACS ( $b = .12$ ,  $se = .08$ ,  $p > .05$ ). Per quanto riguarda la depressione, avrebbero un effetto statisticamente significativo sia UIQ ( $\beta = .02$ ,  $se = .01$ ,  $p < .001$ ) che la preoccupazione per l'immagine corporea ( $\beta = .04$ ,  $se = .02$ ,  $p < .05$ ), mentre non è statisticamente significativo l'effetto del confronto sociale relativo all'apparenza ( $\beta = .07$ ,  $se = .04$ ,  $p > .05$ ). Anche qui, il modello risulta significativo ( $F=16.46$ ,  $p < .001$ ) con una varianza spiegata del 23.8% secondo la stima dell'*R<sup>2</sup> adjusted*.

### 3.5.3 Analisi ipotesi 2

*Ipotesi 2) Il confronto sociale relativo all'apparenza è una variabile mediatrice tra i costrutti di intolleranza dell'incertezza nella malattia, apprezzamento per la funzionalità del corpo, età e preoccupazione per l'immagine corporea in pazienti affetti da una o più patologie.*

*2a) Il confronto sociale relativo all'apparenza spiega parte del legame tra intolleranza dell'incertezza nella malattia e preoccupazione per l'immagine corporea.*

*2b) Alti livelli di apprezzamento per la funzionalità del corpo e maggiore età sono legati a minori livelli di confronto sociale relativo all'apparenza e quindi a minore preoccupazione per la propria immagine corporea.*

Per lo studio di questa seconda ipotesi è stata utilizzata la tecnica statistica della *path analysis*. Le variabili incluse nel modello sono la preoccupazione per l'immagine corporea (I-BICI), l'intolleranza dell'incertezza nella malattia (UIQ), il confronto sociale relativo all'apparenza (PACS-3), l'apprezzamento per la funzionalità del corpo (FAS) e l'età dei pazienti.

Il modello, come mostra la *Figura 12*, è stato costruito utilizzando come variabili endogene la preoccupazione per l'immagine corporea e il confronto sociale relativo all'apparenza, mentre come esogene l'apprezzamento per la funzionalità del corpo, l'età e l'intolleranza dell'incertezza nella malattia. Nel grafico della *path analysis* le frecce unidirezionali indicano che una variabile non può essere sia causa che effetto di un'altra. Le frecce bidirezionali curve e tratteggiate, invece, indicano le correlazioni tra le variabili esogene (Columbia Public Health, 2022). Dalla *Tabella 3* si può vedere che tutte le variabili esogene correlano significativamente con quelle endogene e che tra le variabili indipendenti non è presente multicollinearità. In linea con la letteratura, è possibile vedere anche che i punteggi relativi all'età e all'apprezzamento della funzionalità del corpo, associati a sentimenti più positivi, si muovono in direzione opposta

rispetto alle altre variabili, ma non correlano tra di loro. A parte l'età, che correla significativamente solo con I-BICI e PACS-3, tutte le altre variabili correlano tra loro in modo significativo.

Essendo stato ipotizzato che il confronto sociale relativo all'apparenza sia una variabile mediatrice tra la preoccupazione per l'immagine corporea (dipendente) e le altre variabili indipendenti e che, sempre questo, contribuisca a spiegare anche parte della varianza della dipendente, sono stati inseriti due modelli di regressione multipla all'interno della *path analysis*. Nel primo, si ipotizza che la preoccupazione per l'immagine corporea sia spiegata dal confronto sociale, dall'età, dall'apprezzamento per la funzionalità del corpo e dall'intolleranza dell'incertezza nella malattia ( $I\_BICI \sim PACS-3 + ETA' + FAS + UIQ$ ), mentre nel secondo si ipotizza che il confronto sociale sia spiegato dall'età, dall'apprezzamento per la funzionalità del corpo e dall'intolleranza dell'incertezza nella malattia ( $PACS-3 \sim ETA' + FAS + UIQ$ ).

L'analisi è stata svolta con *bootstrap* con 5000 ricampionamenti per confermare la stabilità del modello. Per l'interpretazione dei dati sono utilizzati i coefficienti  $\beta$  standardizzati che possono essere confrontati fra di loro.

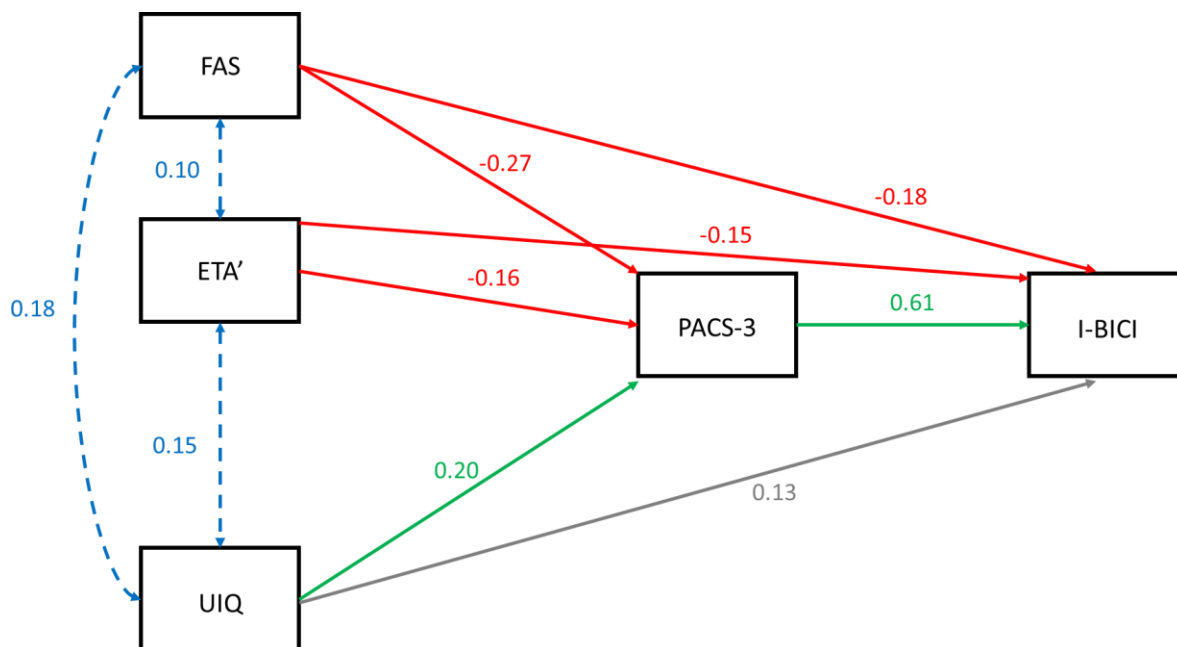
Il modello totale spiega in modo statisticamente significativo ( $p < .001$ ) il 62,5% della varianza della preoccupazione per l'immagine corporea ( $R^2 = .625$ , CI al 95% = 0.521; 0.713). La *Tabella 4* mostra le stime dei parametri del modello e la *Figura 4* ne fornisce una rappresentazione grafica.



**Tabella 4. Parametri stimati del modello di path analysis**

Dipendente	Predittore	Stima	ES	Intervallo di confidenza al 95%		$\beta$	p value
				Inferiore	Superiore		
I-BICI	FAS	-0.4919	0.1659	-0.79705	-0.14381	-0.178	.003**
I-BICI	IUQ	0.0654	0.0334	0.00252	0.13225	0.128	.050
I-BICI	ETA'	-0.2132	0.0760	-0.035723	-0.05278	-0.151	.005**
I-BICI	PACS-3	1.1277	0.1051	0.92959	1.34301	0.607	< .001***
PACS-3	FAS	-0.3946	0.1158	-0.62856	-0.17376	-0.266	< .001***
PACS-3	ETA'	-0.1207	0.0529	-0.21730	-0.00869	-0.159	.022*
PACS-3	UIQ	0.0539	0.0196	0.01453	0.09112	0.197	.006**

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . I-BICI = Body Image Concern Inventory- Versione italiana; FAS = Physical Appreciation Scale; UIQ = Uncertainty in Illness Questionnaire; PACS3 = Physical Appearance Comparison Scale-3; ES = errore standard,  $\beta$  = coefficiente beta.



**Figura 4. Grafico della path analysis con coefficienti  $\beta$ .** Le variabili collegate da frecce unidirezionali che indicano la direzione ipotizzata della relazione (rosso = negativa, verde = positiva, grigia = non significativa). Le frecce bidirezionali tratteggiate indicano una correlazione.

Nella *Tabella 4*, è subito evidente come tutte le relazioni ipotizzate siano statisticamente significative, tranne quella tra UIQ e I-BICI. Anche in questo caso è importante ribadire che la natura trasversale dello studio non permette di fare inferenze di natura causa-effetto, ma solo di ipotizzare, sulla base della letteratura, possibili relazioni tra le variabili.

I coefficienti  $\beta$  esprimono come si modifica (aumenta o diminuisce) la dipendente all'aumentare di una unità (una deviazione standard) della indipendente.

Guardando i risultati, dalla prima regressione lineare risulta che la variabile con maggiore incidenza sulla preoccupazione per l'immagine corporea è il confronto sociale relativo all'apparenza ( $\beta = .607$  ( $p < .001$ )). L'intolleranza dell'incertezza nella malattia, l'altra variabile che si presumeva potesse influenzare positivamente questa dipendente, invece non ha un effetto diretto statisticamente significativo ( $\beta = .128$ ,  $p > .05$ ). Per quanto riguarda l'età ( $\beta = -.151$ ,  $p < .05$ ) e l'apprezzamento per la funzionalità del corpo ( $\beta = -.178$ ,  $p < .01$ ), queste agiscono in modo opposto: al loro aumentare di una deviazione standard, la preoccupazione per l'immagine corporea diminuisce del valore indicato da beta.

In merito alla seconda parte di analisi, invece, le tre variabili prese in esame (FAS, età e UIQ) influenzano tutte significativamente il confronto sociale relativo all'apparenza (PACS-3,  $R^2 = .172$ , CI al 95% = 0.074; 0.291,  $p < .001$ ). Inoltre, guardando i singoli *path*, l'influenza di UIQ, FAS ed età su PACS-3 è più forte rispetto all'influenza diretta ipotizzata sulla preoccupazione per l'immagine corporea (I-BICI). La relazione più forte con il confronto sociale è quella dell'apprezzamento per la funzionalità del corpo ( $\beta = -.266$ ,  $p < .001$ ), seguita dall'intolleranza dell'incertezza nella malattia ( $\beta = .197$ ,  $p < .01$ ) e infine dall'età ( $\beta = .159$ ,  $p < .05$ ). Unitamente queste variabili contribuiscono a spiegare il 17,2% della varianza del confronto sociale relativo all'apparenza.

La Tabella 5 mostra gli effetti indiretti del modello che sono il prodotto dei singoli *path*.

**Tabella 5. Effetti indiretti del modello di path analysis**

Effetto	Descrizione	Parametri	Stima	ES	Intervallo di confidenza al 95%		$\beta$	p value
					Inferiore	Superiore		
IE1	FAS $\Rightarrow$ PACS-3 $\Rightarrow$ I-BICI	p5*p4	-0.445	0.138	-0.729	-0.193	-0.161	.001**
IE2	UIQ $\Rightarrow$ PACS-3 $\Rightarrow$ I-BICI	p7*p4	0.0611	0.022	-0.017	0.104	0.119	.006**
IE3	age $\Rightarrow$ PACS-3 $\Rightarrow$ I-BICI	p6*p4	-0.136	0.061	-0.251	-0.011	-0.097	.025*

*Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; IE = effetto indiretto; ES = errore standard;  $\beta$  = coefficiente beta standardizzato. FAS = Physical Appreciation Scale; PACS-3 = Physical Appearance Comparison Scale; I-BICI = Body Image Concern Inventory-Versione italiana; age = età dei partecipanti*

È interessante vedere come la relazione tra UIQ e I-BICI sia mediata totalmente da PACS-3 (effetto indiretto IE2). Questo spiega perché, nonostante ci fosse una correlazione significativa tra le due variabili, il loro legame non risultasse significativo nella *path analysis* e conferma quindi l'*Ipotesi 2a*, secondo cui il confronto sociale relativo all'apparenza è una variabile mediatrice tra i costrutti di intolleranza dell'incertezza nella malattia e preoccupazione per l'immagine corporea. Resta comunque importante tenere a mente che la relazione diretta tra I-BICI e UIQ si trova sulla soglia della significatività ( $p = .05$ ).

A conferma dell'*Ipotesi 2b*, anche la relazione tra FAS e I-BICI è parzialmente mediata da PACS-3 (effetto indiretto IE1), così come lo è la relazione tra età e I-BICI (effetto indiretto IE3). Entrambe le "vie" hanno un effetto negativo significativo sulla preoccupazione per l'aspetto fisico, anche se non elevato. È possibile concludere che l'aumento dell'apprezzamento per la funzionalità del corpo e l'avanzare dell'età abbiano effetti sia diretti,

che indiretti (attraverso il confronto sociale relativo all'apparenza), sulla diminuzione della preoccupazione per l'immagine corporea. Il fatto che le variabili esogene abbiano effetti significativi nell'influenzare la dipendente e che una parte statisticamente significativa dell'effetto sia veicolata dal mediatore ci porta a concludere che si tratti di una mediazione parziale e non totale. Quindi, il confronto sociale relativo all'apparenza media una parte (mediazione parziale) della relazione che l'apprezzamento per la funzionalità del corpo e l'età (indipendenti) hanno con la preoccupazione per l'immagine corporea (dipendente), mentre sembrerebbe mediare totalmente la relazione tra quest'ultima e l'intolleranza dell'incertezza nella malattia (indipendente).

## **4. Discussione**

L'obiettivo di questo studio era quello di “fotografare” le dinamiche psicologiche presenti nel contesto di malattia, in un'epoca in cui non si dà più importanza solo alla cura del disturbo, ma si cerca di raggiungere, per quanto possibile, il benessere.

Leggendo la descrizione del campione, è possibile constatare che gran parte dei disturbi citati è di natura cronica o con possibilità di recidiva. Dunque, l'analisi non si basa solo su un campione di individui affetti da una patologia, ma su persone il cui futuro sarà probabilmente condizionato, se non accompagnato, dalla malattia. Anche se le tipologie di diagnosi sono diverse, hanno in comune alcuni aspetti dell'impatto psicologico, tra cui quelli presi in esame in questo studio.

### **4.1 La preoccupazione per l'immagine corporea nel campione**

Una prima riflessione è relativa all'obiettivo di questo elaborato, che era quello di indagare i meccanismi psicologici legati all'immagine corporea nell'esperienza di malattia. Il corpo, la sua forma, le sue funzioni e il suo modo di essere visto dalla persona stessa, si modificano con l'arrivo di una patologia. Le modifiche possono essere temporanee o permanenti, estetiche o funzionali, reali o percepite (Fingeret et al., 2014). Il corpo è un aspetto centrale nella vita dell'individuo e rimane tale nell'esperienza di malattia. Ignorare le preoccupazioni riguardo l'immagine corporea e tutte le emozioni e i sentimenti ad essa legati, potrebbe portare ad un peggioramento del benessere generale dell'individuo, che a sua volta può peggiorare la prognosi della malattia, soprattutto se accompagnato dallo sviluppo di ansia e depressione (Bijsterbosch et al., 2020; Fingeret et al., 2014).

Nel campione, la preoccupazione per l'immagine corporea è indagata con la scala I-BICI, versione italiana della BICI (Littleton et al., 2005), la quale misura la preoccupazione sia a livello clinico che non. Come già descritto sopra, ci sono divergenze in letteratura su quale sia il cut-off più corretto da usare. La media del campione di questo studio è di 52.48 (ds = 16.56). Prendendo in considerazione il cut-off più elevato, cioè quello fissato a 72 punti da Littleton e colleghi (2005), i partecipanti che lo superano sono 22 (14.8%), di cui uno è sulla soglia. Da soli, i risultati della scala non possono fornire diagnosi clinica ma, avendo utilizzato il cut-off più elevato, c'è una buona probabilità che questa percentuale di partecipanti sperimenti livelli clinici di preoccupazione per il proprio aspetto fisico.

La popolazione studiata in questa ricerca presenta caratteristiche diverse rispetto a quella generale, in quanto affetta da malattia. Mentre nelle ricerche considerate sopra (Littleton et al., 2005; Schulte-van Maaren et al., 2014) sia la popolazione generale, che quella clinica erano fisicamente sane e prive di reali difficoltà, modificazioni o menomazioni fisiche, il nostro campione è formato da persone con una diagnosi clinica. Qui, i pazienti possono essere affetti sia da patologie fisiche, le quali possono avere un impatto reale sul loro aspetto e sulla loro funzionalità fisica, sia da disturbi mentali, tra cui potrebbero esserci fortemente correlate alla preoccupazione per il corpo (e.g., disturbi alimentari, Disturbo da Dismorfismo Corporeo). Dunque, per interpretare i dati non basta solo chiedersi se sia superato o no il cut-off clinico, ma si possono osservare anche le medie dei campioni e le deviazioni standard, al fine di poter chiarire se la presenza di una malattia porti a livelli più elevati di preoccupazione per l'immagine corporea.

Considerando i tre studi sopra citati (Littleton et al., 2005; Luca et al., 2011; Schulte-van Maaren et al., 2014), le medie calcolate su campioni di popolazione generale variano dai 34.4 ai 50.4 punti. La grande differenza potrebbe dipendere dalle caratteristiche dei campioni

reclutati. La media più bassa ( $m = 34.4$ ,  $ds = 10.8$ ) appartiene al campione dello studio di Schulte-van Maaren e colleghi (2014), in cui, sebbene l'età media del campione sia la più vicina al nostro, è presente un grande numero di uomini, che potrebbe alterare i risultati. Questo perché, in media, le donne ottengono punteggi più alti alla scala. Quella più alta ( $m = 50.4$ ,  $ds = 14.1$ ), invece, appartiene allo studio di Littleton e colleghi (2005), nel quale la differenza di genere (80% di donne) è più simile al nostro campione, ma l'età media è molto più bassa (studenti del college). Quindi, la media ( $m = 43$ ,  $ds = 13.1$ ) del campione di Luca e colleghi (2011), con età media di 27 anni e maggioranza di partecipanti donne (72%), potrebbe essere la più adatta per confronto con il nostro ( $m = 52.5$ ,  $ds = 16.6$ ). Oltre a ciò, nello studio di Luca e colleghi (2011) è stata usata la stessa una identica scala, sempre in lingua italiana, su popolazione di nazionalità italiana. Detto ciò, la differenza tra quest'ultima e la media del campione di questa ricerca è di circa 9 punti.

Quindi, si può supporre che persone affette da una patologia sperimentino mediamente una più alta preoccupazione per la loro immagine corporea, ma che l'impatto della malattia non porti, in generale, allo sviluppo di livelli patologici di preoccupazione. Questo è in linea con il modello di Fingeret e colleghi (2014) secondo cui la preoccupazione può essere valutata in un continuum che va da livelli normali ad estremi. Le persone che convivono con una patologia potrebbero, a causa di essa o degli eventuali trattamenti, avere reali modificazioni o menomazioni fisiche, le quali potrebbero, a loro volta, accrescere l'attenzione e la preoccupazione per l'aspetto esteriore e perciò non presentare i classici sintomi clinici di chi, invece, si preoccupa per difetti minimi o inesistenti.

## **4.2 Discussione ipotesi di ricerca**

### **4.2.1 Discussione ipotesi di ricerca #1**

Per quanto riguarda la prima ipotesi di ricerca, in cui partendo dalla letteratura esistente si assumeva che i livelli di preoccupazione per l'immagine corporea, di intolleranza dell'incertezza nella malattia, di confronto sociale relativo all'apparenza, di ansia e di depressione correlassero tra loro in modo positivo, l'analisi dati conferma tali correlazioni nella direzione attesa. Quindi, i risultati di questo studio confermano le associazioni attese sulla base della letteratura esistente e sono in linea con essa, sottolineando come fra questi costrutti esistano forti influenze reciproche che sia opportuno considerarli simultaneamente.

Sempre in linea con la letteratura, ansia e depressione correlano tra loro in modo positivo e significativo. Studi clinici mostrano, infatti, come queste due patologie abbiano una forte comorbidità: in una ricerca su scala mondiale il 45.7% delle persone con un disturbo depressivo maggiore ha dichiarato di aver sofferto anche di uno o più disturbi d'ansia, mentre il 41.6% ha dichiarato di averne sofferto in contemporanea. Ancora, si stima che tra il 20% e il 70% dei pazienti con disturbo d'ansia sociale abbia comorbidità con un disturbo depressivo (Kalin, 2020). Commentando le analisi descrittive del presente campione, si vede come i livelli di ansia e depressione siano abbastanza elevati. Con la sola somministrazione della scala AD-R non è possibile fare diagnosi, anche se il cut-off clinico viene superato. Dai risultati emerge che circa il 55% del campione potrebbe sperimentare ansia a livello clinico e il 33.6% depressione. Considerando l'indagine ISTAT del 2015 secondo cui, in Italia, circa il 5,5% della popolazione con più di 15 anni ha sofferto di un disturbo depressivo e circa il 7% degli over 14 anni di un disturbo ansioso-depressivo nel corso dell'anno, è evidente come nella popolazione affetta da patologia l'incidenza sia rispettivamente circa 6 e 7 volte superiore (ISTAT, 2018). Nell'attuare questo confronto, però, è importante sottolineare che quasi tutto il campione della ricerca è



formato da donne, le quali generalmente sperimentano livelli più elevati di ansia e depressione, e ciò potrebbe alterare i risultati. Per quanto riguarda la relazione con le altre variabili, la depressione ha correlazioni positive di forza molto simile sia con la preoccupazione per l'immagine corporea che con l'intolleranza dell'incertezza nella malattia e il confronto sociale relativo all'apparenza, mentre l'ansia ha una correlazione più forte con l'intolleranza dell'incertezza nella malattia, rispetto che con i costrutti di preoccupazione per l'immagine corporea e confronto sociale relativo all'apparenza.

Oltre ai risultati statistici è opportuno leggere le relazioni anche con uno sguardo clinico. Il legame tra la preoccupazione per l'immagine corporea e lo sviluppo di alcuni disturbi mentali, tra cui ansia e depressione, è spesso citato in letteratura (Fingeret et al., 2014; Esser et al., 2017; Bijsterbosch et al., 2020; Van Overmeire et al., 2022). Si può ipotizzare che il rapporto tra la preoccupazione e la depressione potrebbe essere dovuto ai sentimenti di autocritica e autosvalutazione. Questi, potrebbero essersi sviluppati sia a seguito di un'eccessiva preoccupazione per il proprio aspetto fisico, sia essere veri e propri sintomi depressivi. Anche altri sintomi della depressione come l'umore negativo, la bassa autostima o la stanchezza potrebbero portare alla formulazione di pensieri negativi sul corpo, aumentando i livelli di preoccupazione per lo stesso. Per quanto riguarda il legame con l'ansia, invece, la preoccupazione eccessiva potrebbe alimentarla, dato che è essa stessa una sua componente (APA, 2013). Tuttavia, potrebbero essere anche i sentimenti stessi di ansia a influenzare i livelli di preoccupazione e di evitamento sociale.

In quanto all'intolleranza dell'incertezza, invece, il suo rapporto con la depressione potrebbe rispecchiarsi nei sentimenti di sconforto presenti in entrambi i costrutti. Vivere nell'incertezza cronica a causa di una malattia prognosi sconosciuta, o conosciuta ma non accettata, potrebbe portare a sentimenti negativi e di sconforto verso il futuro. Ugualmente, sperimentare umore basso e avere una visione negativa del futuro potrebbe aumentare i livelli di preoccupazione e

incertezza verso di esso. Per quanto riguarda il rapporto con l'ansia, l'intolleranza dell'incertezza (IU) è un fattore transdiagnostico di questa (Bottesì et al., 2015). A conferma di ciò, molti studi hanno evidenziato come l'IU sia associata alla gravità globale dell'ansia, ma non alla gravità dei sintomi specifici per il Disturbo d'Ansia Generalizzata (Kendall et. al., 2020). La RUIT potrebbe avere un ruolo simile.

In merito al rapporto tra il confronto sociale legato all'apparenza e la depressione, le dinamiche potrebbero essere simili a quelle della preoccupazione per l'immagine corporea. Confrontarsi costantemente con altre persone, magari ritenute migliori, potrebbe portare a sentimenti negativi di autosvalutazione, ansia ed evitamento sociale. Allo stesso tempo potrebbero essere i forti livelli di ansia, così come i bassi livelli di autostima legati alla depressione a portare maggiormente a confrontarsi con gli altri (Leahey & Crowther, 2008; O'Brien et al., 2009; Leahey et al., 2011; Schaefer & Thompson, 2018).

La correlazione più rilevante da segnalare è quella tra la PACS-3 e l'I-BICI ( $r = .749$ ). Questo conferma che per comprendere le motivazioni di un'alta preoccupazione per la propria immagine corporea sia molto importante considerare i livelli di confronto sociale relativo all'apparenza. Per spiegare quest'ultimo costrutto, Festinger (1954) parte dal presupposto che l'essere umano sia naturalmente predisposto a valutare le proprie opinioni e abilità, con lo scopo di poter adattare il proprio comportamento e che, in assenza di riferimenti oggettivi, l'individuo tenda a confrontarsi con gli altri che lo circondano. È chiaro, dunque, come una forte preoccupazione per il proprio aspetto possa portare a confrontarsi con gli altri. Allo stesso tempo, il confronto sociale stesso, soprattutto se attuato con persone ritenute migliori, potrebbe portare ad una maggiore preoccupazione per un corpo che è visto come diverso o in difetto, sia rispetto all'altro, che ad una norma sociale.

Anche tra l'I-BICI e l'UIQ c'è una correlazione significativa ( $r = .311$ ). Questo indica che la preoccupazione per l'immagine corporea e l'intolleranza dell'incertezza sono legate tra loro e che i loro punteggi si muovono nella stessa direzione. L'incertezza riguardo gli esiti della malattia e, in particolare, su come potrebbe diventare o cosa potrebbe non essere più capace di fare il corpo, potrebbe far aumentare la preoccupazione e l'attenzione su di esso. Allo stesso tempo una maggiore preoccupazione per l'aspetto potrebbe aumentare i livelli di paura verso un futuro che appare incerto e infausto.

Infine, anche se è significativa, la relazione tra l'UIQ e la PACS-3 è quella con meno forza ( $r = .251$ ); entrambe potrebbero essere legate dalla comune natura ansiosa. La difficoltà a tollerare un futuro incerto, potrebbe portare a confrontarsi maggiormente con gli altri, mentre, allo stesso modo, il confrontarsi con gli altri e vedersi diversi e/o peggiori, potrebbe portare ad avere più paura dell'incertezza del futuro.

L'analisi della regressione, svolta per indagare in che misura le variabili di preoccupazione per l'immagine corporea, intolleranza dell'incertezza nella malattia e confronto sociale relativo all'apparenza influenzassero i livelli di ansia e depressione, mostra come l'effetto di alcune non risulti statisticamente significativo se stimato al netto degli altri predittori.

Dalle analisi di regressione emerge infatti il ruolo preponderante dell'UIQ nell'influenzare l'ansia ( $b = .065$ ). Ciò è in linea con diverse evidenze scientifiche, le quali riportano l'intolleranza dell'incertezza (IU) come un precursore diretto e transdiagnostico dei sintomi ansiosi (Carleton et al., 2012; Bottesi et al., 2015, Kendall et. al., 2020). Inoltre, emerge il ruolo di UIQ e I-BICI nell'influenzare i sintomi depressivi. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che l'intolleranza dell'incertezza genera ansia, la quale a sua volta genera depressione (Carleton et al., 2012). Inoltre, un'eccessiva preoccupazione per il proprio aspetto fisico potrebbe portare a

sperimentare sentimenti come tristezza, senso di colpa e autosvalutazione, che a loro volta potrebbero scatenare, o aggravare, i sintomi depressivi (Fingeret et al., 2014).

Nonostante i legami tra le variabili siano evidenti, i modelli di regressione non hanno molta incidenza sulla spiegazione della comparsa dei sintomi ansiosi o depressivi. Ciò potrebbe essere dovuto all'esistenza di altre variabili che mediano o intervengono sulla relazione, non prese in considerazione in questo studio.

#### **4.2.2 Discussione ipotesi di ricerca #2**

Come già constatato nell'*Ipotesi 1a*, le variabili di intolleranza dell'incertezza nella malattia, preoccupazione per l'immagine corporea e confronto sociale relativo all'apparenza correlano tra di loro in modo positivo e significativo; al variare di una, anche le altre variano nella stessa direzione.

Bijsterbosch e colleghi (2020), nel loro studio, avevano trovato un'associazione diretta tra i costrutti di intolleranza dell'incertezza e insoddisfazione corporea. In questa ricerca, invece, non è stata trovata un'influenza diretta, anche se al limite della significatività, dell'intolleranza dell'incertezza nella malattia sulla preoccupazione per l'immagine corporea. Qui, questa relazione risulta completamente mediata dal confronto sociale relativo all'apparenza. Questo indica che, in un mondo ipotetico, in assenza di confronto sociale non ci sarebbe nessuna associazione significativa tra RUIT e preoccupazione per il proprio aspetto. Dunque, in persone affette da malattia, è possibile che non sia l'incapacità di tollerare un futuro incerto a portare a preoccuparsi eccessivamente del proprio aspetto, quanto la spinta a confrontarsi con gli altri.

Infatti, il confronto sociale relativo all'apparenza è la variabile che spiega più di tutte i livelli di preoccupazione. Il forte legame tra *physical appearance comparison* e preoccupazione per

l'immagine corporea potrebbe essere dovuto a vari fattori, tra i quali potrebbero avere un ruolo preponderante sia i cambiamenti fisici, che le modifiche della relazione, della percezione e delle emozioni provate verso sé stessi e il proprio corpo, che potrebbero accompagnare la malattia.

Non sapere se il corpo cambierà e come ne uscirà potrebbe provocare sentimenti di ansia e depressione e questo insieme di emozioni negative potrebbe aumentare il forte istinto dell'essere umano a confrontarsi con gli altri (Festinger, 1954). Tale processo nasce con lo scopo di aiutare la persona a confermare la propria "normalità" e adeguatezza in situazioni di incertezza (Festinger, 1954) anche se, nella realtà, è più probabile che porti a sperimentare sensazioni opposte (O'Brien et al., 2009). Queste travolgenti emozioni di inadeguatezza e autosvalutazione potrebbero aumentare la preoccupazione riguardo il corpo, fino a portare a situazioni estreme, come l'eccessivo controllo allo specchio o l'evitamento di situazioni sociali.

Oltre a mediare totalmente la relazione tra I-BICI e UIQ, il confronto sociale relativo all'apparenza media parzialmente anche le relazioni tra la FAS e l'I-BICI e l'età e l'I-BICI. Maggiori livelli di apprezzamento per la funzionalità del corpo e l'avanzare dell'età incidono in modo negativo e significativo sui livelli di *appearance comparison*, che a sua volta incide in maniera positiva sulla preoccupazione per l'immagine corporea. Questo, a livello clinico, dice che strutturare interventi per potenziare l'apprezzamento per la funzionalità del corpo, potrebbe essere utile per abbassare i livelli di confronto sociale e, di conseguenza, diminuire la preoccupazione per l'immagine corporea. Per quanto riguarda l'età, è chiaro che non sia una variabile manipolabile, ma potrebbe essere comunque oggetto di ulteriori studi, con lo scopo di approfondire ancora di più le dinamiche di queste relazioni.

L'apprezzamento per la funzionalità del corpo e l'età hanno anche un'influenza diretta sulla preoccupazione per l'immagine corporea, anche se più debole rispetto a quella del confronto

sociale relativo all'apparenza. Apprezzare maggiormente le caratteristiche funzionali del corpo, concentrandosi su cosa si è capaci di fare piuttosto che su come si appare, potrebbe far provare maggiori sentimenti di amore e compassione verso sé stessi, caratteristiche dell'immagine corporea positiva, portando ad una minore preoccupazione "ossessiva" per l'aspetto fisico. Anche se non riportata nelle analisi, dalla matrice di correlazione nella *Tabella 3* è possibile vedere che la FAS presenta la correlazione di maggiore forza con la scala della depressione ( $\rho = -.410, p < .001$ ). La relazione è negativa, cioè all'aumentare dei livelli di apprezzamento per la funzionalità diminuiscono quelli di depressione, e viceversa. È possibile che l'aumento dell'apprezzamento per il corpo diminuisca i sentimenti di inadeguatezza e alzi l'autostima, portando a minori livelli di depressione. Oppure, è possibile che sia una diminuzione dei sintomi depressivi a migliorare la visione del corpo. In studi futuri, potrebbe essere interessante approfondire questa relazione, magari chiarendo la direzione, e studiare queste due variabili insieme a quella della preoccupazione per l'immagine corporea.

L'avanzare dell'età, invece, potrebbe influire in quanto porta ad una maggiore esperienza di vita, maturità e miglioramento delle strategie di coping. In più, in uno studio del 2013, Tiggemann & McCourt avevano trovato una correlazione positiva tra l'età e l'apprezzamento per la funzionalità del corpo, facendo emergere la possibilità che, con il passare degli anni, le donne acquisissero una maggiore consapevolezza del proprio corpo. In questo studio, però, la correlazione tra FAS e età non è risultata significativa ( $\rho = .057, p > .05$ ). Ulteriori studi potrebbero chiarire la divergenza di questi risultati.

### **4.3 Implicazioni cliniche**

In psicologia, spesso, la ricerca non produce solo materiale teorico, ma ha anche lo scopo di trovare una possibile direzione per l'intervento nella pratica clinica. Lo studio teorico dei

costrutti è importantissimo ed è anche la base da cui partire per strutturare nuovi interventi o scegliere tra quelli già esistenti.

In questo elaborato, il punto di partenza è stato l'analisi dell'esperienza di malattia, la quale porta con sé cambiamenti nella vita dell'individuo. Tra questi cambiamenti ci sono anche quelli fisici che possono riguardare sia le funzioni del corpo sia il suo aspetto esteriore.

Fino ad ora, questo studio si è occupato delle relazioni teoriche delle variabili in esame al fine di poter comprendere meglio parte delle dinamiche della preoccupazione per l'immagine corporea nel contesto di malattia. Ovviamente i risultati trovati non vogliono essere esaustivi, in quanto potrebbero avere un effetto molte altre variabili non considerate (e.g., durata della malattia, autostima, importanza data all'aspetto fisico prima della malattia).

Dalle analisi è emerso che il confronto sociale relativo all'apparenza è il costrutto con maggior impatto sulla preoccupazione per l'immagine corporea, sia perché ha una forte influenza diretta, sia perché media la relazione tra quest'ultima e tutte le altre variabili qui considerate (totalmente quella con l'UIQ, parzialmente quelle con FAS e età). Questo dato indica che, a livello clinico, per avere una modifica dei livelli di preoccupazione, si potrebbe intervenire sulla tendenza a confrontare socialmente il proprio aspetto fisico. Purtroppo, ad oggi in letteratura, non sono stati trovati interventi efficaci centrati sulla diminuzione dei livelli di *appearance comparison*. In attesa della collaudazione di pratiche specifiche si può, però, intervenire sulle variabili che si ipotizza influenzino il confronto sociale relativo all'apparenza. Qui di seguito sono riportati gli interventi relativi all'apprezzamento della funzionalità del corpo e l'intolleranza dell'incertezza, che in questa ricerca sono risultate influenzare l'*appearance comparison*.

Dai risultati è emerso che potrebbe essere utile accrescere i livelli di apprezzamento per la funzionalità del corpo, in quanto è stata trovata una sua influenza significativa sia sulla

preoccupazione per l'immagine corporea, che sul confronto sociale. Ad oggi esistono diverse tipologie di intervento per aumentare il focus sulla funzionalità, che vanno dall'uso della *mindfulness* ad esercizi di stampo più cognitivo. La *mindfulness* è utile in quanto richiede di concentrarsi sul corpo e di entrare in relazione con esso (Cash, 2008). Insieme ad essa, si può dirigere l'attenzione sul corpo anche attraverso lo yoga (Prichard & Tiggemann, 2008), l'attività fisica (Martin & Lichtenberger, 2002) o il massaggio (Dunigan et al., 2010). Le strategie cognitive, invece, si basano principalmente su due tipologie di intervento. La prima ricorre ad esercizi di scrittura, in cui viene chiesto al partecipante di descrivere che cosa il corpo è capace di fare (Alleva et al., 2014). Ciò consente di far riflettere su quali siano le caratteristiche del corpo che si apprezzano. La seconda utilizza immagini e video in cui vengono rappresentate delle donne, accompagnate da slogan e/o musica movimentata. Queste hanno varie tipologie di fisici diversi e sono immortalate in un modo non sessualizzante o oggettivante mentre ballano o fanno sport (Mulgrew et al., 2018). Potrebbe essere interessante ampliare questa tipologia di intervento includendo anche persone il cui corpo è stato segnato dal passaggio di una malattia. Ricerche recenti hanno mostrato che gli interventi più efficaci si basano sulla combinazione di compiti di scrittura e di visione di immagini e video (Mulgrew et al., 2019). Purtroppo, gli studi su questi interventi sono basati su campioni di sole donne.

Infine, come riportato sopra, anche il costrutto di intolleranza dell'incertezza nella malattia potrebbe avere un'influenza sul confronto sociale. Per quanto riguarda gli interventi, in letteratura, non ne sono presenti di specifici per l'intolleranza dell'incertezza nella malattia, mentre ne sono stati strutturati vari per l'IU. Uno di questi è l'*Intolerance of Uncertainty Treatment* (UIT), di Ladouceur e colleghi (2003), il quale include training di sensibilizzazione, di orientamento ai problemi, di esposizione cognitiva e di formulazione di convinzioni positive riguardo le preoccupazioni. Altre tipologie di intervento riguardano, invece, esperimenti comportamentali (e.g., psicoeducazione, disegni sperimentali per facilitare credenze positive o



neutre verso l'incertezza) (Kendall et. al., 2020). Sono risultati efficaci anche gli interventi di gruppo (Sternheim & Harrison, 2018).

Queste pratiche hanno riportato risultati significativi anche con persone affette da disturbi mentali come l'ansia, la depressione o l'anoressia nervosa; sarebbe interessante capire se siano efficaci anche in condizioni di altre malattie, anche fisiche, croniche o con possibilità di recidiva.

#### **4.4 Limiti e prospettive future future**

Infine, è importante ricordare che il seguente studio è soggetto ad alcuni limiti.

Innanzitutto, lo studio è di natura *cross-sectional*, cioè permette di vedere determinate dinamiche in un preciso momento su una specifica popolazione ma, non essendo né sperimentale, né longitudinale, non permette di stabilire relazioni di causa-effetto; quelle sopra presentate sono solamente ipotizzate.

Dato che la *survey* è stata somministrata esclusivamente online, il campionamento è di convenienza, cioè è limitato alle sole persone che usano i social e, quindi, potrebbe non essere rappresentativo della popolazione. Inoltre, i questionari utilizzati sono tutti self-report e perciò potrebbero essere soggetti a bias come la desiderabilità sociale. L'*Uncertainty in Illness Questionnaire* (UIQ) è un questionario nuovo e, insieme alla versione italiana della *Physical Appearance Comparison Scale* (PACS-3) è ancora in corso di validazione.

A livello del campione, la presenza di pochissimi maschi (7 su 149 partecipanti) non ha permesso di studiare le dinamiche all'interno del genere maschile, oltre a non aver consentito di poter attuare un confronto tra i due sessi. Studi futuri potrebbero indagare maggiormente le relazioni di queste variabili all'interno del mondo maschile. Inoltre, sarebbe interessante capire

perché così pochi uomini hanno risposto alla *survey*. I dati degli uomini sono stati inclusi perché, dopo aver condotto delle analisi escludendoli, i risultati sono apparsi sovrapponibili. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che il numero di partecipanti uomini è talmente piccolo da non influenzare significativamente i risultati.

Un altro limite potrebbe essere dovuto ai pochi dati raccolti per ogni tipologia di malattia. In futuro potrebbe essere interessante confrontare diverse tipologie di patologia, per osservare se, e come, si modificano le dinamiche. Oltre a ciò, sarebbe interessante valutare se la durata della malattia ha un'influenza: ad esempio, i livelli di preoccupazione per l'immagine corporea, di confronto sociale e di intolleranza dell'incertezza potrebbero diminuire con l'aumentare del periodo di convivenza con la malattia.

Ancora, non è chiaro se la malattia (o le terapie ad essa legate) abbia un effetto reale sull'aspetto fisico e neanche l'eventuale gravità e prevalenza di queste modifiche all'interno del campione.

Infine, un altro limite della ricerca è legato al non sapere la tipologia di disturbo psicologico/psichiatrico che affligge alcuni pazienti. Ad esempio, la possibile presenza di persone con un disturbo alimentare o con un disturbo legato all'immagine corporea (e.g., Disturbo da Dismorfismo Corporeo) potrebbe alterare i dati riguardanti i livelli di preoccupazione per l'immagine corporea. Ricerche future potrebbero, inoltre, indagare se seguire o aver seguito una terapia psicologica/psichiatrica abbia un impatto significativo sulle dinamiche delle variabili qui esaminate.

#### **4.5 Punti di forza**

Nonostante i limiti esposti sopra, è ancora possibile apprezzare alcuni punti di forza di questo studio. Innanzitutto, è la prima ricerca che indaga le relazioni tra le variabili in esame in un

campione di persone affette da una o più patologie. Infatti, anche se in letteratura sono presenti studi su popolazione generale e, più in particolare, ricerche sull'immagine corporea riguardanti alcune tipologie di pazienti i quali presentano cambiamenti fisici evidenti (e.g., cancro), pochi sono gli studi che indagano l'immagine corporea nel vissuto di malattia in generale. Qui si è cercato di considerare entrambe le dimensioni dell'immagine corporea (i.e., negativa con *body image concern* e positiva con *body functionality appreciation*) e di metterle in relazione con altre dinamiche psicologiche, quali la RUIT e il confronto sociale relativo all'apparenza. Inoltre, questo è uno dei primi studi che indaga la presenza di un possibile legame tra intolleranza dell'incertezza nella malattia e preoccupazione per l'immagine corporea ed è uno dei pochissimi studi che indagano il costrutto di confronto sociale relativo all'apparenza in persone affette da malattia. Molte ricerche hanno indagato l'*appearance comparison* in giovani donne e in relazione all'uso dei *social*, ma qui si può osservare come questo costrutto potrebbe influenzare in modo significativo l'immagine corporea anche in persone adulte e affette da malattia. Questo, insieme ai livelli elevati di *body image concern* presenti nel campione, porta alla luce l'importanza di trattare questi temi anche in contesti in cui possono sembrare superficiali, come la malattia.

## 5. Conclusione

In conclusione, si può dire che lo studio dei costrutti qui esaminati potrebbe apportare miglioramenti nel benessere dell'individuo affetto da una o più patologie. In parte, perché la preoccupazione per l'immagine corporea, l'intolleranza dell'incertezza nella malattia e il confronto sociale relativo all'apparenza sono risultati tutti correlati positivamente con l'ansia e la depressione, mentre l'apprezzamento per la funzionalità del corpo è risultato fortemente correlato negativamente con questi ultimi due. Allo stesso tempo sintomi ansiosi e depressivi incidono molto sul benessere generale.

Dalla letteratura è emerso che il benessere potrebbe avere una struttura tridimensionale (dimensione emotiva, psicologica e sociale) e che l'immagine corporea positiva potrebbe essere associata positivamente con tutte e tre le sue dimensioni (Swami et al., 2017). Un fattore comune a questi costrutti (immagine corporea e benessere) è che entrambi sono formati da una dimensione negativa e da una positiva, le quali coesistono, sono interdipendenti e non fanno parte di uno stesso continuum. Ciò indica che è necessario lavorare su entrambe le dimensioni contemporaneamente per raggiungere il massimo risultato. Per entrambe, il lavoro sulla dimensione negativa è incentrato maggiormente sulla cura della patologia, mentre quello sulla positiva sulla promozione della salute (Swami et al., 2017).

Riassumendo, il presente studio si è focalizzato maggiormente sulla dimensione negativa dell'immagine corporea, analizzando le dinamiche di *body image concern* in persone affette da una o più patologie. La dimensione positiva, però, non è stata del tutto tralasciata, in quanto è stato indagato anche il costrutto di apprezzamento per la funzionalità del corpo.

È importante sottolineare che i dati di questa ricerca rappresentano parte della condizione emotiva di persone affette da una o più patologie, le quali si presentano nel campione in modo vario e con manifestazioni sintomatiche differenti. La maggior parte sono croniche o con

possibilità di recidiva, sviluppate da meno di 10 anni; altre, invece, sono presenti fin dalla nascita. Alcune sono molto conosciute e trattate in letteratura (e.g., cancro, disturbi mentali), mentre altre sono poco studiate e difficilmente diagnosticabili (e.g., endometriosi, fibromialgia). Ciò che le accomuna tutte è l'esperienza di disagio e sofferenza, focus di questo studio.

I risultati hanno confermato l'importanza dello studio della preoccupazione per l'immagine corporea, in quanto risulta essere molto elevata nel campione. Inoltre, come ipotizzato, la preoccupazione per l'immagine corporea correla positivamente e significativamente con i costrutti di ansia e depressione e potrebbe avere un'influenza diretta sui livelli di depressione. Oltre a ciò, questa correla significativamente anche con i costrutti di confronto sociale relativo all'apparenza e intolleranza dell'incertezza nella malattia. Anche questi ultimi correlano in modo positivo e significativo con i livelli di ansia e depressione, ma solamente l'intolleranza dell'incertezza nella malattia potrebbe avere un'influenza significativa su di essi. Dunque, lavorare sulla diminuzione dei livelli di intolleranza dell'incertezza nella malattia potrebbe essere utile per diminuire i sintomi ansiosi e depressivi, oltre che la preoccupazione per l'aspetto fisico.

Successivamente si è cercato di stabilire quali fossero le variabili più influenti sui livelli di preoccupazione per l'immagine corporea. Dai risultati è emerso che il confronto sociale relativo all'apparenza media parzialmente le relazioni tra la preoccupazione per l'immagine corporea e le variabili di età e apprezzamento per la funzionalità del corpo, mentre media totalmente quella tra preoccupazione e intolleranza dell'incertezza nella malattia. Questo indica che la RUIT ha un effetto significativo positivo solo sul confronto sociale, mentre l'età e la *body functionality appreciation* influenzano negativamente entrambe le variabili dipendenti. Detto ciò, i risultati confermano la centralità del costrutto di confronto sociale nello spiegare la preoccupazione per

l'immagine corporea, almeno all'interno di questo modello di ricerca. In futuro, potrebbe essere interessante considerare anche altre variabili, per poter verificare il forte ruolo del confronto sociale relativo all'apparenza. Ad esempio, Bijsterbosch e colleghi (2020) avevano evidenziato il costrutto di ansia sociale come mediatore della relazione tra intolleranza dell'incertezza e insoddisfazione corporea, in popolazione generale. Potrebbe essere interessante vedere se questa relazione esiste anche in pazienti affetti da malattia, oltre che studiare il suo potenziale ruolo di mediatore a fianco del confronto sociale stesso.

I risultati di questo studio possono avere anche un valore clinico, oltre che teorico, in quanto possono indicarci alcune delle possibili direzioni su cui intervenire per diminuire i livelli di *body image concern*.

I dati dello studio, quindi, confermano l'importanza che l'immagine corporea ha per le persone affette da una o più patologie. Dato che l'immagine corporea è strettamente legata al benessere generale ed è spesso accompagnata dallo sviluppo di ansia e depressione, ignorare le preoccupazioni riguardo la stessa e tutte le emozioni e i sentimenti ad essa legati, può peggiorare la prognosi della malattia. (Bijsterbosch et al., 2020; Fingeret et al., 2014).



## Bibliografia

Agresti A. & Finlay, B. (2012) *Metodi statistici di base e avanzati per le scienze sociali*.

(Porcu M. A cura di). Pearson Italia.

\*Alleva, J. M., Holmqvist Gattario, K., Martijn, C., & Lunde, C. (2019). What can my body do vs. how does it look? A qualitative analysis of young women and men's descriptions of their body functionality or physical appearance. *Body Image*, 31, 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.008>

\*Alleva, J. M., Martijn, C., Jansen, A., & Nederkoorn, C. (2014). Body Language: Affecting Body Satisfaction by Describing the Body in Functionality Terms. *Psychology of Women Quarterly*, 38, 181-196. <http://dx.doi.org/10.1177/>

\*Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J. P., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image*, 15, 81–89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001>

Alleva, J. M., & Tylka, T. L. (2021). Body functionality: A review of the literature. *Body Image*, 36, 149-171. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.006>

Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, 23, 28-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.008>

\*Alleva, J. M., Veldhuis, J., & Martijn, C. (2016). A pilot study investigating whether focusing on body functionality can protect women from the potential negative effects



of viewing thin-ideal media images. *Body Image*, 17, 10–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.007>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Associazione Italiana per la Ricerca sul cancro, AIRC. (2018) *Cos'è il cancro? Le cause del cancro*. <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/cause-del-cancro>.

Bailey, D.E. & Stewart, J.L. (2017). *Uncertainty in Illness Theory*. In Alligood M.R. (Eds.,) *Nursing Theorists and Their Work* (pp. 447-455). Elsevier Health Sciences.

Bottesi, G., Ghisi, M., Novara, C., Bertocchi, J., Boido, M., De Dominicis, I. & Freeston, M.H. (2015) *Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27 e IUS-12): due studi preliminari*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 21, 345-365.

Bottesi, G., Gion, A., Baratto, G., Semenzato, A. & Vidotto, G. (2018). *The assessment of skin-related QoL in individuals dissatisfied with their skin: factor structure and responsiveness of the Padua Skin-Related QoL Questionnaire*. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18, 81-93.

Brown, A., Hayden, S., Klingman, K. & Hussey, L.C. (2020). *Managing Uncertainty in Chronic Illness From Patient Perspectives*. *Journal of Excellence in Nursing and Healthcare Practice*, 2, 1-16. <https://doi.org/10.5590/JENHP.2020.2.1.01>

Butzer, B., Kuiper, N.A., (2006). *Relationships between the frequency of social comparisons and self-concept clarity, intolerance of uncertainty, anxiety, and depression*. *Personality and Individual Differences*, 41, 167–176. doi:10.1016/j.paid.2005.12.017

- Carleton R.N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 937-947. Doi: 10.1586/ERN.12.82
- Carleton R. N. (2016) Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43.
- \*Carleton, R.N., Mulvogue, M.K., Thibodau, M.A., McCabe, R.E., Antony, M.M., Asmundson, G.J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorder*; 26(3), 468-479.
- \*Cash, T.F. (2008) *The Body Image Workbook: An Eight-step Program for Learning to Like you Looks*. New Harbinger Publications.
- \*Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical practice. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 509–516). New York: Guilford.
- Columbia Public Health (2022). Path Analysis. <https://www.publichealth.columbia.edu>
- Dèttore, D. (2008). *I disturbi dell'immagine corporea: Diagnosi e trattamento*. Milano: McGraw-Hill
- \*Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215–226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551–558.

- \*Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57–70.
- \*Dugas, M.J., Schwartz, A., Francis, K. (2004) Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Ther Res*, 28(6), 835-842.
- \*Dunigan, B. J., King, T. K., & Morse, B. J. (2010). A preliminary examination of the effect of massage on state body image. *Body Image*, 8, 411–414.  
doi:10.1016/j.bodyim.2011.06 .004
- \*Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 129-36.
- Esser, P., Mehnert, A., Johansen, C., Hornemann, B., Dietz, A., & Ernst, J. (2017). Body image mediate the effect of cancer-related stigmatization on depression: A new target for intervention. *Psycho-Oncology*, 27, 193–198. DOI: 10.1002/pon.4494
- Ettridge, K., Scharling-Gamba, K., Miller C., Roder D., Prichard I. (2022). Body image and quality of life in women with breast cancer: Appreciating the body and its functionality. *Body Image*, 40, 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.11.001>
- \*Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140. <http://dx.doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014) Managing Body Image Difficulties of Adult Cancer Patients. Wiley Online Library ([wileyonlinelibrary.com](http://wileyonlinelibrary.com)). DOI: 10.1002/cncr.28469
- \*Frenkel-Brunswik, E. (1948). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*, 18, 108–143.

- \*Frenkel-Brunswik, E. (1949). Tolerance towards ambiguity as a personality variable. *American Psychologist*, 3, 268.
- \*Freeston, M. H., Rhe´aume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791–802.
- Gallucci, M. (2021). PATHj: jamovi Path Analysis. [jamovi module]. For help please visit <https://pathj.github.io/>.
- Grenier S., Barrette A., Ladouceur R. (2005). Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity: Similarities and differences. *Personality and Individual Differences* 39, 593–600.
- Hill, E.M., & Hamm, A. (2019). Intolerance of uncertainty, social support, and loneliness in relation to anxiety and depressive symptoms among women diagnosed with ovarian cancer. *Wiley Online Library*. <https://doi.org/10.1002/pon.4975>
- Imeni, M., Sabouhi, F., Abazari, P., & Iraj, B. (2018) The Effect of Spiritual Care on the Body Image of Patients Undergoing Amputation due to Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 23(4), 322–326. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_113\_15
- ISTAT (2018). La salute mentale nelle varie fasi della vita. <https://www.istat.it/it/archivio/219807>
- Istituto Clinico Humanitas, IRCCS. (2022). Malattie. <https://www.humanitas.it/malattie>.
- Istituto Superiore di Sanità, ISS. (2022) ISSalute. La salute dalla A alla Z. <https://www.issalute.it>

Kalin N.H (2020) The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. Published online : The American Journal of Psychiatry.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>

Kendall, P.C., Norris, L.A., Rabner, C.J., Crane, M.E. & Rifkin L.S. (2020) Intolerance of Uncertainty and Parental Accommodation: Promising Targets for Personalized Intervention for Youth Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 22.

<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01170-3>

\*Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222. doi:10.2307/3090197

\*Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548. doi:10.0003-066X/0022-0006X.73.3.539

\*Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 235–248.

\*Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance* (pp. 19–50). Toronto: Gottingen: Hogrefe & Huber.

\*Kurita K, Garon EB, Stanton AL, Meyerowitz BE. Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psychooncology*. 2013;22(6):1396-1401.

\*Ladouceur, R., Dugas., M. J., & Freeston, M. H. (1995). Intolerance of uncertainty in normal and excessive worry. In T. D. Borkovec & G. Butler (Chairs). *Recent developments in research on worry and the treatment of Generalized Anxiety*

Disorder. Symposium presented at the World Congress of behavioral and cognitive therapies, Copenhagen, Denmark.

\*Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000) Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 68, 957-64.

\*Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Therapy and Research*, 38, 933-941

\*Leahey, T.M., & Crowther, J.H. (2008). An ecological momentary assessment of comparison target as a moderator of the effects of appearance-focused social comparisons. *Body Image*, 5, 307-311. 10.1016/j.bodyim.2008.03.002

\*Leahey, T.M., Crowther, J.H., & Ciesla, J.A. (2011). An ecological momentary assessment of the effects of weight and shape social comparisons on women with eating pathology, high body dissatisfaction, and low body dissatisfaction. *Behavior Therapy*, 42, 197-210. 10.1016/j.beth.2010.07.003

Littleton, H.L., Axom, D. & Pury, C.L.S (2005) Development of the body image concern inventory. *Behavior, research and therapy*, 49, 229-241.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>

\*Lorenz E.N. (1993). *The Essence of Chaos*, University College London (UCL).

Luca, M., Giannini, M., Gori, A. & Littleton, H. (2011). Measuring dysmorphic concern in Italy: Psychometric properties of the Italian Body Image Concern Inventory (I-BICI). *Body Image*, 8, 301-305. doi:10.1016/j.bodyim.2011.04.007

Martin, K. A., & Lichtenberger, C. M. (2002). Fitness enhancement and changes in body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 414–421). New York, NY: Guilford Press

MSD (2022) Manuale MSD: Argomenti di medicina. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale>

Ministero della salute. (2021) Malattie cardiovascolari. <https://www.salute.gov.it>

Ministero della salute. (2022) Salute mentale: che cos'è la salute mentale.

<https://www.salute.gov.it>

\*Mishel, M.H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258–263

\*Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

\*Mishel, M.H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256-262.

Mishel, M.H. (2013) *Theories of Uncertainty in Illness*. In M.J. Smith, & P.R. Liehr (Eds.,) *Middle Range Theory for Nursing: third edition*. (pp. 53-77). Springer Publisher Company

Muzzatti, B., & Annunziata, M. A. (2016) Body image assessment in oncology: an update review. *Support Care Cancer*, 25, 1019–1029 DOI 10.1007/s00520-016-3538-y

Mulgrew, K. E., McCulloch, K., Farren, E., Prichard, I., & Lim, M. S. C. (2018). This girl can #jointhemovement: Effectiveness of physical functionality-focused campaigns for women's body satisfaction and exercise intent. *Body Image*, 24, 26–35.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.11.007>

Mulgrew, K. E., Prichard, I., Stalley, N., & Lim, M. S. C. (2019) Effectiveness of a multi-session positive self, appearance, and functionality program on women's body satisfaction and response to media. *Body Image*, 31, 102-111.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.012>

Mulgrew, K. E., Stalley, N. L., & Tiggemann, M. (2017). Positive appearance and functionality reflections can improve body satisfaction but do not protect against idealised media exposure. *Body Image*, 23, 126–134. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.002>

[10.1016/j.bodyim.2017.09.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.09.002)

\*O'Brien, K. S., Caputi, P., Minto, R., Peoples, G., Hooper, C., Kell, S., & Sawley, E. (2009). Upward and downward physical appearance comparisons: Development of scales and examination of predictive qualities. *Body Image*, 6, 201–206.

Panzeri, Bottesi, & Vidotto. (2023) Development and Validation of the Uncertainty in Illness Questionnaire for patients and caregivers. In preparation

Paola Pozzolo - La tua statistica (2021) La regressione lineare spiegata semplice.

<https://paolapozzolo.it/regressione-lineare/>

Papadakos, J., Bussière-Côté, S., Abdelmutti, N., Catton, P., Friedman, A. J., Massey, C., Urowitz, S., & Ferguson, S. E. (2012) Informational needs of gynecologic cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124, 452–457. doi: 10.1016/j.ygyno.2011.10.030

Pinar, G., Okdem, S., Dogan, N., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012) The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16,3. DOI:

10.1188/12.CJON.E99-E104



- Prichard, I., & Tiggemann, M. (2008). Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: The role of reasons for exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 855–866. doi: 10.1016/j.psychsport.2007.10.005
- R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Ripamonti, C.A., & Clerici, C.A. (2008). *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambiente sanitario*. Bologna, Il Mulino.
- Sacerdoti, R.C., Lagana, L., & Koopman, C. (2010). Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help? *Prof Psychol Res Pr*. 2010 ;41:533-540)
- Schaefer, L.M., & Thompson, J.K. (2018). The Development and Validation of the Physical Appearance Comparison Scale–3 (PACS-3). *Psychol Assess.*, 30, 1330–1341. doi:10.1037/pas0000576.
- Schulte-van Maaren, Y.W.M, Giltay, E.J., van Hemert, A.M., Zitman, F.G., Waal, M.W.M., Van Rood, Y.R., & Carlier, I.V.E. (2014). Reference values for the Body Image Concern Inventory (BICI); the Whitely Index (WI), and the Checklist Individuals Strength (CIS-20R): The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Journal of Affective Disorders*, 164, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.013>
- Società Italiana di Diabetologia, SID, (2022). *Conoscere il diabete*. <https://www.siditalia.it/divulgazione/conoscere-il-diabete>
- Sternheim, L. & Harrison, A. (2018) The acceptability, feasibility and possible benefits of a group-based intervention targeting intolerance of uncertainty in adolescent inpatients

with anorexia nervosa. *Cogent Psychology*, 5.

<https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1441594>

Swami, V., Weis, L., Barron, D., & Furnham, A. (2017). Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudamonic (psychological and social) well-being in British adults. *The Journal of Social Psychology*.

<https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1392278>

The jamovi project (2021). jamovi. (Version 2.2) [Computer Software]. Retrieved from

<https://www.jamovi.org>.

Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10, 624–627. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>

[10.1016/j.bodyim.2013.07.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003)

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–12.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

\*Vamos, M. (1993) Body image in chronic illness: a reconceptualization. *Psychiatry in Medicine*, 23(2), 163-178. doi: 10.2190/BLL4-EVAL-49Y3-4G66

Van Overmeire, R., Vesentini, L., Vanclooster, S., Muysewinkel E., & Bilsen, J. (2022) Body Image, Medication Use, and Mental Health among Women with Fibromyalgia in Flanders, Belgium. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 1418.

<https://doi.org/10.3390/ijerph1903141>

\*Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). “But I like my body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7, 106–116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>

\*Zani, B., & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna, Il Mulino.

Zhang, Y. (2017) *Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension*.

*Oncology Nursing Forum*, 44, 645 – 649. doi: 10.1188/17.ONF.645-649.

## *Appendice A*

Qui di seguito sono elencate le ulteriori patologie presentate dai partecipanti dello studio, che appaiono con una frequenza minore di 5 partecipanti ciascuna:

- Attesa di trapianto.
- Morbo di Parkinson: malattia degenerativa, a progressione lenta, caratterizzata da tremore a riposo, rigidità, lentezza e diminuzione dei movimenti (MSD, 2022).
- Sclerosi multipla: patologia infiammatoria progressiva del sistema nervoso centrale caratterizzata dalla perdita di mielina (la sostanza che riveste le fibre nervose della sostanza bianca) in più aree. I sintomi più frequenti sono i disturbi visivi, i disturbi della sensibilità e perdita della forza (IRCCS, 2022).
- Sclerosi sistemica: patologia cronica rara a eziologia sconosciuta, caratterizzata da fibrosi diffusa, anomalie vascolari cutanee, articolari e degli organi interni (specialmente esofago, tratto gastrointestinale inferiore, polmoni, cuore e reni) (MSD, 2022).
- Allergie e intolleranze (Celiachia, Allergia sistemica al nichel (SNAS), intolleranza alle istamine).
- Encefalomielite mialgica (sindrome da fatica cronica): sindrome caratterizzata da astenia invalidante, accompagnata da svariati sintomi, con durata maggiore di 6 mesi e eziologia sconosciuta (MSD, 2022).
- Epatite: stato di infiammazione del fegato causata da infezioni, intossicazioni alimentari, assunzione di farmaci o malattie autoimmuni. Solitamente si presenta in forma acuta, ma se causata da virus o alcol, tende a cronicizzarsi (ISS, 2022).

- Epilessia: disturbo cronico cerebrale che causa crisi epilettiche spontanee (almeno due in 24 ore) (MSD, 2022).
- Infezione HIV: infezione virale che distrugge progressivamente alcuni globuli bianchi e può causare la sindrome da immunodeficienza acquisita (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) (MSD, 2022).
- Mielite acuta trasversa: infiammazione acuta della sostanza grigia e della sostanza bianca in uno o più segmenti adiacenti del midollo spinale, generalmente a livello toracico (MSD, 2022).
- Miopatia diffusa: malattia autoimmune.
- Osteoporosi: malattia sistemica dell'apparato scheletrico, caratterizzata da una bassa densità minerale e dal deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, con conseguente aumento della fragilità ossea legato prevalentemente all'invecchiamento. Questa situazione porta, conseguentemente, ad un aumentato rischio di frattura per traumi anche minimi (MSD, 2022).
- Problemi all'utero di vario tipo.
- Reumatismi: patologie caratterizzate dall'infiammazione di articolazioni, legamenti, tendini, ossa o muscoli, che in alcuni casi possono coinvolgere anche altri organi. Se non diagnosticate e curate precocemente possono portare alla perdita di funzionalità delle strutture infiammate (MSD, 2022).
- Sindrome di Meniere: patologia dell'orecchio interno che causa vertigine, ipoacusia neurosensoriale fluttuante e acufeni (MSD, 2022).

- **Sindrome di Ehlers-Danlos:** malattia ereditaria del collagene caratterizzata da ipermobilità articolare, iperlassità del derma e fragilità diffusa dei tessuti (MSD, 2022).
- **Febbre mediterranea familiare (FMF):** una malattia autoinfiammatoria con brevi episodi ricorrenti di febbre e sierosite, che portano a dolore addominale, toracico, articolare e muscolare (MSD, 2022).
- **Sindrome di Sjögren:** malattia autoimmune in cui il sistema immunitario riconosce come estranee le ghiandole che secernono liquidi come, ad esempio, le ghiandole lacrimali e salivari, e le aggredisce provocando infiammazione. Ciò determina la riduzione della produzione di lacrime e saliva e la comparsa di secchezza degli occhi e della bocca (ISS, 2022).