



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia  
e Psicologia Applicata – FISPPA**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico - Dinamica**

**Tesi di Laurea Magistrale**

***“Riprogettare la propria vita in presenza di problematiche  
oncologiche: ruolo della resilienza e della prospettiva temporale  
bilanciata sulla qualità di vita”***

***“Redesigning one's life when experiencing oncological problems: the role of  
resilience and a balanced time perspective on the quality of life.”***

***Relatore***

**Teresa Maria Sgaramella**

***Laureanda: Maria Giuliana  
Ambrosino***

***Matricola: 1152458***

**Anno Accademico 2021/2022**



## INDICE

<b>CAPITOLO 1</b>	<b>9</b>
<b>Psicologia positiva, salute e benessere</b>	<b>9</b>
<i>1.1 Psicologia positiva: definizione e inquadramento teorico</i>	9
<i>1.2 Un nuovo concetto di salute</i>	11
<i>1.3 Benessere psicologico e risorse personali</i>	12
<i>1.4 Psicologia positiva e salute: uno sguardo alla ricerca</i>	16
<i>1.4.1 Psicologia positiva in ambito oncologico</i>	21
<b>CAPITOLO 2</b>	<b>23</b>
<b>Resilienza</b>	<b>23</b>
<i>2.1 Resilienza: verso una definizione</i>	23
<i>2.1.1 Resilienza: tratto di personalità o processo dinamico?</i>	24
<i>2.1.2 Resilienza: un modello multisistemico</i>	27
<i>2.2 Uno sguardo alla ricerca</i>	29
<i>2.2.1 L'importanza della resilienza in ambito oncologico</i>	33
<i>2.2.2 Resilienza nel continuum del percorso oncologico</i>	38
<i>2.3 La ricerca sulla resilienza: una riflessione riassuntiva</i>	42
<b>CAPITOLO 3</b>	<b>45</b>
<b>Progettare la propria vita e i propri obiettivi.</b>	<b>45</b>
<i>3.1 Prospettiva temporale: inquadramento teorico</i>	45
<i>3.1.1 Prospettiva temporale futura</i>	47
<i>3.1.2 Prospettiva temporale bilanciata</i>	48
<i>3.2 Prospettiva temporale: uno sguardo alla ricerca</i>	50
<i>3.2.1 Ruolo della prospettiva temporale in ambito oncologico</i>	55
<i>3.3 Prospettiva temporale e benessere: una riflessione sulla direzione della ricerca</i>	60
<b>CAPITOLO 4</b>	<b>63</b>
<b><i>Riprogettare la propria vita in presenza di problematiche oncologiche:</i></b>	<b>63</b>
<b><i>un'indagine di ricerca</i></b>	<b>63</b>
<i>4.1 Obiettivi dello studio</i>	63
<i>4.2 Descrizione degli strumenti</i>	67
<i>4.3 Procedura e partecipanti</i>	73
<i>4.4 Analisi dei dati</i>	74

<b>CAPITOLO 5</b>	<b>89</b>
<b>Spiragli per il benessere in un percorso con la malattia oncologica: considerazioni e prospettive.</b>	<b>89</b>
<i>5.1 Salvaguardare e promuovere le risorse socio-emotive lungo il continuum oncologico.</i>	89
<i>5.1.1 Le competenze sociali emotive in rapporto con al benessere</i>	90
<i>5.2 Salvaguardare e promuovere una prospettiva temporale positiva lungo un percorso oncologico</i>	90
<i>5.2.1 Le dimensioni della prospettiva temporale in relazione al benessere</i>	92
<i>5.3 Può l'età influire sulle risorse personali?</i>	93
<i>5.4 L'influenza delle fasi del percorso oncologico sulle risorse personali.</i>	94
<i>5.5 Stare con gli altri ci fa bene: il ruolo della rete sociale in situazioni di problematicità.</i>	95
<i>5.6 Prospettive future di ricerca</i>	95
<b>Riferimenti bibliografici</b>	<b>99</b>

## Introduzione

Le problematiche oncologiche sono ormai tra i fattori più comuni di mortalità prematura nella maggior parte dei paesi del mondo. Si prevede che il numero globale di persone che sperimentano questa condizione aumenterà nei prossimi 50 anni a causa della forte influenza dei cambiamenti demografici, come l'invecchiamento e la crescita della popolazione. (Soerjomataram e Bray, 2021)

Per questo motivo, la medicina cerca sempre più di fare progressi in questo ambito attuando studi su cure sempre più all'avanguardia, oltre che cercando di implementare strategie che prendano di mira quei fattori comportamentali che aumentano il rischio di poter sviluppare eventuali problematiche oncologiche.

L'insorgenza di una problematica oncologica, però, non mette solo a dura prova da un punto di vista fisico l'individuo, ma anche da un punto di vista psicologico; questo perché la persona si trova a mettere in discussione la propria vita e le proprie priorità.

È solo negli ultimi anni, però, che la psicologia sta prestando attenzione a comprendere i cambiamenti che coinvolgono la persona; la letteratura è ricca di ricerche che indagano l'impatto dei cambiamenti fisici sul benessere della persona.

Con il presente studio ci si vuole concentrare sull'indagine di quelle risorse che possono aiutare l'individuo a vivere al meglio un percorso oncologico. Di sottofondo, quindi, a questo lavoro troviamo un concetto di salute mutuato alla psicologia positiva che non guarda solo ai deficit della persona, ma rivolge lo sguardo al funzionamento globale e alle potenzialità dell'individuo.

A questo proposito, nello studio qui presentato, sono state coinvolte 34 persone che hanno affrontato un percorso oncologico, a cui è stato chiesto di rispondere alle domande

di alcuni questionari volti ad indagare le risorse socio-emotive e altre risorse psicologiche, e il loro ruolo sul livello di benessere percepito nel continuum della gestione della malattia oncologica. Il presente lavoro è suddiviso in cinque sezioni differenti, ma strettamente integrate tra loro.

Nel primo capitolo sarà introdotto il prospetto teorico che è alla base della nostra tesi, in particolare si cercherà di definire i concetti basilari della psicologia positiva e del suo approccio alla salute. Si cercherà di dare una definizione di benessere e si introdurranno quelli che possono essere considerati fattori facilitanti del benessere e della qualità di vita, in particolare ci si concentrerà su quelli di maggior interesse per questo studio: la resilienza e la prospettiva temporale.

Nel secondo capitolo si approfondirà il costrutto di resilienza, presentandone le svariate definizioni. Saranno riportati poi studi presenti in poi letteratura che ci aiuteranno a comprendere in che misura la resilienza è un elemento promotore del benessere. Si andrà poi a guardare nello specifico, come la resilienza possa contribuire nel corso di un percorso oncologico.

Nel terzo capitolo si presenterà il costrutto di prospettiva temporale, dapprima dandone una definizione teorica, per poi esaminare i contributi della ricerca su questo tema; in particolare gli studi che guardano alla relazione della prospettiva temporale con il benessere e poi osservando il ruolo della prospettiva temporale rispetto a problematiche oncologiche.

Con il quarto capitolo si entrerà nel vivo del lavoro di ricerca qui presentato. Saranno presentati gli obiettivi dello studio nel dettaglio, le caratteristiche dei partecipanti e le modalità di coinvolgimento di questi. Sarà presentato poi il questionario proposto e i

relativi strumenti da cui è composto. Seguirà poi una presentazione preliminare dei risultati dell'analisi effettuata.

Infine, nel quinto capitolo, sarà presentata una discussione conclusiva in cui si cercherà di comprendere come si inseriscono i risultati del presente studio rispetto alle evidenze riscontrate in letteratura su questo filone di ricerca. Saranno poi presentate delle prospettive future rispetto alla ricerca e all'applicazione pratica relative alle problematiche oncologiche.

I risultati dello studio sottolineano come le problematiche oncologiche abbiano una serie complessa di influenze sulle risorse e sul benessere della persona, che si estendono all'intero contesto e alle relazioni con le persone all'interno del contesto. Questo aspetto è di fondamentale importanza per gli operatori che assistono persone con problematiche oncologiche, in quanto nel progettare interventi mirati al benessere dell'individuo bisogna avere in mente che non ci si sta rapportando con la singola persona, ma anche con tutto il contesto in cui è inserita. Avere un approccio sistemico, può aiutare a non tralasciare aspetti esterni che influenzano la vita della persona e quindi avere un quadro completo della situazione. Saranno poi presentate delle prospettive future rispetto alla ricerca e all'applicazione pratica relativa alle problematiche oncologiche.





## CAPITOLO 1

### Psicologia positiva, salute e benessere

In questo primo capitolo si vogliono innanzi tutto fornire le lenti con cui leggere lo studio presentato. Sarà fornita innanzitutto una definizione di quello che sarà l'approccio utilizzato, ovvero la *psicologia positiva*; si cercherà di comprendere il modo in cui questo modello teorico si appropria all'individuo e come viene concepita la salute. Successivamente si cercherà di individuare le componenti della salute, del benessere e le risorse personali che contribuiscono ad una buona soddisfazione di vita. Dopo aver inquadrato la psicologia positiva da un punto di vista teorico, si vuole osservare il modo in cui si muove la ricerca in questo ambito e su cosa si focalizza la terapia.

#### 1.1 Psicologia positiva: definizione e inquadramento teorico

Fin dalla sua origine, la psicologia, adottando un modello medico, si è dedicata alla cura delle patologie, affinché i pazienti riuscissero a guarire o a convivere consapevolmente con i propri traumi. Questo *modus operandi* divenne ancora più marcato in seguito alla Seconda guerra mondiale, periodo in cui ci si è concentrati così tanto sull'obiettivo della guarigione, da tralasciare due obiettivi principali della psicologia: *“migliorare la vita di tutte le persone e coltivarne il genio”*. (Seligman, 2014, p. 282)

Vi è quindi un cambio di rotta con la nascita della psicologia positiva, che vede lo studioso Martin Seligman come “padre fondatore” di questo approccio.

La psicologia positiva, si propone di catalizzare un cambiamento nella psicologia, in modo che si passi da un atteggiamento volto solo a riparare le cose negative della vita, a una visione più complessa, incentrata nel costruire una buona qualità di vita.

Seligman (2005, p. 410) afferma, infatti, che la psicologia positiva “*comprende gli studi delle emozioni positive, dei tratti di temperamento positivo e dell’esercizio di istituzioni positive. Le ricerche nell’ambito della psicologia positiva hanno lo scopo di integrare, non di sostituire, ciò che si conosce riguardo alla sofferenza e ai disturbi...*”, quindi non c’è una volontà di rinnegare la comprensione della sofferenza e delle problematiche, ma semplicemente di integrare questi aspetti con lo studio della felicità e di tratti positivi. L’interrogativo degli studiosi di questa scienza è come possano alcune persone essere contente e realizzate, nonostante si trovino in situazioni avverse e dolorose.

Il campo della psicologia positiva comprende più livelli:

- *livello soggettivo* (esperienza soggettiva positiva): benessere e soddisfazione, gioia, piaceri sensuali e felicità e cognizioni costruttive sul futuro: ottimismo, speranza e fede.
- *livello individuale* (tratti personali positivi): la capacità di amare e di vocazione, il coraggio, l’abilità interpersonale, la sensibilità estetica, perseveranza, perdono, originalità, lungimiranza, saggezza.
- *livello di comunità* (virtù civiche che spingono gli individui ad essere buoni cittadini): responsabilità, altruismo, educazione, civiltà, tolleranza, moderazione ed etica del lavoro. (Seligman, 2002)

Ciò che mette in primo piano questo approccio è la questione della *prevenzione*. Gli psicologi si sono infatti chiesti se e come poter prevenire problematiche come la depressione, le dipendenze, la schizofrenia in ragazzi vulnerabili o che vivono in ambienti che alimentano questi problemi. Sicuramente è stato riscontrato che un modello di tipo medico non promuove una tendenza preventiva rispetto a queste problematiche. I maggiori progressi nella prevenzione sono giunti in gran parte da una prospettiva

incentrata sulla costruzione sistematica delle competenze, non sulla correzione delle debolezze. I ricercatori della prevenzione hanno scoperto che ci sono forze umane che fungono da cuscinetto contro le malattie mentali: coraggio, mentalità futura, ottimismo, abilità interpersonali, fede, etica del lavoro, speranza, onestà, perseveranza e capacità di flusso e intuizione. (Seligman, 2014)

## **1.2 Un nuovo concetto di salute**

Con l'avvento della psicologia positiva e del suo approccio volto a guardare l'individuo nella sua totalità, complessità e unicità, è divenuto necessario ridefinire anche il concetto di salute. Solitamente "essere in salute" viene letto come il non presentare patologie, eppure ritroviamo già nella definizione rilasciata dall'OMS nel 1948 un concetto di salute più ampio: *"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità"* (OMS, 1948). Qualche anno dopo, la dichiarazione finale della prima Conferenza internazionale dell'OMS sulla promozione della salute, tenutasi a Ottawa nel 1986, affermava che: *"Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere in grado di identificare e realizzare aspirazioni, soddisfare bisogni, cambiare o far fronte all'ambiente. La salute, quindi, è vista come una risorsa per la vita quotidiana, non come l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che enfatizza le risorse sociali e personali, così come le capacità fisiche"*. (OMS, 1986)

Oltre a fornire una definizione più ampia di salute e incorporare lo studio dei fattori positivi associati alla salute e al benessere, gli ultimi due decenni hanno iniziato a rivelare che gli stati psicologici positivi non sono solo parte integrante della salute, ma possono anche effettivamente influenzare l'insorgenza di malattie e problemi fisici, nonché i

processi di guarigione. L'auto percezione delle persone sane, caratterizzata dall'aver sentimenti positivi su sé stesse, un senso di autocontrollo e una visione ottimistica del futuro, fornisce riserve e un volano di risorse non solo per far fronte alle difficoltà quotidiane ma anche a quelle che sono particolarmente stressanti e persino minacciose per la propria esistenza (Taylor et al., 2000). Avere un buono stato fisico o mentale non dovrebbe consistere solo nel non avere una malattia o un disturbo, ma anche nel godere di una serie di risorse o abilità che consentono di far fronte alle avversità. (Almedom e Glandon, 2007)

### **1.3 Benessere psicologico e risorse personali**

Dare una definizione di benessere, seppure potrebbe sembrare un compito semplice, è abbastanza complicato. Per quanto la psicologia si sia impegnata a cercare di descrivere il benessere e le sue componenti, trovarne una definizione sembra davvero impossibile. Il benessere sembra essere qualcosa di intangibile, difficile da definire e ancora più difficile da misurare. Nel cercare di definire il benessere da un punto di vista scientifico, negli ultimi anni, si è creato un dibattito accademico tra due schieramenti che riprendono vecchi orientamenti filosofici (Immagine 1.1). La prima di queste prospettive è quella *edonistica*, che prende spunto dal pensiero di Epicuro e vede il benessere come la presenza di affetti positivi e l'assenza di quelli negativi; in pratica lo scopo della vita è provare la maggiore quantità di piacere. La seconda prospettiva è invece l'*eudemonia* che vede il benessere non come l'assenza di esperienze negative, ma piuttosto come il vivere una vita quanto più piena e autentica e che permetta la migliore espressione di sé e dei propri scopi di vita. (Vázquez et al, 2009).

### Immagine 1.1

*Autori, concetti e misurazioni di base degli approcci del benessere edonico ed eudemonico.*  
(Vázquez et al, 2009)

	<b>Hedonic well-being</b>	<b>Eudaimonic well-being</b>
<b>Representative authors</b>	Epicurus, Hobbes, Sade, Bentham, Bradburn, Tennen, D. Watson, Kahneman	Aristotle, Frankl, Ryff, Deci, Seligman
<b>Basic concepts</b>	Pleasure Positive/negative affect Affective balance Positive emotions Net affect Life satisfaction	Virtues Self-fulfillment Psychological growth Aims and needs Psychological strengths
<b>Characteristic measurements (Examples)</b>	SWLS PANAS Sampling of emotional moments	PWBS VIA

Nel parlare di benessere, non si può tralasciare il contributo di Carol Ryff, una delle principali esperte internazionali nell'ambito del benessere psicologico, che ha individuato sei elementi fondamentali che costituiscono, nel loro insieme, il livello di benessere psicologico di una persona.

Le sei dimensioni del benessere psicologico secondo Ryff sono dunque:

- *Accettazione di sé*: sviluppare un atteggiamento positivo verso sé stessi e verso la propria vita capace di suscitare sentimenti positivi, riconoscere e accettare molteplici aspetti di sé, sia che si tratti di punti di forza che di imperfezioni o debolezze, sentirsi positivi verso la propria vita passata;
- *Relazioni positive con gli altri*: avere relazioni soddisfacenti basate sulla fiducia, preoccuparsi del benessere degli altri, essere capaci di empatia, affetto e intimità, comprendere il valore del dare e dell'avere su cui si basano le relazioni umane;
- *Autonomia*: sviluppare una libertà di pensiero, emozionale e d'azione, essere autodeterminati e indipendenti, essere in grado di resistere alle pressioni sociali

nel proprio modo di pensare e agire, regolare il proprio comportamento secondo degli standard personali interni;

- *Padronanza ambientale*: avere un senso di padronanza e competenza nella gestione dell'ambiente, sentire di poter affrontare le sfide della vita, controllare una serie complessa di attività esterne, usare efficacemente le opportunità circostanti, essere in grado di scegliere o creare contesti favorevoli alle proprie esigenze e ai propri valori personali;
- *Scopo nella vita*: porsi degli obiettivi e un senso di direzione, attribuire un significato alla propria vita presente e passata, sviluppare credenze che diano scopo alla vita, avere il senso che quello che stiamo facendo è in linea con i nostri valori;
- *Crescita personale*: avere la sensazione di uno sviluppo continuo, vedere sé stessi crescere ed evolvere, essere aperti a nuove esperienze, avere il senso di realizzare il proprio potenziale, vedere il miglioramento di sé stessi e del proprio comportamento nel tempo, avere maggiore consapevolezza di sé ed un senso di maggiore efficacia (Ryff, 1995).

Il benessere psicologico è una condizione fluida, che varia nel corso del tempo e degli eventi di vita. Qualora si percepisse un senso di insoddisfazione o malessere potrebbe essere utile prendersi del tempo per riflettere su quali siano i propri bisogni, le proprie finalità e le difficoltà principali, così comprendere quali possano essere le risorse da sfruttare per affrontare le diverse situazioni. In questo modo può essere possibile trasformare un momento di crisi in un'opportunità di resilienza e crescita personale (Ryff, 1995).

Oltre alle dimensioni del benessere individuate da Ryff, altri fattori che influiscono sul benessere psicologico che sono di importanza centrale nella psicologia positiva sono quelle che vengono definite risorse personali. Tra queste spiccano: la speranza; l'ottimismo; la resilienza; il supporto sociale; il senso di autoefficacia; la consapevolezza. Il benessere è il prodotto dell'interazione tra risorse personali, disposizione di pensiero e comportamento (Lightsey, 1996).

Windle e Woods (2004) hanno esaminato come le risorse psicologiche abbiano un effetto di mediazione sulla soddisfazione della vita, indicatore del benessere soggettivo. L'evidenza identifica diversi eventi della vita e circostanze mutevoli che possono essere potenzialmente dannose per il benessere degli anziani. Sulla base della letteratura, è stato sviluppato un modello teorico con l'ipotesi che l'adattamento a eventi potenzialmente avversi attinga a risorse psicologiche centrali per il sé. I partecipanti allo studio erano un campione casuale di 423 persone residenti in comunità di età pari o superiore a 70 anni. Tutti i partecipanti sono stati intervistati nelle proprie case utilizzando un programma strutturato. Sono stati ottenuti dati quantitativi su età, sesso, supporto sociale, stato civile, funzionamento fisico, dolore fisico, solitudine, isolamento e difficoltà abitative. Il benessere soggettivo è stato valutato mediante l'indice di soddisfazione di vita e il mediatore psicologico è stato concettualizzato come una misura della padronanza ambientale. Il primo ciclo di analisi ha rilevato che le variazioni del benessere erano associate a difficoltà abitative, isolamento, solitudine, funzionamento fisico, dolore, reti di sostegno e stato civile. Il modello completo ha stabilito una mediazione perfetta attraverso la padronanza ambientale per le variabili problemi abitativi e funzionamento fisico, e una mediazione parziale per la solitudine, a sostegno dell'ipotesi originale. I risultati si aggiungono all'evidenza di un numero crescente di studi che dimostrano come

le risorse psicologiche siano alla base dei processi di adattamento alle situazioni mutevoli che accompagnano l'invecchiamento e prevengano esiti negativi.

#### **1.4 Psicologia positiva e salute: uno sguardo alla ricerca**

Alla luce di quanto detto in precedenza, si vuole osservare più nel dettaglio il contributo che ci offre la ricerca nel campo della salute rispetto all'influenza delle risorse psicologiche sul livello di benessere e come tali risorse abbiano implicazioni positive anche rispetto alla salute fisica.

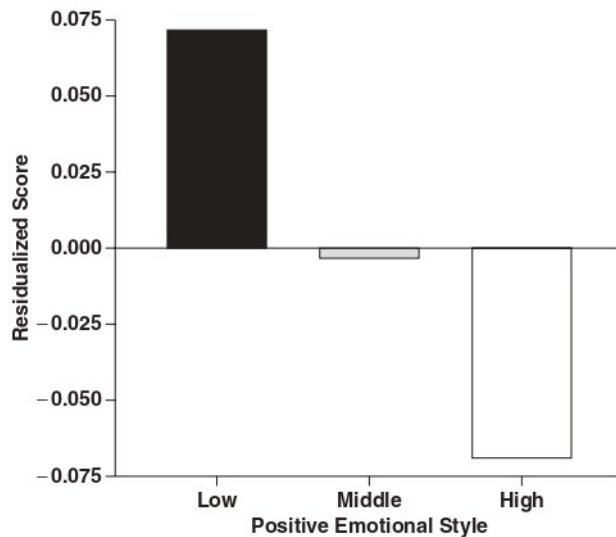
Uno studio condotto da Cohen e Pressman (2006) indaga il ruolo delle emozioni positive nell'ambito della salute. 334 volontari adulti sono stati intervistati telefonicamente sette volte in un periodo di tre settimane. Per ogni intervista, i partecipanti hanno valutato con quanta precisione ciascuno dei nove aggettivi positivi (ad esempio: vivace, energico, felice, allegro, calmo) e nove negativi proposti (ad esempio: triste, depresso, nervoso, ostile) rispecchiasse il modo in cui si erano sentiti nell'ultimo giorno. I punteggi giornalieri dell'umore sono stati calcolati e mediati nella settimana per creare misure sommarie del tratto PA (positive affect) e NA (negative affect). Successivamente, i soggetti sono stati esposti a uno dei due virus che causano un comune raffreddore e sono stati monitorati cinque giorni per lo sviluppo della malattia clinica. I ricercatori hanno trovato che le esperienze emotive positive erano correlate a un minor rischio di sviluppare un raffreddore e a un minor numero di segnalazioni di sintomi, mentre le esperienze emotive negative non erano correlate in modo significativo alla manifestazione del raffreddore, ma erano associate a segnalazioni di più sintomi. (Immagine 1.2)



In breve, questo studio ha dimostrato che provare emozioni positive era legato a una maggiore resistenza allo sviluppo del comune raffreddore.

### **Immagine 1.2**

*Relazione tra emozioni positive e sintomi riportati. (Cohen e Pressman, 2006).*



Un altro studio che mostra come l’esperire emozioni positive sia un fattore protettivo rispetto alla mortalità è quello condotto da Brummett et al. (2006). Sono stati coinvolti 4.989 studenti a cui è stato chiesto di compilare una scala di ottimismo all’ingresso dell’università negli anni 1964-1966. Sono stati seguiti per 40 anni ed è emerso che gli individui pessimisti avevano tassi di longevità inferiori rispetto agli individui ottimisti.

Park et al. (2014), invece, hanno esaminato in una rassegna una serie di studi volti ad indagare l’impatto positivo delle risorse psicologiche sulla salute fisica. È emerso che risorse quali ottimismo, speranza, perdono, soddisfazione per la vita, resilienza, soddisfazione sociale, autoregolamentazione, spiritualità ed altruismo sono predittori di una buona salute.

A questo punto la domanda che sorge spontanea è se interventi mirati sul far emergere e rafforzare queste risorse siano efficaci nel migliorare la qualità di vita della persona.

Burton et al. (2010) hanno effettuato uno studio sulla fattibilità e sull'efficacia di un programma di formazione sulla resilienza psicosociale di gruppo "READY" (REsilience and Activity for every DaY) per verificare se tale programma potesse promuovere il benessere. I partecipanti sono stati coinvolti attraverso un invito tramite mail universitaria, cui hanno risposto 16 persone (con età compresa tra i 24 e i 50 anni) dando il consenso alla partecipazione alla ricerca. Il programma READY mira a cinque fattori chiave di protezione della resilienza che sono stati identificati dalla letteratura empirica: emozioni positive; flessibilità cognitiva (ad es. accettazione), significato della vita, supporto sociale e strategie di coping attive (compresa l'attività fisica). Il programma proposto era suddiviso in undici sessioni che includevano psicoeducazione, discussione, esercizi esperienziali e attività strutturate di apprendimento e pratica. Ai partecipanti è stato fornito un quaderno di lavoro dettagliato che includeva un compact disc audio (con esercizi guidati), note scritte, sezioni per la riflessione critica e attività di apprendimento strutturate da completare. Le attività di riflessione e apprendimento includevano il READY Personal Plan, una risorsa personalizzata per aiutare i partecipanti ad applicare le informazioni generalizzate al loro contesto specifico e al loro stile individuale.

Sessioni di valutazione di gruppo sono state condotte all'università, nella settimana prima e la settimana successiva al programma, da tre assistenti di ricerca indipendenti con la presenza del ricercatore capo. In queste sessioni è stata somministrata una batteria di test che includeva questionari per la valutazione di: benessere psicologico con la *Psychological Well-Being Scale*, che indaga le sei dimensioni del benessere individuate da Ryff (1995); depressione attraverso il *Center for Epidemiological Studies-Depression*, che esamina pensieri e comportamenti collegabili a disagi sia di natura organica che psicologica e con il *Depression Anxiety Stress Scales Short Version* che si focalizza

sull'individuare sintomi di depressione, stress ed ansia. Sono stati poi valutati gli affetti negativi e quelli positivi con il *Positive And Negative Affect Schede-Expanded*; la coerenza dell'azione (*The Valued Living Questionnaire*); la consapevolezza (*Mindful Attention Awareness Scale*); la flessibilità cognitiva (*The Acceptance and Action Questionnaire*) e infine il supporto sociale (*MOS Social Support Survey*). L'attività fisica è stata monitorata tramite autovalutazione, inoltre sono state raccolte informazioni fisiche (peso, altezza pressione sanguigna) e informazioni circa caratteristiche ematologiche (glicemia, colesterolo, cortisolo...).

Al termine delle sessioni sono stati constatati ampi effetti favorevoli dell'intervento sulle misure di accettazione, padronanza ambientale, emozioni positive, consapevolezza e crescita personale; effetti moderati sulle misure di stress, accettazione di sé, vita stimata, autonomia e depressione; e un piccolo effetto sulla misura del colesterolo totale. Non sono stati riscontrati invece effetti significativi sui rapporti interpersonali. (Figura 1.3)

**Figura 1.3**

*Principali differenze tra l'inizio e la conclusione dell'intervento READY* (Burton et al., 2010)

Measure	Mean difference (SD)	95% confidence interval	p
<i>Questionnaire measures</i>			
Ryff_Autonomy	3.06 (5.17)	0.31–5.82	0.03
Ryff_Environmental mastery	6.25 (5.91)	3.10–9.40	0.001
Ryff_Personal growth	4.37 (5.21)	1.60–7.15	0.004
Ryff_Positive relations	1.06 (6.29)	–2.29–4.41	0.509
Ryff_Life purpose	3.87 (9.82)	–1.36–9.11	0.135
Ryff_Self acceptance	3.94 (5.79)	0.85–7.02	0.016
CES-D (Depression) <sup>a</sup>	–5.25 (10.18)	–10.67–0.17	0.057
DASS_Depression <sup>a</sup>	–3.75 (9.46)	–8.79–1.29	0.134
DASS_Stress <sup>a</sup>	–5.75 (8.19)	–10.12 to 1.38	0.013
DASS_Anxiety <sup>a</sup>	0.50 (7.17)	–3.32–4.32	0.784
PANAS_positive affect	6.44 (6.97)	2.72–10.15	0.002
Valued living questionnaire	7.19 (11.24)	1.20–13.18	0.022
Mindful attention awareness scale	7.12 (8.48)	2.61–11.64	0.004
Acceptance and action questionnaire II (AAQII)	6.81 (9.57)	1.71–11.91	0.012
MOS social support survey	0.87 (2.03)	–0.21 to 1.96	0.105
<i>Physical activity</i>			
Minutes/week	15.33 (289)	–144–175	0.840
Average steps/day	223.85 (2870)	–1356–1823	0.757
<i>Physical measures</i>			
Body mass index <sup>a</sup>	0.09 (1.11)	–0.49–0.68	0.74
Blood pressure_systolic <sup>a</sup>	–2.87 (7.62)	–6.94–1.19	0.152
Blood pressure_diastolic <sup>a</sup>	–0.87 (6.25)	–4.20–2.45	0.584
<i>Hematological measures</i>			
Fasting blood glucose <sup>a</sup>	–0.74 (0.42)	–0.30–0.15	0.489
Total cholesterol <sup>a</sup>	–0.26 (0.41)	–0.48 to 0.03	0.025
C-Reactive protein <sup>a</sup>	–0.07 (0.83)	–0.52–0.37	0.730
Cortisol <sup>a</sup>	0.500 (27.69)	–14.26–15.26	0.943

<sup>a</sup>Negative mean difference implies favorable change.

Questo studio, anche se condotto su un campione ristretto mostra come un lavoro sul rafforzamento delle risorse possa avere un effetto sul benessere psicologico delle persone, oltre che sulla salute, anche se in questo studio sono stati coinvolti soggetti senza patologie specifiche.

Negli ultimi anni stanno prendendo sempre più piede terapie incentrate sulla mindfulness, quindi sul rafforzamento della consapevolezza. Si presume che le meditazioni inducano affetti positivi e portino a una buona salute.

Uno studio condotto da un gruppo di neuroscienziati, Davidson et al. (2003), ha dimostrato che la meditazione di consapevolezza produce cambiamenti positivi nel cervello e nella funzione immunitaria. In questo studio, 25 dipendenti sani in un luogo di lavoro hanno ricevuto una formazione clinica intensiva di 8 settimane sulla meditazione per accrescere la consapevolezza. È stato organizzato un corso di formazione settimanale per un totale di circa 3 ore, mentre si è tenuto un ritiro silenzioso di 7 ore durante la sesta settimana della formazione. Inoltre, ai partecipanti è stato chiesto di eseguire pratiche di meditazione a casa per un'ora al giorno, sei giorni alla settimana con audiocassette guidate. È stata misurata l'attività cerebrale all'inizio della formazione, alla fine della formazione e quattro mesi dopo la conclusione. Al termine della formazione, ai partecipanti è stato somministrato un vaccino antinfluenzale. I risultati del gruppo di meditazione sono stati confrontati con quelli del gruppo di controllo in lista d'attesa. Nel gruppo di meditazione l'attività cerebrale dell'area anteriore sinistra, ovvero quella associata agli affetti positivi, era notevolmente aumentata. È stata constatata anche una maggiore concentrazione di anticorpi.

È interessante notare, quindi, come l'aumento dell'attività cerebrale della parte anteriore sinistra sia correlata a un maggior funzionamento del sistema immunitario. Questo

sembrerebbe dimostrare, quindi, come benessere psicologico e salute fisica siano correlati.

Questi studi suggeriscono quindi che aiutare le persone a coltivare risorse psicologiche e sociali positive nella vita ha il potenziale per portare a vite più felici, più significative e più sane.

#### ***1.4.1 Psicologia positiva in ambito oncologico***

Dal momento che il presente studio rivolge un'attenzione particolare al percorso oncologico, si vuole mostrare una possibile efficacia di interventi di psicologia positiva in ambito oncologico.

Casellas-Grau et al. hanno messo a confronto diversi studi relativi agli interventi di psicologia positiva in una rassegna del 2014. Gli studi presi in esame coinvolgevano per la gran parte donne con diagnosi di carcinoma mammario, anche se in qualche ricerca sono stati coinvolti partecipanti di sesso maschile con altri tipi di problematiche oncologiche.

Sono stati vagliati studi empirici che applicavano almeno una delle seguenti terapie psicologiche positive per i pazienti con cancro al seno: psicoterapia positiva, terapia della speranza, terapia del benessere, terapia della qualità di vita, consapevolezza, terapie relative alla crescita post traumatica e terapie centrate sulla forza (vedi Tabella 1.1).

Inoltre, sono stati inclusi anche interventi incentrati sullo sviluppo dei punti di forza personali, sulla creazione di significato, sul miglioramento delle emozioni positive, sul coinvolgimento, sulle relazioni positive, sulla realizzazione, sulla soddisfazione per la vita, sulla crescita personale e sul cambiamento.

Purtroppo, gli studi in questo ambito sono pochi e le metodologie utilizzate sono variegata per poter generalizzare conclusioni rispetto all'efficacia di interventi in ottica di psicologia positiva in ambito oncologico, soprattutto è difficile comprendere quanto possano essere efficaci nel lungo termine. (Casellas-Grau et al., 2014).

**Tabella 1.1**

*Principali interventi in ottica positiva utilizzati in ambito oncologico analizzati nella rassegna di Casellas-Grau et al. (2014).*

<b>Tipologia intervento</b>	<b>Evidenze degli studi</b>
<i>Interventi basati sulla consapevolezza.</i>	Intervento maggiormente utilizzato in ambito oncologico. Risultati non del tutto concordi rispetto all'incremento di consapevolezza. Miglioramento rispetto alla qualità di vita, supporto sociale percepito e accettazione.
<i>Interventi incentrati sulla creazione di significato.</i>	Miglioramento dell'autostima, dell'autoefficacia e dell'ottimismo, che influenzano la creazione del significato. L'ottimismo può essere migliorato attraverso l'esercizio della revisione dei punti di forza e delle capacità individuali.
<i>Espressione scritta di emozioni positive.</i>	Incremento di speranza e altruismo nelle donne. Miglioramento rispetto alla soddisfazione di vita (risultati relativi al periodo immediatamente successivo alla terapia). Non è stato dimostrato un effetto positivo a lungo termine.
<i>Interventi psico-spirituali</i>	Incremento della speranza, della felicità, della soddisfazione per la vita, del benessere generale e delle relazioni sociali.
<i>Interventi sulla speranza.</i>	Miglioramento rispetto alla speranza, ma non c'è stato il modo di renderlo persistente nel tempo.

Di certo sembra che intervenire sulle risorse personali aiuti a garantire un maggior benessere e un maggior senso di autoefficacia che possono risultare di aiuto fondamentale in un percorso oncologico.

## CAPITOLO 2

### Resilienza

In questo capitolo sarà introdotto il costrutto della *resilienza*, guardando innanzi tutto alle varie definizioni teoriche facendo riferimento agli autori principali presi in considerazione. Si considereranno poi i fattori che contribuiscono alla resilienza ed infine agli studi che rivolgono l'attenzione alla resilienza in situazioni di vita che possono compromettere il benessere percepito: nel nostro caso specifico, si osserverà il ruolo della resilienza rispetto a problematiche oncologiche.

#### 2.1 Resilienza: verso una definizione

La resilienza psicologica è diventata un concetto popolare, che viene inserito ormai nel parlare quotidiano. Questo comporta il problema di non averne una definizione univoca, tante sono le sfaccettature da cui può essere guardata.

L'interesse nei confronti della resilienza nasce dagli studi sullo stress ed eventi che hanno un forte impatto emotivo sulla persona. Quando l'esposizione allo stress è insolitamente intensa, cronica, incontrollabile e opprimente, può dar luogo a (o esacerbare) burnout, depressione, ansia e numerose condizioni fisiche, come malattie infiammatorie, cardiovascolari o altre malattie mediche. (Southwick et al., 2014)

La resilienza svolge in questo senso un importante ruolo, in quanto viene considerata un fattore protettivo rispetto a quelli che sono gli effetti negativi che producono queste situazioni.

La definizione più comune e popolare è quella che vede la resilienza come “capacità di piegarsi ma non spezzarsi”. L'American Psychological Association (2014) definisce la resilienza come “*il processo di adattamento ad affrontare avversità, traumi, tragedie,*

*minacce o anche fonti di stress significative*”, ma per quanto esplicativa questa definizione non è particolarmente esaustiva.

### ***2.1.1 Resilienza: tratto di personalità o processo dinamico?***

Nel definire la resilienza, è importante specificare se la resilienza viene vista come un tratto, un processo o un risultato. Spesso si è tentati di adottare un approccio dicotomico volto a valutare la presenza o assenza della resilienza; tuttavia, è più probabile che la resilienza esista su un continuum che può essere presente in gradi diversi in più domini della vita (Pietrzak e Southwick, 2011). Ad esempio, un individuo che risponde bene allo stress relativo alla sfera relazionale privata, potrebbe non riuscire nel farlo nella sfera professionale. Si può quindi dire che la persona non è resiliente? La resilienza non è un qualcosa di dato e di statico; evolve e si modifica nel tempo, ma soprattutto in funzione dell’ambiente (Kim-Cohen e Turkewitz, 2012). Dunque, la resilienza non è strettamente legata al singolo, bensì anche al contesto in cui si è inseriti, alla cultura di appartenenza, alla religione e ad altri fattori contestuali.

A questo punto, una definizione più puntuale può essere quella fornita da Ann Masten che vede la resilienza come *“la capacità di un sistema dinamico di adattarsi con successo ai disturbi che minacciano la fattibilità, la funzione o lo sviluppo di quel sistema”* (Masten, 2014a, p.6). Questa definizione permette di comprendere che il tipo di funzione e sviluppo del sistema, varierà storicamente, culturalmente e geograficamente. La resilienza, quindi, non nasce da qualità rare e speciali, ma dalla magia quotidiana dell’investimento di risorse umane ordinarie che risiedono nella mente, nel corpo dell’individuo, del suo ambiente familiare e dalle sue relazioni e delle sue comunità di riferimento (Masten, 2001).



Per questo motivo, è fondamentale per gli studiosi della resilienza non cadere nei tre "peccati capitali della ricerca sulla resilienza". (Panter-Brick e Leckman, 2013).

Il primo peccato capitale consiste nell'essere concettualmente confusi rispetto al modo in cui si articola la resilienza in contesti che sono diversi dal proprio. Il secondo peccato capitale è di essere empiricamente leggeri rispetto alla ricerca attiva di prove sulla resilienza in una gamma di contesti molto ampia (ad esempio includendo indifferentemente bambini, adulti, anziani, occidentali e non). Il terzo peccato è essere metodologicamente zoppi rispetto a come è misurata la resilienza, specialmente nei luoghi in cui gli obiettivi e le risorse culturali ci sono meno familiari.

La definizione di resilienza che danno Panter-Brick & Leckman (2013, p. 335), vede la questa risorsa come *“un processo per sfruttare le risorse al fine di sostenere il benessere”*. “Processo” perché implica che la resilienza non è solo un attributo o una capacità, ma anche un qualcosa che si può apprendere o che può variare nel tempo. “Sfruttare le risorse” perché è importante identificare quali sono le risorse più rilevanti per le persone in luoghi più disparati tra loro. “Benessere sostenuto” perché la resilienza implica più di una definizione ristretta di salute o assenza di patologia.

Alla luce di quanto detto sulla resilienza, sorge spontanea una domanda. Perché ci sono persone che sono più resilienti di altre? Se pensiamo alla resilienza come a una traiettoria stabile o a un tratto predittivo, allora possiamo pensare alle basi biologiche o anche ai propri geni come determinanti importanti (Simeon et al., 2007; Yehuda et al., 2006; Yehuda et al., 2013).

Tuttavia, quando la resilienza è intesa come un processo, allora si può parlare di un organismo che sta interagendo attivamente con un ambiente. Ciò non esclude il contributo di una predisposizione genetica, ma potrebbe modificare la comprensione di come gli

eventi ambientali contribuiscano ai cambiamenti biologici, piuttosto che il contrario. Ci sono molti fattori diversi che potrebbero rendere alcune persone più resilienti di altre. Ma l'importanza di una base biologica della resilienza dipenderà dal modo di intendere questa risorsa, ovvero, se la resilienza è un tratto che determina una risposta alle avversità o risulta dall'impegno ambientale (Southwick et al., 2014).

La capacità di resilienza negli esseri umani è distribuita attraverso molti sistemi interagenti (Masten, 2014a; Masten, 2014b). Ci sono sistemi adattivi che sono frutto dell'evoluzione biologica e culturale e sono costantemente creati e modificati nel tempo. (Masten, 2001). Basta osservare i bambini; hanno capacità di adattamento innate, ma che sono allo stesso tempo legate alla loro relazione con il caregiver. Questa è una caratteristica che può essere evidente anche in altre specie. Quello che differenzia l'uomo dalle altre specie, però, è la cultura, la capacità di linguaggio, memoria, apprendimento e questo ci porta a spostarci da una spiegazione prettamente biologica della resilienza. Un altro sistema adattivo di estrema importanza è il sistema di motivazione alla padronanza; siamo in grado di tramandare un'enorme quantità di conoscenze su cosa funziona e cosa non funziona, cosa ci permette di sostenere il benessere sfruttando al massimo le nostre risorse.

Riassumendo, quindi, gran parte delle nostre capacità deriva dal nostro potenziale intrinseco, ma altre derivano dal nostro fare esperienze interagendo con l'ambiente. Gran parte della resilienza, soprattutto nei bambini, è strettamente legata alle relazioni con le altre persone. È da quelle relazioni che arriva un senso profondo di sicurezza emotiva e la sensazione di avere le "spalle coperte" che nel bambino possiamo rintracciare nei caregiver, ma nel corso del tempo ritroviamo in altri tipi di relazione (amicizie, relazioni

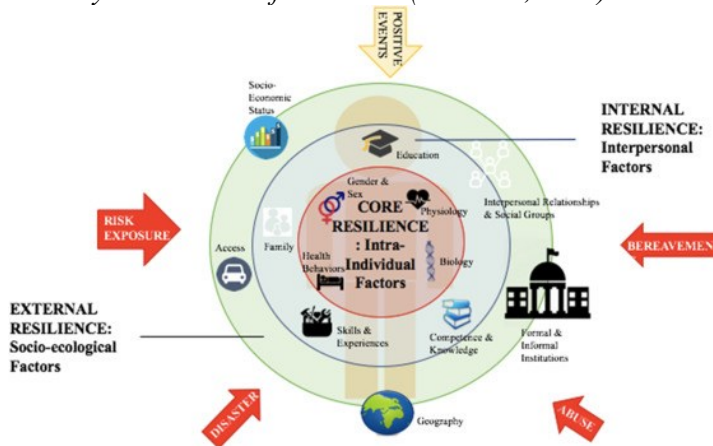
intime) da cui costantemente continuiamo ad apprendere nuove modalità di adattamento. (Masten, 2014).

### 2.1.2 Resilienza: un modello multisistemico

A supporto di questa concettualizzazione, che vede la resilienza come risultato di componenti appartenenti a diversi livelli, troviamo la teorizzazione di un modello di resilienza integrato e multisistemico “*Multi-systems model of resilience*” (Liu et al., 2017). Questo modello (Immagine 2.1) vede, quindi la resilienza non come trauma-relata, ma composta da più componenti: *fattori intra-individuali; resilienza interna, resilienza esterna.*

#### Immagine 2.1

*Multi-systems model of resilience (Liu et al., 2017)*



Guardiamo più nel dettaglio i vari livelli:

1. *Core resilience*: indicatori intra-individuali di resilienza. Questo fattore è costituito da caratteristiche proprie dell'individuo, come ad esempio la fisiologia della persona o i sistemi di risposta allo stress, comportamenti di salute o più in generale altri indicatori biologici che costituiscono il proprio profilo di risposta allo stress. In questo caso può essere utile, ad esempio, osservare i marcatori fisiologici di risposta allo

stress, ma un ruolo importante hanno anche l'osservazione di comportamenti di salute quali, ad esempio, il sonno, l'esercizio fisico e l'alimentazione che possono essere indicatori di benessere della persona. È stato osservato come infatti questi possano variare in seguito all'esposizione ad eventi traumatici (ad esempio problematiche rispetto al sonno).

2. *Resilienza interna.* La resilienza interna psicosociale include elementi di molti costrutti, quali ad esempio l'autonomia, l'autocontrollo e l'autoregolazione, competenza sociale, stile di coping, esperienze passate di avversità, durezza mentale, resistenza allo stress. La caratteristica comune di questi fattori è quella di correlare positivamente con la resilienza, ma dal momento che la resilienza è un costrutto che varia nel tempo e in base ai contesti è bene analizzare i vari fattori tenendo presente il quadro più generale.
3. *Resilienza esterna.* Con resilienza esterna gli autori intendono considerare quei fattori socio-ecologici, che riguardano sia istituzioni ambientali più grandi (come ad esempio l'accesso all'assistenza sanitaria, i servizi sociali e altre risorse che interagiscono con l'individuo), come anche componenti che coinvolgono direttamente l'individuo (situazione socioeconomica, reddito, posizione geografica).

Il modello proposto pone l'attenzione su un aspetto importante: nel valutare la resilienza e anche i tipi di interventi bisogna considerarla in modo globale, in modo da poter intervenire sui vari livelli.

## 2.2 Uno sguardo alla ricerca

Si vuole, a questo punto, comprendere come la resilienza possa contribuire al benessere delle persone.

Ong et al. (2006), hanno condotto una ricerca volta ad indagare il ruolo della resilienza e delle emozioni positive rispetto all'adattamento in età avanzata. Sono stati effettuati due studi per osservare la modalità di risposta dei partecipanti a situazioni particolarmente stressanti: nel primo studio sono stati coinvolti partecipanti che si trovavano a fronteggiare eventi stressanti della vita quotidiana, mentre nel secondo, donne che avevano subito un lutto recente. I risultati emersi da questo lavoro di ricerca convergono su cinque conclusioni generali: i benefici adattativi delle emozioni positive sono maggiori quando gli individui sono sotto stress; le emozioni positive sono più comuni tra gli individui ad alta resilienza; persone con scarsa resilienza psicologica tendono ad avere difficoltà a regolare le emozioni negative e mostrano una maggiore reattività agli eventi quotidiani stressanti della vita. Quando presenti, le emozioni positive sono particolarmente importanti per gli individui a bassa resilienza, in particolare nel contesto dello stress; e nel tempo, le emozioni positive servono ad assistere gli individui ad alta resilienza nella loro capacità di riprendersi efficacemente dalle avversità.

Tecson et al. (2019), invece, hanno condotto uno studio con l'obiettivo di determinare l'impatto della resilienza sul benessere negli adulti malati cronici. Sono stati coinvolti nello studio 41 partecipanti, con età pari o maggiore ai 50 anni, che dovevano avere una diagnosi confermata di una o più delle seguenti condizioni: malattia renale cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete mellito, insufficienza cardiaca o condizione reumatologica infiammatoria e, inoltre, avere un caregiver informale (amico o familiare) che si prendeva cura regolarmente della persona. I partecipanti hanno dovuto

rispondere a un sondaggio che indagava sei domini: informazioni sociodemografiche, resilienza, disagio psicologico, soddisfazione di vita, felicità e qualità della vita. Per indagare la resilienza sono stati utilizzati tre item della *Brief Resilience Scale*, uno strumento che indaga la resilienza considerandola come la capacità di recupero dopo un evento traumatico. Gli item utilizzati sono i seguenti: “*Tendo a riprendermi rapidamente dopo i momenti difficili*”; “*Ho difficoltà a superare eventi stressanti*”; “*Non mi ci vuole molto per riprendermi da una situazione stressante*” a cui i partecipanti dovevano rispondere indicando su una scala da 1 a 5 il loro grado di accordo con l’affermazione (dove 1=fortemente in disaccordo e 5=fortemente d’accordo). Per valutare il disagio psicologico sono stati utilizzati sei item della *Kessler Psychological Distress Scale*, che indaga i sintomi di ansia e depressione rispetto alle quattro settimane precedenti. I partecipanti dovevano indicare la frequenza con cui avevano esperito il sintomo proposto dagli item con quattro possibili risposte comprese tra 0 e 4, dove 0=mai e 4=sempre. Per la soddisfazione di vita è stata utilizzata la *Satisfaction with Life Scale* che indaga quanto la persona si sente soddisfatta della propria vita. Questo strumento propone 5 item a cui la persona deve rispondere indicando il grado di accordo con l’affermazione attraverso 7 possibili risposte che vanno da 1 = fortemente in disaccordo a 7 = fortemente d’accordo. I 5 item proposti sono: “*Per molti aspetti la mia vita è vicina al mio ideale*”; “*Le condizioni della mia vita sono ottime*”; “*Sono soddisfatto della mia vita*”; “*Finora ho ottenuto le cose importanti che desidero nella vita*”; “*Se potessi rivivere la mia vita, non cambierei quasi nulla*”. Per la qualità di vita, invece, è stato inserito un singolo item in cui veniva chiesto di valutare la qualità di vita dell’ultima settimana con una valutazione che andava da 0 a 10 (dove 0 corrispondeva a una valutazione pessima, mentre 10 corrispondeva a ottima). L’analisi dei dati ha mostrato una relazione tra resilienza, qualità

di vita, soddisfazione di vita e felicità, mentre è stata riscontrata un'associazione inversa con il disagio psicologico. (Immagine 2.2)

La resilienza può essere una risorsa per ridurre il disagio psicologico e aumentare la felicità, la qualità della vita e la soddisfazione di vita tra coloro che convivono con malattie croniche, inoltre, la resilienza può influenzare il benessere consentendo risposte psicologiche e fisiologiche più rapide.

### Immagine 2.2

*Effetti della resilienza sulle componenti psicologiche indagate.* (Tecson et al., 2019)

Outcome	Model <sup>a</sup>	R <sup>2</sup>	Estimate	Standard error	P value
Quality of life	Unadjusted	0.21	1.10	0.34	0.003
	Health-adjusted	0.40	0.64	0.35	0.069
	Fully adjusted	0.49	0.63	0.39	0.117
Life satisfaction	Unadjusted	0.16	0.65	0.24	0.010
	Health-adjusted	0.31	0.35	0.25	0.170
	Fully adjusted	0.42	0.37	0.28	0.195
Psychological distress	Unadjusted	0.25	-2.00	0.56	<0.001
	Health-adjusted	0.38	-1.50	0.58	0.015
	Fully adjusted	0.55	-1.91	0.57	0.002

<sup>a</sup>Fully-adjusted models include health status, financial status, marital status, and gender.

A sostegno dell'influenza della resilienza sulla salute e risposte fisiologiche più rapide c'è lo studio di Tugade et al. (2004), che mostra come le emozioni positive e la resilienza possono essere un fattore importante che protegge gli individui contro esiti di salute disadattivi. I risultati del loro studio mostrano come le emozioni positive siano legate al recupero accelerato in individui resilienti dalla reattività cardiovascolare generata da emozioni negative.

Anche nello studio di Manning et al. (2016) l'interrogativo principale è comprendere se la resilienza possa avere effetti positivi rispetto alle malattie croniche. Questo studio ha preso in esame un campione di 10.753 americani di età compresa tra 51 e 98 anni.

Quello che si è andato ad osservare nel dettaglio è l'impatto della resilienza sui cambiamenti relati alla disabilità (misurata come difficoltà esperita nelle attività della vita quotidiana e nelle attività strumentali della vita quotidiana) in un periodo di due anni utilizzando un punteggio di resilienza semplificato. I risultati hanno mostrato come la resilienza protegga dall'aumento dei limiti nelle attività della vita quotidiana che sono spesso associati all'invecchiamento. La resilienza mitiga gran parte delle conseguenze deleterie legate all'insorgenza di malattie croniche e alla conseguente disabilità.

Lo studio cinese condotto da Shen e Zeng (2011) ha indagato invece la relazione tra resilienza e sopravvivenza in persone anziane (con età superiore ai 65 anni). È emerso che la resilienza ha un impatto sulla salute e sulla longevità, anche se l'effetto sulla sopravvivenza tra i meno anziani (65-79 anni) è stato leggermente maggiore di quello tra persone con età più avanzata (over 80). Quando gli individui raggiungono un'età avanzata, le condizioni negative accumulate durante il lungo processo di invecchiamento, come il deterioramento della salute e la perdita di familiari amati, rappresentano sfide serie. Gli anziani con una migliore resilienza possono avere una maggiore capacità e potenziale per affrontare con successo i vincoli e le avversità per ottenere una salute e una longevità migliori.

Quindi per concludere, la resilienza, risulta essere una grande risorsa per una buona qualità di vita e sembra influenzare positivamente anche la salute fisica e il modo di convivere con una malattia cronica. Per questo motivo, numerosi studi suggeriscono di trovare modalità per implementare la resilienza e le risorse personali, soprattutto in casi di malattia cronica o in età avanzata per poter fronteggiare al meglio le sfide del quotidiano.



### ***2.2.1 L'importanza della resilienza in ambito oncologico***

La resilienza risulta essere una risorsa molto utile per il mantenimento di uno stato di benessere, nonostante ci si trovi ad affrontare situazioni di avversità, per cui numerosi sono gli studi che hanno cercato di indagare il ruolo della resilienza come fattore protettivo nel fronteggiare un percorso oncologico. La difficoltà degli studi in questo ambito, come già discusso in precedenza, è la non univocità del costrutto di resilienza: bisogna sempre fare attenzione al modo che abbiamo di intenderla, ma soprattutto di ricordarci che è fortemente influenzata da fattori esterni e non; quindi, è importante considerarla globalmente. La difficoltà vi è anche nella scelta dei gruppi da osservare, in quanto è difficile riuscire a raggiungere un livello di omogeneità dei gruppi. (Eicher et al., 2015).

Secondo Rutter (2012), l'esito del processo di resilienza può essere misurato solo confrontando individui che sono esposti allo stesso livello di stress ma che hanno modalità di funzionamento diverso. La resilienza può sì portare ad un miglioramento del funzionamento, ma non è il presupposto della resilienza stessa. È stato però ipotizzato che la resilienza aumenti la resistenza nel fronteggiare situazioni stressanti successive (Rutter, 2006).

Eicher et al. (2015) hanno messo a confronto in una rassegna molti studi riguardanti la resilienza in adulti che affrontano un percorso di cura oncologico.

Una delle osservazioni più interessanti è che, indipendentemente dalla natura del cancro, la resilienza è associata a importanti risultati relativi alla salute come un coping efficace (Schumacher et al., 2013), un buon livello di benessere psicologico e della qualità della vita (Zhang et al., 2017, Huang et al., 2019).

Uno studio che mette al centro la qualità di vita in relazione alla resilienza è quello di Zhang et al. (2017). Alla base di questo studio c'è l'ipotesi che la resilienza abbia un'influenza rispetto alla qualità di vita, ma anche che il supporto sociale sia un fattore mediatore nell'incrementare la resilienza e di conseguenza anche la qualità di vita.

In questo studio sono state coinvolte 98 donne con diagnosi di carcinoma mammario con età superiore ai 18 anni. La prima fase è stata la raccolta di informazioni di carattere demografico, sullo stadio del carcinoma, sul tipo di intervento chirurgico e sulla tipologia di trattamento.

Per valutare la resilienza è stata utilizzata la versione cinese della *scala di resilienza Connor-Davidson (CD-RISC)*, tradotta e rivista da Zhang e Yu, che ha portato ad una struttura a tre fattori di resilienza basati sulla cultura cinese (tenacia, forza e ottimismo). Questo strumento si basa su una concezione di resilienza trauma-relata, quindi come la capacità di resistere ad eventi stressanti. Come la versione originale è composta da 25 item, ciascuno valutato su una scala likert di 5 punti a cui la persona deve rispondere indicando quanto è concorde con l'affermazione proposta, dove 0 = quasi mai vero e 4= sempre vero. Esempi di item sono: “*Le cose accadono per un motivo*”, “*Mi piacciono le sfide*”, “*So dove trovare aiuto*”.

Per l'osservazione del supporto sociale è stata invece utilizzata la versione cinese della *MOS Social Support Survey*, uno strumento finalizzato alla valutazione del supporto sociale in pazienti con malattie croniche, composto da 19 item raggruppati in quattro dimensioni (supporto emotivo-informativo, supporto tangibile, supporto affettivo e supporto interattivo sociale positivo), valutati su una scala likert a 5 punti a cui la persona deve rispondere indicando quanto spesso ha ricevuto il supporto proposto dalle affermazioni (1=mai e 5=sempre). Esempi di item sono: “*Qualcuno su cui puoi contare*

*che ti ascolti quando hai bisogno di parlare”, “Qualcuno che ti aiuti se fossi confinato a letto”, “Qualcuno che ti aiuti nelle faccende quotidiane in caso di malattia”.* Il punteggio totale varia da 0 a 100 e maggiore è il punteggio, migliore è il supporto sociale percepito. Per la valutazione della qualità della vita è invece stata utilizzata la versione cinese semplificata del *Functional Assessment of Cancer Therapy Breast Cancer*, uno strumento composto da 36 item che indagano 5 domini: benessere fisico, benessere funzionale, benessere emotivo, benessere sociale/familiare e preoccupazioni specifiche per il cancro al seno. Il punteggio totale della scala va da 0 a 144, dove un punteggio più alto indica una salute migliore. Esempi di item sono: *“A causa della mia condizione fisica, ho problemi a soddisfare le esigenze della mia famiglia”* (benessere fisico); *“Ricevo supporto dai miei amici”* (benessere sociale/familiare); *“Sto perdendo la speranza nella lotta contro la mia malattia”* (benessere emotivo); *“Il mio lavoro (incluso il lavoro a casa) è appagante”* (benessere funzionale); *“Sono preoccupato per la caduta dei capelli”* (preoccupazioni specifiche per il cancro).

I risultati hanno indicato che il supporto sociale era correlato positivamente con la resilienza e la qualità della vita. È emerso che la resilienza ha un effetto positivo sugli esiti sanitari dei pazienti con cancro; la resilienza non ha influenzato direttamente solo la qualità di vita delle pazienti con cancro al seno, ma ha anche influenzato indirettamente la loro qualità di vita attraverso il supporto sociale, che svolge un ruolo di mediatore parziale nella relazione. Quindi, questo studio mostra come la resilienza e il supporto sociale siano di fondamentale importanza nell’incrementare la qualità di vita di donne che affrontano un percorso oncologico.

Yuanni Huang et al. (2019) hanno condotto uno studio che si è concentrato nell’osservare non solo il livello di resilienza, ma anche i fattori ad essa associati in donne

con cancro al seno. In questo studio sono state coinvolte 220 donne con età compresa tra i 18 e i 65 anni con diagnosi di carcinoma mammario postoperatorio che hanno ricevuto almeno due cicli di chemioterapia o altre terapie adiuvanti, con partecipazione volontaria. Sono state escluse donne con aspettativa di sopravvivenza inferiore ai sei mesi. È stato somministrato innanzitutto un questionario autoprodotta che prevedeva le informazioni di carattere demografico, informazioni cliniche come ad esempio lo stadio del carcinoma, la natura del ciclo di terapia adiuvante e la storia clinica familiare. Inoltre, vi era una sezione volta ad indagare la natura dell'esercizio fisico postoperatorio svolto.

Per valutare la resilienza è stata utilizzata la versione cinese della *scala di resilienza Connor-Davidson (CD-RISC)*, composta da 25 items ciascuno valutato su una scala likert di 5 punti. Per valutare l'autoefficacia generale è stata utilizzata la versione cinese della *GSES*, ovvero la *scala di autoefficacia generale*. Questo strumento contiene 10 item, con possibili risposte a ciascun item che vanno da 1 a 4. Il punteggio totale varia da 10 a 40, con punteggi più alti che indicano una migliore autoefficacia generale che la persona si attribuisce. È stata poi valutata la robustezza familiare, utilizzando la versione cinese dell'*indice di robustezza familiare (FHI)*, che fa riferimento a tre dimensioni basate sulla popolazione cinese (impegno, sfida e controllo). La scala è composta da 20 item valutati su una scala likert a 4 punti.

Infine, è stato valutato il tasso di supporto sociale utilizzando la *Social Support Rate Scale (SSRS)*, una scala costruita da uno studioso cinese che contiene dieci item ridotti a tre dimensioni (supporto oggettivo, supporto soggettivo, disponibilità di supporto). Maggiore è il punteggio ottenuto, maggiore è il supporto sociale percepito.

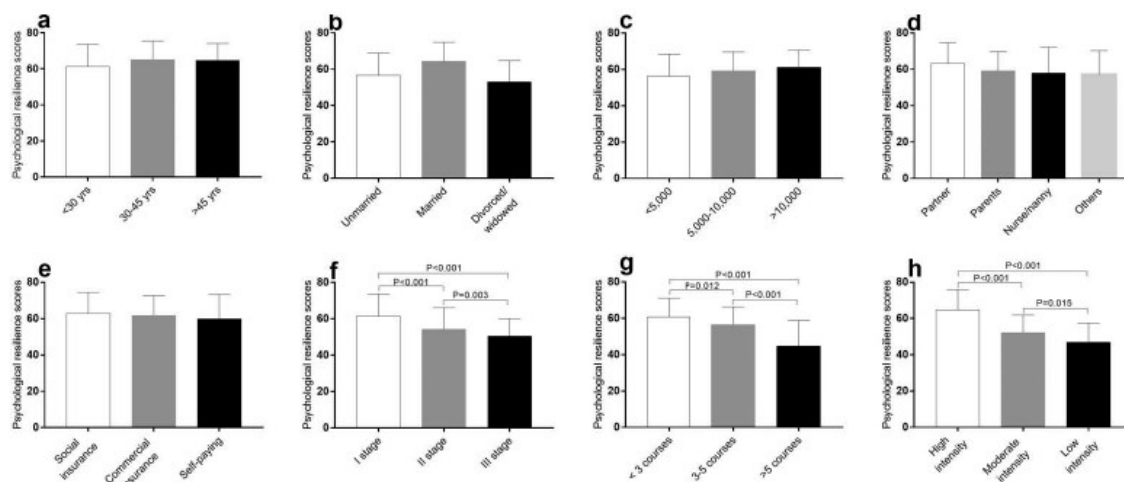
Dai 220 questionari ottenuti per lo studio, sono risultati validi solo 208 questionari. L'analisi dei dati mostra una correlazione tra resilienza e stadio clinico, come anche con

l'esercizio fisico postoperatorio. In particolare, è emerso che con l'aumento dello stadio clinico del carcinoma mammario e dei cicli di terapia adiuvante, la resilienza psicologica è diminuita, mentre per quanto riguarda lo stato di esercizio fisico postoperatorio, l'impegno, il controllo e il supporto soggettivo erano positivamente associati alla resilienza psicologica.

Le caratteristiche di carattere demografico, invece, (età, stato civile, religione, reddito familiare e la storia familiare di cancro al seno) non sono risultate correlate con la resilienza (Immagine 2.3). È risultata invece una correlazione positiva tra resilienza e autoaffermazione generale, robustezza familiare, ma soprattutto con il supporto sociale che sembra avere una maggiore influenza sulla resilienza.

### Immagine 2.3

*Associazioni tra caratteristiche demografiche generali, stato di esercizio, caratteristiche cliniche e resilienza psicologica delle donne con carcinoma mammario dopo l'intervento chirurgico.* (Huang et al., 2019)



a. età; b. status civile; c. reddito; d. caregiver primari; e. pagamento delle spese di cura; f. stadio clinico; g. cicli di terapia; h. attività fisica post-operatoria

Questo studio mostra come lo stress vissuto durante il percorso di cura influenzi negativamente la resilienza, quindi per le donne dopo un intervento chirurgico per

carcinoma mammario, la resilienza psicologica può essere aumentata dalle informazioni del paziente sulla malattia e dalla conoscenza di come ridurre o evitare gli effetti collaterali della terapia adiuvante. Quello che sembra avere un maggior peso rispetto al livello di resilienza sembrano essere il supporto sociale e la robustezza familiare, che aiutano le donne a non sentirsi sole di fronte alle sfide che incontrano durante il percorso. La resilienza è quindi positivamente associata a fattori di funzionamento cognitivo e sociale, nonché autoefficacia e qualità della vita. (Dell'Antônio-Pereira et al., 2017; Huang et al., 2019). Inoltre, risulta una correlazione negativa con ansia e depressione (Ristevska-Dimitrovska et al., 2015; Min et al., 2013; Fradelos et al., 2018) e sembrerebbe che persone con livelli più elevati di resilienza abbiano meno probabilità di necessitare di un supporto psicologico o di avere una diagnosi psichiatrica. Inoltre, Gotay et al. (2007) hanno scoperto che la resilienza era associata a una migliore risposta a una seconda diagnosi di cancro.

Al di là delle correlazioni e delle previsioni, la resilienza sembra essere un aspetto modificabile relativo alla cura del cancro degli adulti. Dopo aver completato un programma di intervento sulla resilienza per le sopravvissute al cancro al seno, la resilienza è aumentata significativamente mentre lo stress e l'ansia percepiti sono diminuiti significativamente in concomitanza con il miglioramento della qualità della vita. (Eicher et al., 2015).

### ***2.2.2 Resilienza nel continuum del percorso oncologico***

La resilienza svolge un ruolo importante nella salvaguardia del benessere durante il percorso di cura oncologico. Molina e colleghi (2014) hanno però voluto osservare attraverso una rassegna di studi come può variare l'impatto della resilienza lungo il

continuum del percorso oncologico, partendo dall'ipotesi che possano esserci delle differenze nelle varie fasi, oltre che nel vivere la problematica oncologica in sé.

La prima fase osservata è quella della diagnosi, in quanto ricevere una diagnosi oncologica può risultare molto doloroso, già solo perché ci si ritrova a confrontarsi con una malattia che mette a rischio la propria vita, fa affacciare l'individuo verso l'ignoto, rendendo incerti anche gli obiettivi futuri. Le caratteristiche e i meccanismi di base nel periodo di diagnosi immediata possono essere utili per comprendere le morbilità mediche e psicosociali del paziente durante e dopo il trattamento. Ad esempio, i pazienti con una maggiore forza interna al basale hanno riportato un disagio ridotto, migliori strategie di coping e una migliore qualità della vita. Tra le donne con diagnosi oncologica recente, è stato riscontrato un impatto rispetto alla crescita o alla ricerca di un significato nella vita (Silva et al., 2012). Il coping durante la diagnosi è stato anche associato a una migliore qualità della vita durante la fase del trattamento e a una migliore cura di sé durante la sopravvivenza (Gregg, 2011).

È stata poi osservata la resilienza nel corso del trattamento, in quanto è una fase che espone la persona a numerose fonti di stress, tra cui sfide terapeutiche, eventi avversi e cambiamenti nella vita. La promozione dei meccanismi di resilienza durante il trattamento del cancro può incoraggiare un migliore adattamento e altri esiti psicosociali positivi durante e dopo il trattamento. Gli studi hanno suggerito che le caratteristiche di base e i meccanismi di resilienza possono influenzare il funzionamento psicosociale del paziente. Tra le donne con diagnosi di carcinoma mammario, l'ottimismo e la soddisfazione per l'esperienza medica sono stati associati a una riduzione del disagio durante il trattamento e fino a sei anni dopo il suo completamento (Lam et al., 2012). Anche il coping sembra essere un elemento critico rispetto alla resilienza osservata nei

pazienti oncologici; è stato dimostrato che il coping precoce promuove la crescita durante la terapia adiuvante e la qualità della vita dopo il completamento della terapia. (Silva et al., 2012). Anche il supporto sociale assume un ruolo centrale per lo sviluppo della resilienza e rispetto al miglioramento della qualità di vita percepita. (Zhang et al. 2017; Huang et al., 2019).

Non di minore importanza è la fase successiva al percorso di cura. Le persone che hanno ultimato il percorso terapeutico possono essere sfidate dalle conseguenze mediche e psicosociali delle loro malattie e possono lottare per adattarsi alla vita dopo il percorso di cura oncologica. La letteratura sulla sopravvivenza si è concentrata principalmente sugli esiti negativi, come la depressione e il disagio correlato alla problematica oncologica. Sebbene la valutazione di queste aree sia importante, la crescita che può derivare dall'esperienza oncologica non dovrebbe essere ignorata.

Molte persone in fase di remissione hanno riportato esiti positivi, come crescita e miglioramento della qualità della vita; caratteristiche di base come ottimismo e speranza sono state associate a un migliore adattamento e crescita.

Inoltre, l'età è stata costantemente associata ai risultati, in quanto persone in fase di remissione più anziane hanno riportato una migliore qualità della vita, ma una crescita inferiore rispetto a persone più giovani (Pudrovskaya, 2010). Anche lo stato civile è stato implicato. Persone in fase di remissione con partner hanno riportato un funzionamento psicologico più positivo rispetto a quelle che erano single (Carver et al., 2006; Tessier et al., 2012) e questo si può ricollegare ai risultati dello studio di Zhang et al. (2017) che sottolinea come il supporto sociale ricopra un importante ruolo nel benessere percepito.

Il coping è stato anche associato alla crescita (Leloir et al., 2012; Prati e Pietrantonio, 2009; Schmidt et al., 2012): tra le donne in fase di remissione, quelle che hanno utilizzato



tecniche di coping positive hanno esperito migliore qualità della vita e ridotto disagio (Kraemer et al., 2011). La quantità e la qualità del supporto sociale possono migliorare gli esiti di un percorso oncologico, inclusa la crescita personale (Prati e Pietrantonio, 2009; Schroevers et al., 2010).

È stato mostrato interesse per le esperienze di cure palliative dei pazienti oncologici rispetto alla gestione dei sintomi e al tempo di sopravvivenza (Temel et al., 2010). La promozione dell'adeguamento può influire sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver. Gli studi su persone con diagnosi di carcinoma cerebrale, hanno mostrato che caratteristiche di resilienza di base (ad esempio: elaborazione cognitiva, speranza, spiritualità) sono associate con una migliore forza interiore, qualità di vita, supporto sociale e funzionamento psicologico positivo (Cavers et al., 2012). Tra i pazienti con carcinoma cerebrale allo stadio terminale, la forza interiore riconosciuta durante l'esperienza oncologica ha consentito meccanismi di crescita e di coping appropriati, consentendo in definitiva di dare la priorità a obiettivi raggiungibili e appropriati, come la qualità della vita, piuttosto che una cura quando necessario (Lipsman et al., 2007)

Gli studi sembrano confermare quindi l'importanza della resilienza nel facilitare il benessere psicologico durante il percorso di cura. È importante, però, ricordarsi che nel considerare la resilienza è necessario uno sguardo ampio; considerare la persona come un sistema dinamico che è influenzato da numerosi fattori, psicologici ma anche socio-ecologici. Quindi anche nel progettare interventi bisogna capire quali sono le risorse di cui dispone la persona in quel momento, in che misura sono disponibili e come intervenire sulle risorse per permettere alla persona di accedere ad un maggior livello di benessere generale.

### **2.3 La ricerca sulla resilienza: una riflessione riassuntiva**

La letteratura ha messo in risalto l'impatto positivo della resilienza rispetto al benessere e alla qualità di vita esperita. Uno dei problemi principali riscontrato è che, vista la non univocità nel considerare il costrutto della resilienza, risulta difficile confrontare gli studi. Molte sono le ricerche, che sulla scia di un approccio medico, considerano la resilienza come trauma-relata, anche se che da un punto di vista teorico ci si sta spostando sempre più verso una concezione di resilienza integrata e globale; basti pensare al modello multisistemico proposto da Liu et al. (2017). Come suggerisce anche Ann Masten (2014), la resilienza, oltre che essere influenzata da tratti della persona, risente molto del contributo dell'ambiente. Attraverso la socialità possiamo continuare a fare esperienza di apprendimento; quindi, questo dovrebbe farci pensare al fatto che interventi mirati possano risultare efficaci nell'incrementare questa risorsa.

Allo stesso modo, anche nel considerare il benessere e la qualità di vita, sembrerebbe esserci una disparità di modi di concepirla e il più delle volte, seguendo un modello medico, ci si limita a considerare il benessere e la salute come l'assenza di malattia o di problematiche psico-fisiche. È importante sottolineare questo aspetto perché, riprendendo quanto detto nel capitolo 1, nella ricerca in psicologia bisogna avere presente che l'individuo è unico, con un suo specifico bagaglio di risorse e con una sua storia; valutare la semplice presenza/assenza di sintomi sembra quasi appiattare la complessità della persona, oltre che non permettere una valorizzazione delle virtù e uno sviluppo delle potenzialità dell'individuo.

I contributi della psicologia positiva in questo campo, suggeriscono infatti che la ricerca sul benessere e sulle risorse psicologiche dovrebbero estendersi in campi che vanno anche oltre situazioni di problematicità, in modo da permettere lo sviluppo delle potenzialità

della persona per garantirle di vivere al meglio delle proprie possibilità, che spesso non riesce nemmeno a cogliere.

Per quanto riguarda la resilienza e il benessere relative al percorso oncologico, sembrerebbe che la gran parte degli studi si siano concentrati sul valutare questi aspetti principalmente rispetto alla fase della prima diagnosi. Possiamo pensare che uno dei motivi sia che è più semplice riuscire a coinvolgere partecipanti in questa fase del percorso oncologico, rispetto magari a momenti più delicati, quali la fase del trattamento terapeutico o anche la fase di remissione (in cui magari si vuole lasciare alle spalle questa situazione). Un'altra motivazione potrebbe essere che echeggia ancora una visione di resilienza come trauma-relata e viene da pensare che, come conseguenza, abbiamo una maggiore attenzione verso la fase della diagnosi, un momento in cui la persona può esperire una sensazione di shock paralizzante, dal momento che sente di dover mettere in discussione la propria vita. I pochi studi che hanno rivolto l'attenzione anche alle altre fasi, però, ci fanno pensare quanto in realtà la resilienza possa essere una grande risorsa per la persona lungo tutto il percorso, e non solo: sicuramente pensare a degli interventi volti a rafforzare questa risorsa durante momenti delicati, come ad esempio il percorso di cura oncologico, ma anche di altre situazioni che mettono alla prova l'individuo, possa favorire un maggiore livello di benessere della persona. Sarebbe auspicabile, anche, osservare meglio la resilienza in modo globale, guardando quali possano essere i fattori che incrementano questa risorsa, come ad esempio il supporto sociale (Zhang et al., 2017; Huang et al., 2019) e pensare a possibili interventi di cui tener conto nel momento in cui una persona si avvicina ad un percorso medico.



## CAPITOLO 3

### **Progettare la propria vita e i propri obiettivi.**

In questo paragrafo si cercherà di comprendere il costrutto della *prospettiva temporale*. Verrà fornita innanzitutto una definizione teorica, per poi spostare l'attenzione sulla prospettiva temporale futura e sulla prospettiva temporale bilanciata. Dopo averla inquadrata su un piano concettuale, si cercherà di comprendere quale ruolo possa svolgere nella gestione del quotidiano e come questo si traduce nella progettazione di obiettivi futuri. Infine, oggetto d'indagine, sarà il ruolo della prospettiva temporale nella gestione di problematiche relative la salute.

#### **3.1 Prospettiva temporale: inquadramento teorico**

Il concetto di tempo è sempre stato un grande punto interrogativo per l'uomo, uno dei principali temi approfonditi dalla filosofia. Quello che si è sempre cercato di spiegare è come viene vissuto e percepito il tempo dagli individui. Possiamo innanzitutto distinguere tra un tempo “*oggettivo*” che scandisce i ritmi della nostra vita, ma esiste anche un tempo “*soggettivo*”, che è cognitivamente ciclico, interpretativo ed eterogeneo. (Levasseur et al., 2020).

È proprio a partire da questo interrogativo che nasce il costrutto di prospettiva temporale, in quanto cerca di approfondire come la persona interagisce cognitivamente con il tempo.

Il concetto di prospettiva temporale è difficile da definire. Una prima definizione è quella data da Lewin (1951) che vede la prospettiva temporale come l'insieme globale dei modi dell'individuo di vedere presente, passato e futuro in un dato momento. Possiamo comprendere come, quindi, per Lewin la prospettiva temporale è mutuale ed in

continua evoluzione. Anche Nuttin (1984) ha cercato di definire la prospettiva temporale, ma parte dal presupposto che nel farlo, è importante distinguere tre diversi aspetti del tempo psicologico a cui spesso si fa riferimento.

Il primo è la prospettiva temporale vera e propria, che si caratterizza essenzialmente per la sua estensione, densità, grado di strutturazione e livello di realismo.

Il secondo è l'attitudine al tempo e si riferisce ad un atteggiamento più o meno positivo o negativo del soggetto nei confronti del passato, presente e futuro.

L'orientamento temporale, infine, si riferisce alla direzione preferenziale nel comportamento e nel pensiero di un soggetto in quanto predominante orientato verso oggetti ed eventi del passato, del presente o del futuro. Quindi, si può presumere, ad esempio, che la maggior parte dei giovani siano orientati al futuro, mentre le persone anziane siano maggiormente orientate al passato.

Una definizione forse più chiara può essere quella che vede la prospettiva temporale come l'orientamento che guida e influenza le azioni e gli obiettivi (Henson et al., 2006).

Nel parlare di prospettiva temporale non si può non includere il contributo di Philip Zimbardo. La prospettiva temporale viene concettualizzata dallo studioso come "*il processo spesso inconscio per cui i flussi continui delle esperienze personali e sociali sono assegnati a categorie temporali, o cornici temporali, che aiutano a dare ordine, coerenza e significato a quegli eventi*" (Zimbardo e Boyd 1999, pag. 1271)

La prospettiva temporale come concettualizzata da Zimbardo e Boyd (1999) è una delle più note e ampiamente discusse in letteratura e teoria della ricerca. È un approccio multiforme rispetto all'atteggiamento nei confronti del tempo, poiché distingue cinque diverse prospettive temporali: *passato-positivo*, *passato-negativo*, *presente-fatalistico*, *presente-edonistico* e *futuro*. Queste categorie temporali organizzano le differenze

individuali, conferendo loro significato e coerenza (Zimbardo e Boyd 1999; 2008). Le persone con un orientamento predominante rispetto al tempo passato vivono nel mondo delle loro esperienze e dei loro ricordi, traumatici o piacevoli. Altri sono completamente assorbiti dagli eventi attuali, prestando poca attenzione alle loro conseguenze future e solo minimamente tenendo conto delle esperienze passate. Gli individui orientati al futuro mostrano un modello di funzionamento alquanto diverso: dimenticano i piaceri del presente perché tutta la loro attività è subordinata al futuro (Zimbardo e Boyd 1999, 2008). I risultati di numerosi studi confermano che i tipi di prospettiva temporale distinti da Zimbardo e Boyd (1999) sono significativamente legati a diversi aspetti importanti del funzionamento umano. Sono emerse infatti associazioni con: autostima, energia, felicità, soddisfazione per la vita, consapevolezza e affetto (Zimbardo e Boniwell, 2004; Daugherty e Brase 2010; Drake et al. 2008; Sobol-Kwapinska e Jankowski, 2016).

### ***3.1.1 Prospettiva temporale futura***

Una fetta della ricerca si è concentrata nell'indagare meglio il ruolo prospettiva temporale futura, in particolare per vedere come questa possa influenzare le azioni che mettiamo in atto. La capacità di prevedere, anticipare e pianificare i risultati futuri desiderati è fondamentale per il benessere, la motivazione e il comportamento. (Stolarski et al., 2018).

Gli individui con un maggior orientamento al futuro vivono una vita sana: fanno più esercizio e usano le cinture di sicurezza più spesso (Daugherty & Brase, 2010), fanno più controlli di routine (Ronancio et al., 2014), sono più efficaci nello smettere di fumare (Kovač e Rise, 2007). Inoltre, ottengono livelli di istruzione più elevati, ricevono redditi

più alti (Holman e Silver, 2005; Shores e Scott, 2007) e procrastinano meno (Ferrari e Diaz-Morales, 2007).

Quindi sembrerebbe che avere un maggior orientamento al futuro aiuti l'individuo a mettere in atto comportamenti in modo più consapevole al fine di raggiungere i propri obiettivi, oltre che avere comportamenti che garantiscono un migliore stato di salute.

### **3.1.2 Prospettiva temporale bilanciata**

Un modo per vivere una vita appagante, secondo Boniwell e Zimbardo (2004) è raggiungere una prospettiva temporale bilanciata. Cosa si intende con prospettiva temporale bilanciata? È un modo di vivere il tempo senza essere schiavo di una delle tre dimensioni, ma anzi permette di vivere in un modo più adattivo: *“in una prospettiva temporale bilanciata in modo ottimale, le componenti del passato, del presente e del futuro si fondono e sono assunte in modo flessibile, a seconda delle esigenze di una situazione e dei nostri bisogni e valori”* (Zimbardo, 2002, p. 62)

Grazie alla flessibilità, le persone sono in grado di cambiare il proprio atteggiamento nei confronti del tempo a seconda delle esigenze di una determinata situazione. In altre parole, quando, ad esempio, le persone trascorrono del tempo con gli amici si concentrano sulla storia comune; quando riposano si concentrano sul presente, liberi da un senso di colpa per non funzionare; quando lavorano, lavorano in vista delle conseguenze future dei loro comportamenti presenti e attingono dalle esperienze passate (Boniwell e Zimbardo, 2004; Zimbardo e Boyd, 1999; 2008). Pertanto, la prospettiva temporale bilanciata consente alle persone di intraprendere liberamente viaggi mentali nel tempo, una delle capacità di adattamento umane di base. Una prospettiva temporale equilibrata, ampliata dalla concentrazione attiva sul presente, consente alle persone sia di "viaggiare



nel tempo" che di ancorarsi alla realtà presente. Ad esempio, affinché il lavoro dia soddisfazione e piacere, è necessaria una concentrazione attiva sul presente; tale concentrazione permette alle persone di sperimentare lo stato mentale del flusso, in cui una persona che svolge un'attività è completamente immersa in questa (Sobol-Kwapinska, 2009; 2013).

Sembra infatti che la prospettiva temporale bilanciata sia associata ad una maggiore consapevolezza, in quanto vi è una deautomazione dei meccanismi cognitivi, una maggiore flessibilità cognitiva e una maggiore autoconsapevolezza. (Fledderus et al., 2010; Drake et al., 2008).

Come conseguenza di questi processi regolativi, individui con un elevato equilibrio tra gli orientamenti temporali sperimentano stati d'animo più positivi (Stolarski et al., 2014), minore stress e ansia (Papastamatelou, 2015) e minore incidenza di disturbo post traumatico da stress dopo un'esperienza traumatica (Stolarski e Cyniak-Cieciura, 2016). Durante l'esecuzione di un compito cognitivo impegnativo, sperimentano un maggiore impegno nel compito, una minore preoccupazione e meno angoscia, che a sua volta, si traduce in livelli di prestazioni più elevati (Zajenkowski et al., 2016). Le persone con prospettiva temporale bilanciata risultano più soddisfatti con le loro relazioni sentimentali (Stolarski et al., 2016), fanno di più scelte sane per il tempo libero (Garcia e Ruiz, 2015) e sono più etiche nei loro rapporti d'affari. La prospettiva temporale bilanciata sembrerebbe quindi incidere positivamente in numerosi aspetti della vita, contribuendo al benessere dell'individuo.

### 3.2 Prospettiva temporale: uno sguardo alla ricerca

È stato spiegato a grandi linee il costrutto di prospettiva temporale, ma quello che si vuole indagare adesso è come la prospettiva temporale influenzi la vita degli individui. Le aree tematiche principalmente approfondite sono quelle relative all'influenza della prospettiva temporale rispetto all'attuazione di comportamenti per la salute e rispetto all'approccio allo studio e al lavoro.

Daugherty e Brase (2010) hanno condotto uno studio di che si propone di prevedere esiti di buona salute in relazione alla prospettiva temporale e al "Delay discount" ovvero quell'atteggiamento per cui un individuo preferisce ottenere una ricompensa più piccola nell'immediato con il fine di raggiungerne una maggiore in futuro (posticipazione della gratificazione). Lo studio ha coinvolto 467 studenti universitari (di questi 293 di sesso femminile) con età media pari a 18,99.

I partecipanti hanno compilato una batteria di test includenti i seguenti strumenti: il *Money Choice Questionnaire* (utilizzato per valutare la posticipazione della gratificazione) che propone 27 scelte ipotetiche tra premi monetari immediati più piccoli e premi monetari più grandi e ritardati; la *Consideration of Future Consequences Scale* e le scale Futuro, Edonismo e Fatalismo dello *Zimbardo Time Perspective Inventory* (per la valutazione della prospettiva temporale); il *Big Five Inventory* (per la valutazione dei tratti di personalità). Infine, i partecipanti hanno compilato un inventario relativo alla salute generale e ai comportamenti relativi ad essi (esercizio fisico svolto, consumo di tabacco, droghe e alcol, tipo di alimentazione, visite mediche...).

I risultati mostrano che la posticipazione della gratificazione e la prospettiva temporale sono significativamente, anche se modestamente, correlati tra loro e predicano comportamenti sanitari simili. Vi è quindi una similarità dei due costrutti, ma non tale da

renderli sovrapponibili. Un altro problema affrontato da questo studio è stata la struttura dell'orientamento al presente e al futuro. Le tre scale della mentalità futura erano tutte correlate positivamente tra loro e correlate negativamente con le due scale della mentalità presente (edonismo e fatalismo). Le tre scale della mentalità futura erano tutte correlate negativamente con l'estroversione e positivamente correlate sia con la gradevolezza che con la coscienziosità. Le correlazioni tra le due scale della mentalità presente e questi stessi tratti erano nella direzione opposta (vale a dire, positiva per l'estroversione e negativa per gradevolezza e coscienziosità). Questo modello di correlazioni suggerisce che la mentalità presente e futura sono poli opposti sullo stesso continuum; quindi, potremmo dire che la mentalità presente e quella futura hanno una validità predittiva divergente. Un orientamento al futuro quindi porta gli individui ad attuare atteggiamenti più positivi rispetto alla salute.

Un altro studio che si concentra sull'osservare il ruolo della prospettiva temporale rispetto agli atteggiamenti e comportamenti salutari è quello di Keough et al. (1999). In particolare, la loro ipotesi di partenza è che ci sia una correlazione tra prospettiva temporale e abuso di sostanze (droghe, alcol e fumo). Sono stati coinvolti 2.627 partecipanti di cui la gran parte erano studenti con età compresa tra i 14 e i 67 anni. È stato fornito loro un questionario da compilare composto dai seguenti strumenti: *Zimbardo Time Perspective Inventory* (per la valutazione della prospettiva temporale), *Health and Risk Questionnaire* (per valutare i comportamenti non salutari), *Drinking Habits Questionnaire* (per valutare il consumo di alcol), *Aggression Questionnaire* (per la misura dell'aggressività), *Beck Depression Inventory* (per il livello di depressione), *Conscientiousness* (per la valutazione della coscienziosità), *Consideration of Future Consequences* (valuta quanto la persona agisca pensando alle conseguenze), *Ego Control*

*scale* (per misurare il livello di autocontrollo), *Ego Resiliency* (per la misurazione della resilienza), *Impulse control* (per la valutazione della capacità di controllo degli impulsi), *Novelty seeking* (per la misurazione della tendenza a cercare la novità), *Preference for consistency* (per misurare la capacità di rispondere a degli stimoli tenendo in considerazione i propri obiettivi), *Reward dependence* (per valutare la dipendenza da ricompensa), *Sensation Seeking scale* (per la misurazione della tendenza nel cercare sempre nuove sensazioni stimolanti ed eccitanti).

Questo lavoro è un importante contributo alla letteratura in quanto ha dimostrato che l'orientamento al presente e al futuro possono influenzare in modo differenziato i comportamenti degli individui. Ciò suggerisce che concentrarsi su queste dimensioni possa consentire previsioni più precise di comportamenti sociali complessi. È emerso infatti che avere un atteggiamento orientato al presente sia maggiormente correlato a comportamenti disadattivi per la salute, viceversa per l'orientamento al futuro. Questo studio avvalorava l'ipotesi che la prospettiva temporale futura sia maggiormente correlata con una buona salute, in quanto porta l'individuo ad attuare comportamenti più coscienti e preventivi.

Horstmanshof e Zimitat (2007) nel loro studio hanno indagato il ruolo dell'orientamento futuro rispetto all'andamento accademico. Sono stati coinvolti in questo studio 347 studenti universitari iscritti al primo anno, che hanno risposto a un'indagine generale sulle esperienze degli studenti all'università. Sono stati quindi invitati a completare un secondo sondaggio intitolato "*Prospettive degli studenti sul futuro*" durante il secondo semestre del primo anno degli studenti all'università. Nel secondo questionario, oltre alle domande generiche sullo studio che erano presenti nel primo sondaggio, era stato inserito lo Zimbardo Time Perspective Inventory (per valutare

la prospettiva temporale). Da questo studio è emerso che l'orientamento al futuro ha una grande influenza psicologica nel contesto dello studio universitario; è da considerare come un elemento chiave nella previsione del coinvolgimento più profondo degli studenti nei loro studi universitari.

Ferrari et al. (2010) hanno indagato invece il ruolo della prospettiva temporale rispetto alla modalità di pianificare le scelte relative alla carriera in adolescenti. In particolare, si è prestato attenzione all'indecisione e a quelli che possono essere i fattori che contribuiscono a questa, come ad esempio la scarsa di conoscenza di sé (interessi, aspirazioni, talenti, ecc.) e della realtà scolastica/lavorativa, scarse capacità di problem solving e decisionali, atteggiamenti negativi sulle scelte future e scarse convinzioni di autoefficacia decisionale. Questo studio si è concentrato su due gruppi principali di adolescenti italiani: giovani adolescenti (studenti delle scuole medie) e adolescenti (studenti delle scuole superiori), entrambi accomunati dal dover effettuare scelte rispetto al loro futuro. Nel caso degli studenti delle scuole medie la scelta principale con cui devono confrontarsi è la scelta relativa alla tipologia di scuola da frequentare in seguito; per i ragazzi delle superiori invece è la scelta della strada da percorrere al termine delle scuole obbligatorie; quindi, la scelta è tra l'inserirsi nel mondo del lavoro o di proseguire il percorso di studi con l'accesso all'università.

La prima parte dello studio ha visto coinvolti 498 studenti (250 maschi e 248 femmine) con età compresa tra gli 11 e i 14 anni, che frequentavano le scuole medie. Sono state raccolte, innanzitutto, informazioni personali, quali età, sesso, voti, occupazione e livello di istruzione dei genitori. È stata poi indagata la prospettiva temporale attraverso più strumenti: *The Long-Term Personal Direction Scale* (misura il modo in cui viene concepita la connessione temporale tra passato, presente e futuro); *The Achievability of*

*Future Goals Scale* (valuta la componente affettiva del futuro); *The Hope Scale* (misura lo stato motivazionale positivo). È stato poi inserito *Ideas and Attitudes on School-Career Future - Middle School Version* per valutare l'indecisione sulla carriera. Dall'analisi dei dati è stata riscontrata una prima differenza relativa al genere: le adolescenti sembrano avere una concezione più strutturata del futuro rispetto alla controparte maschile; inoltre, è risultato un fattore influente anche l'età. Gli adolescenti più grandi sembrano avere una maggiore propensione a pensare al futuro. Lo status economico è invece risultato non associato alle scelte sul futuro, mentre la prospettiva temporale sembra essere influente rispetto alle scelte relative al proprio percorso scolastico: maggiore era l'orientamento al futuro, minore era il livello di indecisione.

La seconda parte dello studio, ha invece coinvolto 675 studenti (330 maschi e 345 femmine) con età compresa tra i 15 e 18 anni che frequentavano le scuole superiori. Anche in questo studio sono state in primo luogo raccolte informazioni personali (età, genere, voti, livello di istruzione e occupazione dei genitori). È stato proposto lo stesso insieme di strumenti, ad eccezione dell'*Ideas and Attitudes on School-Career Future - High School Version*; in questo caso, infatti, è stato utilizzato uno strumento specifico per ragazzi frequentanti le scuole superiori. In questo caso non sono state riscontrate differenze tra i due generi, come anche non c'è stata differenziazione rispetto all'età. In generale il livello di orientamento al futuro è risultato nettamente maggiore rispetto ai ragazzi delle scuole medie: questo porta ad ipotizzare che i ragazzi che frequentano le scuole superiori esperiscano una maggiore pressione legata alle scelte future, ma che abbiano anche raggiunto una maggiore maturazione cognitiva. Lo status economico è risultato essere ininfluenza anche per gli studenti delle scuole superiori. Questo studio mostra innanzi tutto che la prospettiva temporale ricopre un ruolo importante per quello

che riguarda le scelte relative alla carriera, ma è emerso anche come la prospettiva temporale cambi e maturi con l'avanzare dell'età.

### ***3.2.1 Ruolo della prospettiva temporale in ambito oncologico***

Dopo aver esaminato un po' di studi rispetto al ruolo della prospettiva temporale nella vita quotidiana, sorge spontaneo chiedersi, cosa ci dice la ricerca rispetto al ruolo della prospettiva temporale in persone con problematiche oncologiche.

Bitsko et al. (2008) hanno condotto uno studio volto osservare se felicità e prospettiva temporale possano essere considerati potenziali mediatori della qualità della vita e depressione nel cancro adolescenziale. In questo studio sono stati intervistati 50 adolescenti sopravvissuti al cancro, con età alla diagnosi compresa tra i 10 e i 21 anni e a 2-10 anni dalla diagnosi. Vista la minore età, il consenso informato è stato inviato ai genitori che hanno poi acconsentito alla partecipazione. Sono state raccolte informazioni demografiche, tra cui: sesso, intensità del trattamento, razza/etnia, età, stato scolastico, stato civile, istruzione completata, reddito familiare, diagnosi, trattamento ricevuto, stato di recidiva, tempo dalla diagnosi e tempo dalla fine del trattamento. Per valutare la felicità soggettiva, è stata utilizzata la *Subjective happiness scale*, uno strumento composto da quattro item a cui la persona deve rispondere indicando il grado di rispecchiamento con l'affermazione proposta. Gli item proposti sono: *“In generale mi considero una persona...”* a cui la persona può rispondere con un range di 7 punti che va da: 1 = una persona non molto felice a 7 = una persona molto felice; *“Rispetto alla maggior parte dei miei coetanei, mi considero...”*: 1 = meno felice...7 = più felice; *“Alcune persone sono generalmente molto felici. Si godono la vita indipendentemente da ciò che sta succedendo, ricevendo il massimo da tutto. In che misura ti descrive questa*

caratterizzazione?": 1 = per nulla...7 = molto; "Alcune persone generalmente non sono molto felici. Sebbene non siano depressi, non sembrano felici come potrebbero essere. In che misura ti descrive questa caratterizzazione?": 1 = per nulla...7= molto.

È stato poi somministrato lo *Zimbardo Time Perspective Inventory* per indagare la percezione delle dimensioni temporali, composto da 61 item con cinque possibili risposte: 1 = davvero falso; 2 = falso; 3 = indifferente; 4 = vero; 5 = verissimo. Alcuni esempi di item utilizzati sono: "Le mie decisioni sono per lo più influenzate dalle persone e dalle cose intorno a me", "Il destino determina molto nella mia vita", "Mi vengono subito in mente ricordi felici di bei tempi".

Per la valutazione della qualità di vita è stato utilizzato il *Pediatric health-related quality of life*, uno strumento specifico per gli adolescenti composto da 23 item che indagano cinque domini della salute: (funzionamento fisico, funzionamento emotivo, funzionamento psicosociale, funzionamento sociale e funzionamento scolastico). Al ragazzo viene chiesto di rispondere indicando quanto gli elementi proposti negli item sono risultati essere problematici nell'ultimo mese, attraverso una scala di 5 punti, dove: 0 = mai; 1 = quasi mai; 2 = qualche volta; 3 = spesso; 4 = quasi sempre. Esempi di item sono: "È difficile per me fare attività sportiva o esercizio fisico" (funzionamento fisico); "Ho problemi a dormire" (funzionamento emotivo); "Ho difficoltà ad andare d'accordo con gli altri ragazzi" (funzionamento sociale); "È difficile prestare attenzione in classe" (funzionamento scolastico); "Non posso fare cose che altri ragazzi della mia età possono fare" (funzionamento psicosociale).

Per la valutazione della depressione è stato invece utilizzato il *Center for epidemiologic studies depression* uno strumento composto da 20 item che indagano la frequenza con cui nell'ultima settimana la persona ha manifestato sintomi associati alla depressione, come



sonno agitato, scarso appetito e sentirsi soli. Le opzioni di risposta vanno da 0 a 3 per ogni elemento (0=raramente o nessuna volta; 1=una parte o poco tempo; 2=moderatamente o molto spesso; 3=la maggior parte o quasi sempre). Esempi di item sono: *“Ho pensato che la mia vita è stata un fallimento”*; *“Non avevo voglia di mangiare; il mio appetito era scarso”*; *“Mi sentivo pieno di speranza per il futuro”*.

L'obiettivo dell'analisi dei dati era esaminare se gli effetti del genere e dell'intensità del trattamento sulla qualità di vita o sulla depressione fossero mediati dalla felicità soggettiva e dalla prospettiva temporale negativa del passato.

È emerso che la felicità soggettiva era un significativo mediatore della qualità della vita e della depressione, mentre la prospettiva temporale passata negativa è risultata essere un significativo mediatore della depressione. Per quanto riguarda il trattamento, è emerso che maggiore è l'intensità del trattamento, minore è la felicità soggettiva percepita. L'intensità del trattamento è risultato essere positivamente associato alla depressione.

Per riassumere, è stato dimostrato che la felicità ha effetti sia sulla qualità della vita degli adolescenti sopravvissuti al cancro, sia sulla sintomatologia depressiva. Inoltre, è stato dimostrato che una prospettiva temporale negativa passata è associata alla sintomatologia depressiva (in particolare nei partecipanti di sesso femminile).

Nozari et al. (2013) hanno invece indagato la prospettiva temporale mettendo a confronto individui sani con individui con patologia diabetica e oncologica. È stato condotto uno studio descrittivo trasversale su 300 pazienti (105 sani, 195 pazienti: 108 con diabete di tipo 2 e 87 con carcinoma al seno e all'apparato digerente) di età compresa tra 20 e 70 anni. Sono stati esclusi individui con altre patologie croniche e nel caso di persone con problematiche oncologiche sono state escluse quelle che stavano al momento seguendo una terapia. Sono stati raccolti dati demografici (età, sesso e reddito mensile) e

in seguito è stato presentato lo *Zimbardo Time Perspective Inventory*. L'analisi dei dati ha rivelato una differenza significativa nella prospettiva temporale tra i tre gruppi. In tutti e tre i gruppi, l'orientamento al futuro mostra la massima priorità. Inoltre, il gruppo con problematiche oncologiche ha classificato l'orientamento temporale passato-positivo al primo posto seguito dall'orientamento futuro, mentre altri due gruppi hanno classificato l'orientamento temporale passato-positivo come secondo all'orientamento al futuro. Le esperienze passate positive possono aumentare la felicità, l'autostima e sono considerate un fattore di salute nella vita con una relazione negativa con la depressione e l'ansia. I partecipanti con problematiche di salute hanno una prospettiva temporale diversa rispetto alle persone sane. Pertanto, si può concludere che la malattia può influenzare l'adozione di diversi orientamenti temporali. Inoltre, la differenza osservata tra i due gruppi di pazienti implica l'importanza del tipo di malattia nella modulazione della prospettiva temporale.

Wakefield et al. (2010) hanno osservato invece la prospettiva temporale in persone con familiarità rispetto a problematiche di natura oncologica. I partecipanti allo studio erano divisi in due campioni: persone a rischio oncologico per familiarità ereditaria (338) e un campione di controllo costituito da 276 partecipanti. Lo studio prevedeva la somministrazione di due questionari, a distanza di due settimane l'uno dall'altro. Il primo questionario comprendeva: una sezione relativa alle *caratteristiche demografiche* (età, livello di istruzione, precedente formazione medica o sanitaria, stato civile e precedente diagnosi di cancro); la versione abbreviata dello *Zimbardo Time Perspective Inventory* (per la prospettiva temporale); la *Depression Anxiety and Stress Scale* (per la valutazione di sintomi attuali di depressione, ansia e stress); l'*Aggression Questionnaire* (per la misurazione di quattro sottotipi di aggressività: aggressività fisica, aggressività verbale,

rabbia e ostilità); *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (per la valutazione della personalità).

Il secondo questionario includeva invece: la versione abbreviata *dello Zimbardo Time Perspective Inventory*; la *Consideration of future consequences scale* (per valutare la misura in cui gli individui considerano le conseguenze future delle loro azioni immediate); la *Self-esteem scale* (che valuta l'autostima percepita) e la *Preference for consistency scale* (che valuta le preferenze degli individui per quanto riguarda la stabilità e la prevedibilità).

Questo studio ha mostrato che gli individui nella comunità generale con un orientamento al passato-negativo o al presente-fatalistico possono essere emotivamente più angosciati degli individui orientati verso altre prospettive temporali. Negli individui con familiarità di problematiche oncologiche è emerso che gli individui con una prospettiva temporale negativa passata avevano anche maggiori probabilità di essere angosciati, sentirsi incerti sui test genetici e sperimentare rimpianto post-decisionale a sei mesi dalla consulenza genetica. Presi insieme, questi risultati suggeriscono che la valutazione delle prospettive temporali dei pazienti può essere un utile mezzo per identificare coloro che potrebbero beneficiare di ulteriore supporto durante la consulenza genetica per il rischio di cancro.

In generale questi studi confermano l'importanza della prospettiva temporale rispetto al modo in cui la persona si pone nei confronti di problematiche relative alla salute. Purtroppo, la ricerca non offre un grande numero di studi in questo ambito, ma sarebbe ideale continuare a comprendere il ruolo della prospettiva temporale per poter ipotizzare anche interventi che mirino a rafforzare quegli aspetti che permettono all'individuo di vivere al meglio le problematiche mediche con cui devono convivere nel quotidiano.

### **3.3 Prospettiva temporale e benessere: una riflessione sulla direzione della ricerca**

Si è osservato, grazie agli studi presi in esame, come la prospettiva temporale influenzi le azioni e i comportamenti rispetto alla salute e all'ambito lavorativo. È emerso quindi che il tipo di orientamento cambia il modo di organizzare la propria vita. In particolare, sembra che un orientamento al passato positivo e al futuro siano maggiormente correlati a un maggiore benessere e a comportamenti più salutari, mentre invece avere un orientamento al passato negativo è maggiormente correlato a sintomi depressivi, maggiore sfiducia rispetto al futuro, ma anche rispetto alle proprie capacità. Gran parte degli studi osservati sono impostati in un'ottica preventiva rispetto a comportamenti disfunzionali (sia in ambito lavorativo che in ambito della salute); questo sicuramente è importante perché permette di comprendere come meglio muoversi per implementare interventi che aiutino le persone a poter sviluppare al meglio le proprie potenzialità.

Per quanto riguarda la ricerca relativa ad ambiti di problematicità con cui ci si rapporta nel quotidiano, vi sono meno studi che indagano come la prospettiva temporale possa contribuire ad un maggior benessere. Dagli studi esaminati nell'ambito oncologico, è emersa un'influenza della prospettiva temporale nel modo di esperire la problematica fisica. Sarebbe opportuno indagare però come può variare l'orientamento temporale durante il continuum del percorso oncologico, così da poter comprendere come poter permettere alla persona di affrontare al meglio le sfide che si possono presentare. Inoltre, gli studi esaminati, sembrano porre attenzione sui bisogni e le problematiche fisiche che si presentano nell'affrontare un percorso oncologico, ma c'è meno attenzione rispetto alle risorse dell'individuo. Sarebbe opportuno osservare anche le risorse che le persone asseriscono a sé stesse e vedere come queste possano influenzare il tipo di orientamento

temporale. È possibile ipotizzare, infatti, che una persona che si attribuisce un basso livello di autonomia o autostima, o anche che sente di non avere uno scopo nella vita definito, avrà un maggiore orientamento al presente fatalista (riprendendo le dimensioni temporali come proposte da Zimbardo). Mentre, ad esempio, per una persona che si attribuisce un maggior livello di resilienza o che abbia uno scopo nella vita maggiormente definito, è più facile immaginare che abbia un maggiore orientamento al futuro. È bene quindi integrare rispetto al costrutto di prospettiva temporale, anche le risorse psicologiche che, come abbiamo visto nei capitoli precedenti, hanno una grande influenza rispetto al benessere e alla qualità di vita esperiti.

Questo sarebbe utile anche quindi, per la progettazione di interventi che mirino al benessere della persona partendo dal suo bagaglio di risorse.



## CAPITOLO 4

### *Riprogettare la propria vita in presenza di problematiche oncologiche:*

#### *un'indagine di ricerca*

In questo capitolo saranno forniti i dettagli dello studio qui presentato, iniziando dagli obiettivi e dai quesiti che hanno guidato la seguente indagine. In seguito, sarà fornita una presentazione degli strumenti utilizzati, così da permettere di comprendere al meglio in che modo ci si propone di osservare le dimensioni oggetto di indagine. Seguirà poi una descrizione dei partecipanti e delle modalità con cui hanno preso parte alla ricerca. Sarà, infine, riportato il lavoro di analisi svolto e i relativi risultati.

#### **4.1 Obiettivi dello studio**

Il presente studio nasce dal desiderio di indagare quali elementi possano contribuire al benessere psicologico percepito in persone con diagnosi oncologica. Ogni fase del percorso oncologico influenza profondamente la vita della persona. Gran parte della letteratura si è concentrata sulle conseguenze negative del cancro; tuttavia, si vuole, con questo studio, porre l'accento sull'indagare quelli che possono essere i punti di forza della persona che le permettono di poter vivere e affrontare nel migliore dei modi possibili un percorso oncologico.

Per fare questo si indagherà innanzi tutto il pattern di risorse psicologiche che caratterizzano gli individui che si trovano a vivere problematiche oncologiche, facendo particolare attenzione alla resilienza e alla prospettiva temporale.

*Resilienza.* Si vuole innanzitutto osservare come la resilienza influenzi il benessere psicologico in persone che affrontano un percorso oncologico. Questo perché numerosi

sono gli studi consultati, che evidenziano l'influenza positiva della resilienza sul benessere e sulla qualità di vita esperita (Eicher et al., 2015). In particolare, la letteratura riporta che avere un buon livello di resilienza è associato a un migliore stato di salute fisica (Davidson et al., 2018), ma anche psicologica: la resilienza risulta infatti essere negativamente associata all'ansia (Min et al., 2013) e a problematiche depressive (Min et al., 2013; Ristevska-Dimitrovska et al., 2015). La resilienza aiuta inoltre l'individuo a mettere in atto migliori strategie di coping, ma influenza anche il funzionamento cognitivo e sociale (Schumacher et al., 2013).

Ci si prospetta di osservare, quindi, anche in persone che vivono problematiche oncologiche una correlazione positiva tra resilienza e benessere psicologico: a livelli di resilienza più elevati, ci si aspetta che corrisponda anche un maggior livello di benessere esperito. Questo perché si ipotizza che un buon livello di resilienza mitighi l'impatto delle conseguenze del percorso oncologico, oltre che permettere alla persona un miglior adattamento e una maggiore flessibilità rispetto ai cambiamenti che tale evento comporta.

*Prospettiva temporale:* si vuole indagare innanzi tutto il tipo di orientamento temporale delle persone con problematiche oncologiche, con particolare attenzione alla prospettiva temporale bilanciata, in cui vi è una maggiore propensione all'orientamento al passato positivo e al futuro. Questo perché la letteratura mostra come la prospettiva temporale bilanciata sia associata a comportamenti più adattivi rispetto alla salute (Keough et al., 1999; Daugherty e Brase, 2010), favorisca la sperimentazione di stati d'animo più positivi (Stolarski et al., 2014). La prospettiva temporale è, inoltre, associata a minore stress e ansia (Papastamatelou, 2015) e minore incidenza di disturbo post traumatico da stress dopo un'esperienza traumatica (Stolarski e Cyniak-Cieciura, 2016).



Alla luce delle evidenze riscontrate in letteratura, si ipotizza di poter osservare una correlazione positiva della prospettiva temporale bilanciata e del benessere percepito anche in persone che affrontano un percorso oncologico.

*Obiettivi futuri.* Si vuole indagare, come possa cambiare la progettazione nel corso dell'assessment proposto con l'utilizzo di spunti riflessivi. Questo perché si ipotizza che la compilazione del questionario possa far emergere delle risorse che influiscono poi nella progettazione di obiettivi futuri. L'interesse principale è il poter osservare come differiscano le risposte rispetto agli obiettivi futuri date spontaneamente, rispetto ad altre elicitate tramite domande più specifiche. Si immagina che nel corso della compilazione del questionario, ci possa essere un incremento di obiettivi futuri riportati, dal momento che attraverso degli spunti riflessivi la persona possa pensare ad una gamma più vasta di progetti futuri.

*Ruolo delle variabili individuali: l'età.* Un altro elemento che si vuole considerare in questo studio è l'influenza del fattore età. Rispetto alla resilienza, la letteratura riporta che è un processo dinamico e in continua evoluzione, oltre che una risorsa che può essere incrementata per apprendimento (Masten, 2001). Si vogliono quindi osservare eventuali differenze del livello di resilienza rispetto all'età. Si ipotizza di riscontrare livelli più elevati di resilienza in persone con età avanzata rispetto invece a persone più giovani. Questo perché si immagina che l'aver affrontato maggiori sfide e aver vissuto un maggior numero di esperienze possa contribuire ad aumentare il livello di resilienza.

Si ipotizza, inoltre, che il fattore età possa influenzare anche il tipo di orientamento temporale. Si immagina di poter riscontrare una propensione verso un orientamento al presente, o al passato positivo in persone con età più avanzata, mentre di riscontrare un maggiore orientamento al futuro in persone più giovani. Questo perché si ipotizza che le

persone più anziane siano maggiormente portate a guardare a ciò che hanno costruito, raggiunto nella loro vita, e a godersi maggiormente il presente. Per le persone più giovani, si immagina invece una maggiore propensione a guardare al futuro e a porsi degli obiettivi.

*Ruolo del percorso oncologico sulle risorse psicologiche.* Siccome lungo il percorso oncologico, le sfide e i cambiamenti che la persona incontra sono diversi tra le varie fasi, si vuole osservare come queste possano influenzare il livello di resilienza e l'orientamento temporale. La letteratura non si presta molto a rispondere a questo interrogativo; gli studi che prendono in esame le problematiche oncologiche non sono molti e sono per la maggior parte rivolti a persone che si trovano nella fase della prima diagnosi.

Rispetto alla resilienza, però, la rassegna di Molina et al. (2015) mostra come la fase del trattamento sia quella che impatta maggiormente sul livello di resilienza, dal momento che la persona riscontra maggiori problematiche fisiche e cambiamenti.

Si vuole osservare, dunque, il livello di resilienza in tre fasi principali del percorso, ovvero diagnosi ricevuta da meno di un anno; diagnosi ricevuta da più di un anno; fase di remissione.

Rispetto a quanto osservato in letteratura, ci si aspetta di riscontrare un maggior livello di resilienza negli individui che sono in fase di remissione, mentre si ipotizza di riscontrare un minor livello di resilienza nelle prime due fasi individuate, quindi prima diagnosi e fase di trattamento.

Rispetto alla prospettiva temporale in ambito oncologico non sono presenti molti studi in letteratura, ma uno studio condotto da Nozari et al. (2013) ha mostrato come i pazienti oncologici siano maggiormente orientati al passato positivo rispetto a persone con altre problematiche mediche. Questo può far supporre che approcciarsi con una problematica

oncologica possa ostacolare una progettualità rispetto al futuro, dal momento che scaturisce sentimenti di incertezza rispetto a questo e quindi ci sia una maggiore attenzione ad aspetti positivi del passato.

È possibile, tuttavia, che emergano delle differenze, in quanto si immagina di riscontrare nella fase di remissione un maggior orientamento al futuro, mentre di osservare un minor orientamento al futuro nella fase di diagnosi iniziale e nella fase del trattamento. Si ipotizza, infatti, che in queste fasi delicate l'individuo sia maggiormente concentrato sul presente.

*Ruolo delle variabili contestuali: il supporto sociale.* Un altro elemento che si vuole osservare è il supporto sociale. La letteratura mostra come il supporto sociale possa essere considerato un elemento promotore del benessere e della qualità di vita.

Sapere di avere una rete di sostegno a cui poter fare affidamento aumenta il livello di resilienza oltre che di benessere dell'individuo (Prati e Pietrantonio, 2009; Schroevers et al., 2012; Zhang et al. 2017; Huang et al. 2019). È possibile dunque attendersi un maggior livello di resilienza in presenza di maggiore supporto sociale.

Anche in relazione alla prospettiva temporale è possibile attendersi un'influenza del supporto sociale: avere una rete di supporto possa permettere all'individuo di poter avere maggiore fiducia rispetto a obiettivi e progetti che si prefigura.

#### **4.2 Descrizione degli strumenti**

È stato costruito un questionario dal titolo *“Risorse e atteggiamenti per vivere il presente e guardare al futuro”* comprendente un insieme di strumenti volti ad indagare gli elementi di interesse relativi al nostro studio, quali: benessere generale (benessere eudemonico), resilienza e orientamento al futuro.

**Intervista qualitativa.** La prima sezione comprende un'intervista qualitativa che innanzitutto ci ha permesso di raccogliere informazioni anagrafiche circa età e sesso.

Sono state raccolte poi informazioni circa:

- a. *attività lavorative svolte*, (1 = lavoro full time; 2 = lavoro part time; 3 = volontariato; 4 = disoccupato (includendo anche donne che si definivano casalinghe); 5 = pensionato);
- b. *i principali interessi e hobbies*, quantificati per numero di elementi proposti e raggruppati in macroaree (1 = arte e cultura; 2 = socialità; 3 = sport; 4 = bricolage; 5 = viaggi; 6 = cucina);
- c. *la rete sociale* (network) in cui la persona è inserita (1 = presente; 2 = meno presente);
- d. *obiettivi futuri per i mesi successivi*, quantificati per elementi proposti e raggruppati per aree (1 = casa e faccende domestiche; 2 = livello economico; 3 = vita professionale; 4 = relazioni; 5 = tempo libero e attività creative; 6 = salute e problematiche mediche; 7 = crescita personale);

**Il benessere che sperimento.** È stato poi inserito “*il Benessere che sperimento*” (Zani & Cicognani, 1999), ovvero la versione italiana della “*Psychological Well-Being Scales*” (Ryff, 1995). Questo strumento indaga il benessere psicologico che, come concepito da Ryff, è multidimensionale; non si limita quindi alla felicità o alle emozioni positive, ma il benessere è il frutto di un equilibrio tra vari fattori, da lei condensati in sei dimensioni. Lo strumento è composto da 18 item che consistono in affermazioni a cui il partecipante risponde indicando il grado di accordo con l'affermazione proposta. Gli item indagano le sei dimensioni proposte dall'autrice, quindi sono attribuiti tre item per dimensione.

Le possibili risposte sono quattro: “1 = molto in disaccordo; 2 = in disaccordo; 3 = d’accordo; 4 = molto d’accordo”.

Sono presentati qui di seguito, nella tabella 4.1, alcuni esempi di item suddivisi per dimensione.

**Tabella 4.1**

*Esempi di item dello strumento “Il benessere che sperimento” (Zani e Cicognani, 1999)*

<i>Dimensione indagata</i>	<i>Item</i>
Auto-accettazione	<i>“Il più delle volte mi sento orgoglioso di chi sono e della vita che conduco”</i>
Autonomia	<i>“Ho difficoltà a programmare la mia vita in modo soddisfacente”</i>
Padronanza ambientale	<i>“Sono una persona attiva nel mettere in pratica i progetti che mi sono prefissato”</i>
Scopo nella vita	<i>“Alcune persone sono senza progetti, ma io non sono una di quelle”</i>
Relazioni positive con gli altri	<i>“So che mi posso fidare dei miei amici ed essi sanno che possono fidarsi di me”</i>
Crescita personale	<i>“Per me la vita è stata un continuo processo di apprendimento, cambiamento e crescita”</i>

**La mia prospettiva temporale futura.** Per valutare l’orientamento futuro, che, come abbiamo osservato nel capitolo 3, svolge un ruolo importante rispetto al livello di benessere, è stato utilizzato “La mia prospettiva temporale futura” (ProTempO; Zacher & Frese, 2009; versione italiana a cura di Sgaramella, Calogero e Foti). Lo strumento è composto da dieci item che indagano la percezione di ampiezza del futuro, le opportunità che si intravedono e la percezione di limiti (esempi di item in tabella 4.2).

**Tabella 4.2**

*Esempi di item proposti in “La mia prospettiva temporale futura” (Sgaramella, Calogero e Foti)*

<i>Dimensioni indagate</i>	<i>Item</i>
Percezione di ampiezza del futuro	<i>“Ho ancora molto tempo a disposizione nella mia vita per fare nuovi piani”</i>
Le opportunità che si intravedono	<i>“Il mio futuro è pieno di possibilità”</i>
Percezione di limiti	<i>“Con il passare degli anni, comincio a rendermi conto che il tempo a disposizione nel mio futuro è limitato”</i>

Ai partecipanti viene richiesto di indicare quanto si identificano con le affermazioni proposte attraverso una delle 4 possibili risposte: “1 = molto in disaccordo; 2 = in disaccordo; 3 = d’accordo; 4 = molto d’accordo”.

**Disegno il mio domani.** È stato poi lo strumento “*Design my Future*” (versione per adulti di Sgaramella, Santilli, et al. 2017) che indaga la resilienza e l’orientamento al futuro. Abbiamo utilizzato 11 dei 25 item (alcuni esempi sono proposti nella tabella 4.3) che compongono lo strumento, a cui partecipanti devono rispondere con 5 possibili risposte (1 = molto poco; 2= poco; 3 = abbastanza; 4 = molto; 5 = moltissimo) indicando il grado in cui si rispecchiano nell’affermazione proposta.

**Tabella 4.3**

*Esempi di item del Design my Future (versione per adulti di Sgaramella, Santilli et al., 2015)*

<i>Dimensioni</i>	<i>Item</i>
Orientamento al Futuro	“L’idea di poter in futuro realizzare i miei sogni mi appassiona sin d’ora”
Resilienza	“Mi piace pensare a dove mi troverò tra qualche anno”
	“Mi considero una persona forte”
	“Aver affrontato situazioni di stress mi ha reso più forte”

**Questionario sulle risorse sociali-emotive.** È stato poi inserito un questionario volto ad indagare le risorse sociali ed emotive che entrano in gioco per affrontare le sfide del quotidiano (Davidson et al., 2018; versione italiana per adulti a cura di Sgaramella, Foresta, 2022). Lo strumento si compone di 40 item (vedi tabella 4.4) su scala likert a 5 punti che indicano il grado di difficoltà che la persona riscontra nelle situazioni del quotidiano proposte, dove: 1 = molto facile; 2 = abbastanza facile; 3= né facile, né difficile (facile); 4 = abbastanza difficile; 5 = difficile.

**Tabella 4.4***Esempi di item del questionario sulle risorse sociali-emoive (Sgaramella e Foresta, 2022)*

<i>Item</i>	<i>Scala di risposta</i>
4. <i>“Sapere quali sono le mie forze”</i>	1 2 3 4 5
10. <i>“Conoscere le mie emozioni”</i>	1 2 3 4 5
12. <i>“Portare a termine ciò che faccio anche quando sono frustrato”</i>	1 2 3 4 5
25. <i>“Sapere come chiedere aiuto quando ho un problema con un collega”</i>	1 2 3 4 5
31. <i>“Parlare con qualcuno che mi conosce bene quando ho problemi familiari o lavorativi”</i>	1 2 3 4 5
37. <i>“Pensare a cosa potrebbe succedere prima di prendere una decisione”</i>	1 2 3 4 5

**Balanced Time Perspective.** È stata poi inserita la versione italiana della Balanced Time Perspective (Webster, 2011; validazione italiana a cura di Sgaramella e Magnano, in corso di stampa). Lo strumento è volto ad indagare pensieri e sentimenti positivi nei confronti del proprio passato positivo e rispetto al futuro (esempi di item in tabella 4.5). È composto da 28 item a cui i partecipanti danno una risposta in base quanto si identificano nell'affermazione proposta. Le possibili risposte sono: 1 = fortemente in disaccordo, 2 = in disaccordo, 3 = leggermente in disaccordo, 4 = leggermente d'accordo, 5 = d'accordo e 6 = fortemente d'accordo.

**Tabella 4.5***Esempi di item della Balanced Time Perspective (Sgaramella e Magnano, in corso di stampa)*

<i>Dimensione indagata</i>	<i>Item</i>
Orientamento al passato positivo	<i>“Ricordare il mio passato dà il senso di avere uno scopo nella vita”</i>
	<i>“Vedere come i pezzi del passato personale si uniscono mi dà un senso di identità”</i>
	<i>“Rivivere i periodi precedenti della mia vita mi aiuta avere una direzione”</i>
Orientamento futuro positivo	<i>“Guardare avanti mi dà davvero energia”</i>
	<i>“Realizzare sogni futuri è qualcosa che mi motiva in questo periodo”,</i>
	<i>“Ho molte aspirazioni nel mio futuro”.</i>

Dalla differenza dei punteggi ottenuti rispetto alle due dimensioni è possibile ottenere l'indice di bilanciamento, che misura la distanza tra l'orientamento futuro e l'orientamento al passato positivo. Questo indice è utile per osservare quanto una persona propende per uno o per l'altro orientamento temporale: un valore negativo corrisponde ad una maggiore propensione al passato, mentre un valore positivo indica una propensione al futuro; un valore assoluto più vicino allo zero mostra invece un equilibrio tra le due dimensioni.

***I miei obiettivi futuri.*** Al termine della compilazione dello strumento sulla prospettiva temporale bilanciata, è stato chiesto ai partecipanti di elencare dei ricordi del passato che si sono attivati durante la compilazione e che hanno guidato le risposte date.

Allo stesso modo è stato richiesto di elencare obiettivi e progetti futuri che hanno guidato la compilazione.

In seguito, sono stati indagati gli obiettivi futuri in maniera più specifica con lo strumento "*I miei obiettivi futuri*" (Cox e Klinger, 2004; versione italiana a cura di Sgaramella, et al., 2012). Con questo strumento si chiede al partecipante di definire tre obiettivi più importanti per gli otto domini indicati: *Casa e faccende domestiche, Livello economico, Vita professionale, Relazioni (di coppia, famiglia e amicali), Tempo libero, Salute, Crescita personale e Altro.*

Successivamente è stato chiesto di rileggere le risposte date e indicare i cinque obiettivi più importanti in assoluto e di riportarli in ordine di importanza crescente, in modo da poter osservare quelle sono le maggiori priorità della persona



### 4.3 Procedura e partecipanti

In questo studio ci si è proposti di coinvolgere persone che hanno vissuto problematiche oncologiche, indistintamente dalla fase del percorso di cura in cui si trovavano e dalla fascia d'età .

Per la ricerca dei partecipanti, è stata coinvolta un'associazione padovana che ha come scopo quello di fornire supporto psico-fisico a persone che affrontano problematiche di tipo oncologico. È stato organizzato un incontro informativo in cui sono state presentate le finalità del nostro studio e la modalità di partecipazione, ovvero un breve accenno al questionario che sarebbe stato proposto.

In seguito, alle persone che hanno mostrato interesse nel partecipare allo studio, è stato fornito un link tramite cui compilare il questionario, anche se è stata lasciata la possibilità di compilazione in modalità cartacea, qualora vi fosse preferenza. Per aderire alla partecipazione è stata richiesta la compilazione di un consenso informato.

Hanno partecipato allo studio 34 persone (33 di sesso femminile e una di sesso maschile) con età media di 58,76 anni, tutti di nazionalità italiana. Di queste, 16 hanno compilato il questionario online, mentre 18 hanno preferito la modalità cartacea.

Le principali caratteristiche dei partecipanti raccolte tramite l'intervista qualitativa sono presentate nella tabella 4.6.

*Hobbies e tempo libero:* i partecipanti hanno indicato in media 2.4 hobbies ad personam; più nel dettaglio le aree di maggiore interesse riportate sono state: arte e cultura (37.9%); bricolage (19%); socialità (15.5%); sport (13.8%), viaggi (6.9%) e cucina (6.9%)

*Obiettivi per i mesi successivi (modalità spontanea):* i partecipanti hanno indicato nella prima sezione del questionario una media di 1.4 obiettivi futuri, così distribuiti nelle seguenti aree: hobbies e tempo libero (59%); relazioni e socialità (19%); salute (11%);

vita professionale (7%); casa e faccende domestiche (4%). Un aspetto da non tralasciare è la percentuale di partecipanti che non ha espresso alcun obiettivo per i mesi successivi, ovvero il 26.5%.

**Tabella 4.6**  
*Caratteristiche dei partecipanti*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Età:</i>		
Media età adulta (30-59 anni)	19	55.9%
Età adulta avanzata (>60 anni)	15	44.1%
<i>Tipologia lavoro:</i>		
Full-time	18	53 %
Part-time	2	6 %
Volontariato	2	6 %
Disoccupato	8	23 %
In pensione	4	12 %
<i>Fase percorso oncologico:</i>		
Diagnosi < 1 anno	12	35.3 %
Diagnosi > 1 anno	11	32.35 %
Remissione	11	32.35 %
<i>Rete sociale:</i>		
Molto presente	11	32.35%
Meno presente	23	67.65%

#### 4.4 Analisi dei dati

Il software statistico SPSS è stato utilizzato per portare a termine analisi descrittive sulle misure complessive di risorse psicologiche e socio-emotive rispetto a variabili demografiche, analisi della correlazione col metodo di Pearson tra le dimensioni indagate e analisi qualitative con l'utilizzo del Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti (il corrispettivo non parametrico del t test) e con il test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti (il corrispettivo non parametrico dell'Anova).

#### ***Pattern di risorse: benessere e orientamento al futuro***

In primo luogo, sono state osservate le dimensioni di benessere, prospettiva temporale e orientamento al futuro rispetto all'età. (Tabella 4.7)

**Tabella 4.7***Pattern di risorse psicologiche in relazione all'età (Medie e deviazioni standard)*

<i>Risorse psicologiche</i>		<i>Media età Adulta</i>	<i>Età adulta avanzata</i>	<i>Totale</i>
<b>Benessere totale</b>	<b>M</b>	54.21	52.07	53.26
	<i>DS</i>	5.52	5.04	5.34
<i>Prospettiva temporale futura</i>	<b>M</b>	27.05	23.86	25.65
	<i>DS</i>	6.27	3.83	5.50
<i>Orientamento al futuro</i>	<b>M</b>	43.74	41.20	42.62
	<i>DS</i>	9.00	7.62	8.40

I pattern riportati non mostrano particolari differenze tra i gruppi: prospettiva temporale (ns) e orientamento al futuro (ns). L'età non sembra avere un'influenza significativa su risorse psicologiche nei partecipanti allo studio.

Allo stesso modo, analizzando le stesse dimensioni rispetto alla fase del percorso oncologico (Tabella 4.8), non sono emerse particolari differenze tra i gruppi. Questo suggerisce che la fase del percorso oncologico non abbia forti influenze rispetto a queste risorse psicologiche nei partecipanti allo studio.

**Tabella 4.8***Pattern di risorse psicologiche in relazione alla fase del percorso (Medie e deviazioni standard).*

<i>Risorse psicologiche</i>		<i>Diagnosi &lt;1 anno</i>	<i>Diagnosi &gt;1 anno</i>	<i>Remissione</i>	<i>Totale</i>
<b>Benessere totale</b>	<b>M</b>	55.82	51.67	52.45	53.26
	<i>DS</i>	6.55	5.14	3.36	5.34
<i>Prospettiva temporale</i>	<b>M</b>	25.36	24.83	26.82	25.65
	<i>DS</i>	6.45	5.80	4.33	5.50
<i>Orientamento al futuro</i>	<b>M</b>	47.36	38.58	42.27	42.62
	<i>DS</i>	6.77	9.19	7.03	8.39

Infine, si è osservato anche il pattern di risorse psicologiche in relazione alla rete sociale (Tabella 4.9). Anche in questo caso non risultano influenze significative della rete sociale rispetto alle risorse psicologiche qui prese in esame nei partecipanti allo studio.

**Tabella 4.9***Pattern di risorse psicologiche in relazione alla rete sociale (Medie e deviazioni standard)*

<i>Risorse psicologiche</i>		<i>Molto presente</i>	<i>Poco presente</i>	<i>Totale</i>
<b>Benessere totale</b>	<b>M</b>	54.21	52.07	53.26
	<i>DS</i>	5.52	5.04	5.34
<b>Prospettiva temporale</b>	<b>M</b>	25.91	25.52	25.65
	<i>DS</i>	4.59	5.98	5.50
<b>Orientamento al futuro</b>	<b>M</b>	40.19	43.78	42.62
	<i>DS</i>	5.95	9.23	8.40

*Prospettiva temporale bilanciata.* Dopo aver osservato la prospettiva temporale, si è presa in esame la prospettiva temporale bilanciata.

Rispetto al fattore età (Tabella 4.10) non risultano differenze significative tra i punteggi medi dei due gruppi; questo suggerisce che l'età non abbia un'influenza significativa rispetto all'orientamento temporale nei partecipanti allo studio. Osservando gli indici di bilanciamento, si osserva una propensione verso l'orientamento al passato positivo piuttosto che al futuro, indipendentemente dalla fascia di età.

**Tabella 4.10***Dimensioni della prospettiva temporale bilanciata in relazione al fattore età*

<b>Prospettiva temporale bilanciata</b>	<b>Età</b>					
	<i>Media età adulta</i>		<i>Età adulta avanzata</i>		<i>Totale</i>	
	<b>M</b>	<i>DS</i>	<b>M</b>	<i>DS</i>	<b>M</b>	<i>DS</i>
<b>Passato</b>	63.58	19.60	65.67	11.10	64.50	16.21
<b>Futuro</b>	56.50	21.60	56.33	18.76	56.41	20.10
<b>Indice di bilanciamento</b>	-7,10	13.84	-9.10	18.53	-7.97	15.85

Analizzando la prospettiva temporale bilanciata in relazione alla fase del percorso oncologico (Tabella 4.11) si osservano differenze significative tra i punteggi medi dei gruppi, che suggeriscono un'influenza della fase del percorso oncologico rispetto al modo in cui la persona vive il tempo; in particolare si osserva un'influenza significativa rispetto alla dimensione del passato positivo ( $U= 34, p=.025$ ).

**Tabella 4.11***Dimensioni della prospettiva temporale bilanciata in relazione alla fase del percorso oncologico.*

<b>Prospettiva temporale bilanciata</b>	<b>Diagnosi</b>							
	<i>Diagnosi &lt; 1 anno</i>		<i>Diagnosi &gt; 1 anno</i>		<i>Remissione</i>		<i>TOTALE</i>	
	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>
<i>Passato</i>	75.00	10.65	55.00	16.84	63.82	14.95	64.50	16.22
<i>Futuro</i>	61.82	23.23	46.67	14.34	61.64	19.78	56.41	20.10
<i>Indice di bilanciamento</i>	-13.20	18.36	-8.50	14.25	-2.20	14.20	-7.97	15.85

Osservando gli indici di bilanciamento, osserviamo infatti una tendenza generale verso il passato positivo. Le persone in fase di remissione mostrano un indice di bilanciamento più vicino allo zero, questo suggerisce che nei partecipanti allo studio in fase di remissione vi è un maggior equilibrio tra i due orientamenti temporali.

Si è infine osservata la prospettiva temporale bilanciata rispetto alla rete sociale in cui è inserita la persona (Tabella 4.12)

**Tabella 4.12***Prospettiva temporale bilanciata in relazione alla rete sociale.*

<b>Prospettiva temporale bilanciata</b>	<b>Rete sociale</b>					
	<i>Molto presente</i>		<i>Meno presente</i>		<i>Totale</i>	
	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>
<i>Passato</i>	62.82	14.24	65.30	17.32	64.50	16.22
<i>Futuro</i>	54.00	15.21	57.56	22.28	56.41	20.21
<i>Indice di bilanciamento</i>	-8.82	12.26	-7.56	16.44	-7.97	15.85

In questo caso non emergono differenze significative rispetto ai punteggi medi dei due gruppi; quindi, nei partecipanti allo studio la rete sociale non mostra un'influenza significativa rispetto alla prospettiva temporale bilanciata. Si osservano inoltre valori molto simili rispetto all'indice di bilanciamento dei due gruppi, che mostrano una maggiore propensione al passato positivo.

### ***Pattern di risorse: le competenze Sociali-Emotive***

Osservando i pattern di risorse socio-emotive (Tabella 4.13) in relazione all'età non è emersa alcuna influenza significativa; nei partecipanti al nostro studio, l'età non svolge un ruolo significativo rispetto al livello di risorse socio-emotive che la persona si attribuisce.

**Tabella 4.13**

*Risorse socio-emotive in relazione al fattore età. (Medie e deviazioni standard)*

<b>Risorse socio-emotive</b>	<b>Età</b>					
	<b>Media età adulta</b>		<b>Età adulta avanzata</b>		<b>Totale</b>	
	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>
<b>Consapevolezza di sé Totale</b>	24.32	9.11	25.93	7.66	25.03	8.42
<i>Consapevolezza di sé: Punti di forza</i>	9.47	3.79	9.60	3.60	9.53	3.65
<i>Consapevolezza di sé: Emozioni</i>	14.84	5.78	16.33	5.01	15.50	5.42
<b>Consapevolezza sociale</b>	11.68	4.83	12.47	4.27	12.03	4.54
<b>Capacità di auto- gestione totale</b>	35.37	13.56	37.73	10.29	36.41	12.11
<i>Gestione emozioni</i>	11.90	5.16	12.60	2.82	12.21	4.25
<i>Gestione obiettivi</i>	10.11	4.28	10.20	2.91	10.15	3.39
<i>Gestione del lavoro</i>	13.37	5.08	14.93	5.64	14.06	5.31
<b>Gestione sociale totale</b>	23.11	8.10	25.33	8.31	24.09	8.15
<i>Abilità relazionali</i>	12.53	4.39	13.47	4.81	12.94	4.53
<i>Gestione decisioni</i>	10.58	4.14	11.87	4.41	11.15	4.24

Si sono osservati, poi i pattern di risorse socio-emotive rispetto alla fase del percorso oncologico in cui la persona si trova (tabella 4.14).

In questo caso, si evincono alcune differenze tra i tre gruppi; nei partecipanti allo studio, la fase del percorso oncologico si mostra come fattore influente rispetto al livello di risorse che questa asserisce a sé stessa.

**Tabella 4.14***Risorse socio-emotive in relazione alla fase del percorso oncologico.*

<b>Risorse socio-emotive</b>	<b>Diagnosi</b>							
	<i>Diagnosi &lt; 1 anno</i>		<i>Diagnosi &gt; 1 anno</i>		<i>Remissione</i>		<i>TOTALE</i>	
	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>
<b>Consapevolezza di sé totale</b>	20.10	8.31	30.67	5.90	23.82	7.73	25.03	8.42
<i>Consapevolezza di sé: Punti di forza</i>	7.00	3.16	11.92	2.91	9.45	3.30	9.53	3.65
<i>Consapevolezza di sé: Emozioni</i>	13.10	5.59	18.75	4.35	14.36	4.95	15.50	5.42
<b>Consapevolezza sociale</b>	10.18	5.23	13.75	3.84	12.00	4.15	12.03	4.54
<b>Capacità di auto-gestione totale</b>	28.19	11.86	45.92	6.73	34.27	10.26	36.41	12.10
<i>Gestione emozioni</i>	9.36	3.83	15.08	3.45	11.91	3.59	12.21	4.25
<i>Gestione obiettivi</i>	8.27	3.52	12.92	2.97	9.00	2.86	10.15	3.69
<i>Gestione del lavoro</i>	10.55	5.48	17.92	2.81	13.36	4.72	14.06	5.31
<b>Gestione sociale totale</b>	19.73	7.66	27.83	8.13	24.36	7.06	24.09	8.15
<i>Abilità relazionali</i>	11.81	4.73	14.17	4.37	13.36	4.36	12.94	4.53
<i>Gestione decisioni</i>	8.55	3.80	13.67	4.19	11.00	3.26	11.15	4.24

In particolare, possiamo notare che le persone che hanno ricevuto una diagnosi oncologica da più di un anno, quindi che sono in una fase di trattamento “avanzata”, riportano globalmente livelli più elevati di difficoltà esperite. Nel dettaglio, risultano differenze significative per quanto riguarda la consapevolezza di sé ( $U=9.11$ ,  $p=.010$ ), la consapevolezza dei propri punti di forza ( $U= 9.5$ ,  $p=.009$ ) e la consapevolezza delle proprie emozioni ( $U=6.9$ ,  $p=.031$ ). Inoltre, anche rispetto alle risorse di autogestione sono risultate differenze significative: capacità di auto-gestione ( $U=12.74$ ,  $p=.002$ ); gestione delle emozioni ( $U=9.46$ ,  $p=.009$ ); gestione degli obiettivi ( $U=19.46$ ,  $p=.005$ ) e gestione del lavoro ( $U=10.52$ ,  $p=.005$ ). Risultano differenze significative anche per la capacità decisionale ( $U=7.98$ ,  $p=.018$ ), mentre per la gestione sociale totale (ns), e le abilità relazionali (ns) i pattern di risorse non differiscono significativamente.

Riassumendo quindi, la fase del percorso oncologico influisce significativamente sulla quasi totalità di risorse indagate, infatti, persone che hanno ricevuto la diagnosi oncologica da più di un anno riportano livelli di difficoltà esperita.

Si è sono voluti osservare anche i pattern di risorse socio-emoive in relazione alla rete sociale (Tabella 4.15).

**Tabella 4.15**

*Risorse socio-emoive in relazione alla rete sociale.*

<b>Risorse socio-emoive</b>	<b>Rete sociale</b>					
	<b>Molto presente</b>		<b>Poco presente</b>		<b>Totale</b>	
	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>
<b>Consapevolezza di sé</b>	30.82	5.7	22.26	8.17	25.03	8.42
<b>Totale</b>						
<i>Consapevolezza di sé:</i>						
<i>Punti di forza</i>	12.27	2.15	8.22	3.52	9.53	3.65
<i>Consapevolezza di sé:</i>						
<i>Emozioni</i>	18.55	4.20	14.01	5.41	15.50	5.42
<b>Consapevolezza sociale</b>	14.18	3.43	11.00	4.71	12.03	4.54
<b>Capacità di auto-gestione totale</b>	43.82	8.53	32.87	12.10	36.41	12.11
<i>Gestione emozioni</i>	14.27	3.41	11.22	4.32	12.21	4.25
<i>Gestione obiettivi</i>	12.01	2.47	9.22	3.85	10.15	3.69
<i>Gestione del lavoro</i>	17.45	3.88	12.43	5.19	14.06	5.31
<b>Gestione sociale totale</b>	27.73	7.90	22.35	7.84	24.09	8.15
<i>Abilità relazionali</i>	14.09	4.55	12.40	4.52	12.94	4.53
<i>Gestione decisioni</i>	13.64	3.70	9.96	4.03	11.15	4.24

I partecipanti allo studio hanno riportato alcune differenze; in particolare, il gruppo costituito da persone con una rete sociale più presente riporta livelli di difficoltà esperita più elevati. Sono emerse differenze significative rispetto al livello di consapevolezza di sé che la persona si attribuisce: consapevolezza di sé totale (U=53.5, p=.006); consapevolezza relativa ai propri punti di forza (U=43.5, p=.001); consapevolezza delle proprie emozioni (U=66.5, p=.026); consapevolezza sociale (U=71.5, p=.042). Quindi, persone con una presenza maggiore di rete sociale, mostrano maggiori difficoltà esperita rispetto alla consapevolezza di sé. Sono emerse differenze significative rispetto ad alcune



competenze di autogestione che la persona si attribuisce: capacità di auto-gestione totale (U=68, p=.011); gestione degli obiettivi (U= 68, p=.31); gestione del lavoro (U=59.5, p=.012); mentre per le competenze nella gestione delle emozioni (ns) non risultano differenze significative: i partecipanti con una rete sociale più presente riportano quindi maggiori difficoltà rispetto alla gestione di sé, del lavoro e degli obiettivi, mentre si evince un livello simile di difficoltà esperito nella gestione delle emozioni.

Per quanto riguarda invece le competenze di gestione sociale totale non sono emerse differenze significative (ns); allo stesso modo anche per le abilità relazionali (ns). Sono risultate invece delle differenze per la capacità decisionale (U=65, p=.023). La rete sociale, in questo caso sembra avere un'influenza rispetto alla capacità di prendere decisioni in modo ponderato, mentre non sembra essere influente rispetto alle capacità relazionali.

### ***Relazioni tra le dimensioni***

È stata a questo punto analizzata la relazione tra il grado in cui sono presenti le risorse socio-emotive e rispettivamente il benessere sperimentato e le dimensioni della prospettiva temporale. A questo scopo sono state effettuate delle correlazioni di Pearson.

Si vogliono innanzitutto prendere in esame le risorse relative alla consapevolezza di sé (Tabella 4.16).

Osservando la consapevolezza di sé totale si evince una discreta correlazione negativa con benessere totale ( $r = -.50$ ,  $p = .01$ ), con la prospettiva temporale futura ( $r = -.51$ ,  $p = .01$ ) e con l'orientamento al futuro ( $r = -.64$ ,  $p = .01$ ). Alla percezione di maggiore difficoltà nella consapevolezza di sé totale corrispondono livelli inferiori di benessere percepito orientamento al futuro. Anche per la consapevolezza relativa ai propri punti di forza, emerge una correlazione negativa con il benessere ( $r = -.39$ ,  $p = .05$ ) e con la prospettiva

temporale futura ( $r=-.39$ ,  $p=.05$ ), mentre una moderata correlazione negativa con l'orientamento al futuro ( $r=-.64$ ,  $p=.01$ ). Possiamo quindi dire che maggiore è la consapevolezza delle difficoltà rispetto ai punti forza, più limitato è il livello di benessere percepito e l'orientamento al futuro.

**Tabella 4.16**

*Matrice di correlazione tra le dimensioni relative alla consapevolezza di sé con benessere totale, prospettiva temporale futura e orientamento al futuro.*

	<i>Benessere Totale</i>	<i>Prospettiva temporale futura</i>	<i>Orientamento al futuro</i>
<i>Consapevolezza di sé totale</i>	-.50**	-.51**	-.64**
<i>Consapevolezza di sé: forza</i>	-.39*	-.39*	-.64**
<i>Consapevolezza di sé: emozioni</i>	-.50**	-.52**	-.57**
<i>Consapevolezza sociale</i>	-.39*	-.22	-.40*

\*\* La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code); \* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Risultati analoghi sono emersi per la consapevolezza delle proprie emozioni; maggiore è la difficoltà nella consapevolezza delle proprie emozioni, minore è il livello di benessere percepito ( $r=-.50$ ,  $p=.01$ ), della prospettiva temporale futura ( $r=-.52$ ,  $p=.01$ ) e dell'orientamento al futuro ( $r=-.57$ ,  $p=.01$ ). La consapevolezza sociale invece mostra una scarsa correlazione negativa con benessere totale ( $r=-.39$ ,  $p=.05$ ) e con orientamento al futuro ( $r=-.40$ ,  $p=.05$ ).

Osservando la capacità di auto-gestione totale (Tabella 4.17) si osserva una moderata correlazione negativa con il benessere totale ( $r=-.57$ ,  $p=.01$ ) e con la prospettiva temporale futura ( $r=-.52$ ,  $p=.01$ ), mentre una buona correlazione negativa con l'orientamento al futuro ( $r=-.74$ ,  $p=.01$ ); quindi a un livello di maggiore difficoltà riscontrate nel quotidiano corrispondono livello più limitato di benessere percepito e dell'orientamento al futuro.

**Tabella 4.17**

*Matrice di correlazione tra le dimensioni relative alle risorse per la gestione del quotidiano con benessere totale, prospettiva temporale futura e orientamento al futuro.*

	<i>Benessere Totale</i>	<i>Prospettiva temporale futura</i>	<i>Orientamento al futuro</i>
<i>Capacità di auto- gestione totale</i>	-0.57**	-0.52**	-0.74**
<i>Gestione delle emozioni</i>	-0.49**	-0.53**	-0.67**
<i>Gestione degli obiettivi</i>	-0.47**	-0.54**	-0.71**
<i>Gestione del lavoro</i>	-0.57**	-0.39*	-0.65**

\*\* La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code); \* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Per quanto riguarda la gestione delle emozioni, ritroviamo una moderata correlazione negativa con il benessere ( $r=-.49$ ,  $p=.01$ ), con la prospettiva temporale futura ( $r=-.53$ ,  $p=.01$ ) e con l'orientamento al futuro ( $r=-.67$ ,  $p=.01$ ). Maggiore è la difficoltà riscontrata nella gestione delle emozioni, minore è il livello di benessere percepito e di orientamento al futuro. Anche per la gestione degli obiettivi i risultati sono analoghi: a livelli di maggiore difficoltà esperita nella gestione degli obiettivi del quotidiano, minori sono i livelli di benessere percepito ( $r=-.47$ ,  $p=.01$ ), prospettiva temporale futura ( $r=-.54$ ,  $p=.01$ ) e di orientamento al futuro ( $r=-.71$ ,  $p=.01$ ). Per la gestione del lavoro troviamo risultati in linea con quelli precedentemente riportati: a livelli di maggiore difficoltà riportati nella gestione del lavoro, sono associati livelli inferiore di benessere percepito ( $r=-.57$ ,  $p=.01$ ), prospettiva temporale ( $r=-.39$ ,  $p=.05$ ), orientamento al futuro ( $r=-.65$ ,  $p=.01$ ).

In generale la dimensione che sembra essere maggiormente influenzata dalle difficoltà esperite nel quotidiano è l'orientamento al futuro; quindi, maggiore è la difficoltà esperita, minore è la capacità della persona di avere una progettualità futura.

Per quanto riguarda la dimensione delle abilità sociali totali (Tabella 4.18), i risultati mostrano una moderata correlazione negativa con il benessere ( $r=-.57$ ,  $p=.01$ ), con la prospettiva temporale ( $r=-.41$ ,  $p=.05$ ) e con l'orientamento al futuro ( $r=-.56$ ,  $p=.01$ );

ovvero persone con livelli più elevati di difficoltà nelle competenze sociali ed emotive riferiscono livelli più limitati di benessere e prospettiva temporale orientata al futuro.

Si riscontrano risultati affini anche per la categoria delle capacità relazionali; anche in questo caso. Nei partecipanti che riportano maggiori difficoltà relativa alle capacità relazionali, risultano livelli più limitati di benessere percepito ( $r=-.54$ ,  $p=.01$ ), prospettiva temporale futura ( $r=-.41$ ,  $p=.05$ ) e orientamento al futuro ( $r=-.44$ ,  $p=.01$ ).

**Tabella 4.18**

*Matrice di correlazione tra le dimensioni delle abilità sociali con benessere totale, prospettiva temporale e orientamento al futuro.*

	<i>Benessere Totale</i>	<i>Prospettiva temporale futura</i>	<i>Orientamento al futuro</i>
<i>Benessere Totale</i>	—	.55**	.61**
<i>Abilità sociali Totali</i>	-.57**	-.41*	-.56**
<i>Capacità Relazionale</i>	-.54**	-.41*	-.44**
<i>Capacità decisionali</i>	-.53**	-.34*	-.61**

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code); \* . La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

Anche per la categoria delle capacità decisionali, si osserva una moderata correlazione negativa con il benessere percepito ( $r=-.53$ ,  $p=.01$ ), prospettiva temporale futura ( $r=-.41$ ,  $p=.05$ ) e orientamento al futuro ( $r=-.44$ ,  $p=.01$ ). A livelli più elevati di difficoltà esperita rispetto alla capacità decisionale, corrisponde un minore livello di benessere percepito e prospettiva temporale orientata al futuro.

### ***Obiettivi futuri***

Si vuole a questo punto introdurre un'analisi qualitativa degli obiettivi futuri raccolte in duplice modalità: spontanea e su stimolo.

*Modalità spontanea.* Una prima indagine degli obiettivi futuri è stata effettuata in modalità spontanea, in due momenti diversi nel questionario. Un primo quesito è stato

inserito nella sezione di raccolta dei dati anagrafici, mentre un secondo quesito è stato inserito a conclusione dell'assessment delle risorse psico-sociali:

1. *“Progetti/obiettivi futuri (per i prossimi mesi).”*
2. *“Esprimendo il suo punto di vista, sicuramente si sono attivati in lei alcuni obiettivi, cambiamenti che vede nel suo futuro. Elenchi qui ora alcuni degli obiettivi, i cambiamenti o le situazioni del suo futuro che aveva in mente nel rispondere durante la compilazione.”*

La tabella 4.19 mostra il confronto delle risposte raccolte con i quesiti con modalità spontanea.

**Tabella 4.19**

*Media e percentuali per dominio degli obiettivi futuri riportati in modalità spontanea.*

	<b>Quesiti</b>	
	<b>1°</b>	<b>2°</b>
<b>Media obiettivi riportati</b>	1.4	1.73
<b>% obiettivi riportati per dominio:</b>		
<i>Casa e faccende domestiche</i>	4%	6.1%
<i>Livello economico</i>	-	-
<i>Vita professionale</i>	7%	12.1%
<i>Relazioni (di coppia, in famiglia, amici)</i>	19%	24.2%
<i>Tempo libero e attività creative</i>	59%	30.3%
<i>Salute e problematiche mediche</i>	11%	12.1%
<i>Crescita personale</i>	-	15.2%

Come si può osservare, la media di obiettivi riportati nel primo e nel secondo quesito è pressoché simile. Si osserva inoltre una piccola variazione rispetto ai partecipanti che non hanno fornito alcuna risposta (primo quesito: 26.5%; secondo quesito: 29%).

Rispetto alla natura degli obiettivi riportati, è interessante notare, che per il dominio “crescita personale” nel primo quesito, non siano stati riportati obiettivi, mentre sono presenti obiettivi rispetto a questo dominio per il secondo quesito. L’aver precedentemente compilato gli strumenti di assessment rispetto alle risorse psico-sociali può aver incentivato un lavoro di autoriflessione, portando la persona a formulare obiettivi riguardanti la crescita personale. Si può osservare una tendenza inversa per

quanto riguarda gli obiettivi relativi al tempo libero e alle attività creative, che risultano maggiori nel primo quesito rispetto invece al secondo. In questo caso, riflettere sulle proprie risorse, può aver spostato l'attenzione da obiettivi più "esterni" a obiettivi invece più incentrati sulla propria persona. Per quanto riguarda il dominio delle relazioni, le percentuali di obiettivi riportati sono pressoché simili, anche se possiamo osservare che sia uno dei domini che ha maggiore importanza per la persona.

*Obiettivi futuri su stimolo.* Nell'ultima parte dell'attività in cui sono stati coinvolti i partecipanti, è stato loro chiesto nuovamente di riportare gli obiettivi futuri per ciascun dominio di vita proposto (casa e faccende domestiche, livello economico, vita professionale, relazioni, tempo libero e attività ricreative, salute e problematiche mediche, crescita personale, altro). La media di risposte agli 8 domini proposti è di 6.28: è stata riscontrata una difficoltà generale nel riportare obiettivi per ciascuna area, infatti, in molti casi abbiamo ritrovato dei commenti sulla propria condizione attuale piuttosto che veri obiettivi. Le aree in cui sono stati indicati il maggior numero di obiettivi sono: tempo libero e attività ricreative, relazioni e casa e faccende domestiche; mentre nelle altre aree sono stati riportati maggiormente commenti.

Infine, è stato richiesto di indicare in ordine di priorità gli obiettivi riportati scegliendone cinque dalle aree proposte. L'area maggiormente indicata come prioritaria è stata quella relativa alla salute e alle condizioni mediche, seguita dall'area delle relazioni e del tempo libero. Questo è un dato che non dovrebbe sorprendere, in quanto è facile immaginare che uno degli ambiti di maggiore importanza durante un percorso oncologico possa essere quello della salute, ma dal momento che i partecipanti rispetto a questo dominio hanno riportato più commenti che obiettivi, si potrebbe dedurre che per quanto la salute possa

essere prioritaria, viene percepita come fuori dal proprio controllo; quindi, questo non permette di porsi degli obiettivi.

Si è voluta osservare una possibile influenza di fattori personali/contextuali sul numero di obiettivi riportati. (Tabella 4.20)

**Tabella 4.20**

*Media e deviazione standard degli obiettivi futuri riportati rispetto all'età, fase del percorso oncologico e rete sociale.*

	Numero obiettivi riportati	
	M	DS
<b>Età:</b>		
<i>Media età adulta</i>	1.67	1.16
<i>Età adulta avanzata</i>	1.80	1.32
<b>Fase del percorso oncologico:</b>		
<i>Diagnosi &lt; 1 anno</i>	1.43	.79
<i>Diagnosi &gt; 1 anno</i>	2.25	1.49
<i>Remissione</i>	1.43	1.13
<b>Rete sociale:</b>		
<i>Molto presente</i>	1.50	1.07
<i>Poco presente</i>	1.86	1.29
<b>TOTALE</b>	1.73	1.20

Si può osservare che rispetto all'età e alla rete sociale, non si riscontrano grosse differenze tra le medie di obiettivi riportati. Osservando invece le medie di obiettivi portati dai partecipanti in fasi diverse del percorso oncologico, è interessante notare che i partecipanti allo studio con diagnosi ricevuta da più di un anno, riportano una media di obiettivi futuri maggiore rispetto a persone in altre fasi del percorso.





## **CAPITOLO 5**

### **Spiragli per il benessere in un percorso con la malattia oncologica: considerazioni e prospettive.**

Il presente studio si è concentrato nell'osservare una condizione particolare di vita, ovvero il percorso oncologico, che mette alla prova l'individuo, non solo da un punto di vista fisico, ma anche psicologico. Dal momento che, la letteratura è ricca di ricerche volte ad indagare l'impatto dei cambiamenti psico-fisici relati alla malattia oncologica sul benessere dell'individuo, in questo studio ci si è soffermati ad osservare l'insieme di risorse personali che possono permettere alla persona di vivere al meglio il quotidiano e di proiettarsi al futuro.

#### **5.1 Salvaguardare e promuovere le risorse socio-emotive lungo il continuum oncologico.**

Le competenze socio-emotive descrivono capacità funzionali che consentono alle persone di lavorare in modo efficiente e persistente, costruire relazioni di fiducia con gli altri, affrontare lo stress e le battute d'arresto, guidare e motivare gli altri, essere creativi ed esplorare nuove idee. (Danner et al., 2021)

Queste competenze favoriscono una buona qualità di vita e un buon livello di benessere, proprio per questo motivo si è voluto osservare in che misura queste risorse sono presenti in persone che convivono con una malattia oncologica.

Si è misurata, infatti, la difficoltà percepita rispetto a queste competenze e in linea generale è stato riscontrato un discreto livello di difficoltà nelle varie aree di competenze indagate (competenze di autogestione, di consapevolezza di sé e di gestione sociale).

Questo dato mostra come la malattia oncologica impatti su vari aspetti della vita, sottolineando quindi la necessità di salvaguardare e rafforzare le risorse socio-emotive per poter garantire un miglior livello di vita.

### ***5.1.1 Le competenze sociali emotive in rapporto con al benessere***

In questo studio, si è osservato come le risorse socio-emotive influenzino il livello di benessere in un percorso oncologico. È emerso nei partecipanti allo studio, che ad una maggiore difficoltà rispetto alla consapevolezza di sé corrisponde un livello più limitato di benessere percepito. Questo vuol dire che favorire lo sviluppo della consapevolezza di sé potrebbe tradursi in un maggior livello di benessere in persone che vivono un percorso oncologico. È emersa, inoltre, una correlazione negativa tra benessere e difficoltà esperite nella gestione del quotidiano; quindi, maggiori sono le difficoltà riportate e più limitato è il benessere. Anche le difficoltà esperite rispetto alla gestione sociale incidono negativamente sul livello di benessere percepito. I risultati emersi convergono con le evidenze riportate in letteratura, che vedono una relazione tra benessere e risorse socio-emotive (Tecson et al., 2019; Tugade et al., 2004; Zhang et al., 2017; Huang et al., 2019). Le risorse socio-emotive sono quindi fattori su cui investire per garantire un buon livello di benessere, anche in situazioni di malattia oncologica.

## **5.2 Salvaguardare e promuovere una prospettiva temporale positiva lungo un percorso oncologico**

La letteratura ha messo in evidenza come la prospettiva temporale influenzi positivamente numerosi aspetti del funzionamento dell'individuo: autostima, energia, felicità, soddisfazione per la vita, consapevolezza e affetto (Zimbardo e Boniwell, 2004;

Daugherty e Brase 2010; Drake et al. 2008; Sobol-Kwapinska e Jankowski, 2016). In particolare, avere un orientamento al futuro sembra essere correlato ad atteggiamenti più funzionali, sia in ambito sanitario (Keough et al., 1999; Daugherty & Brase, 2010; Roncancio et al., 2014), che in ambito professionale (Ferrari et al., 2010; Horstmanshof e Zimitat, 2007).

In questo lavoro di ricerca si è indagato il ruolo della prospettiva temporale lungo il continuum oncologico. Si è, innanzitutto, cercato di comprendere come in un percorso oncologico sia percepito il tempo, osservando quindi il tipo di orientamento preponderante nei partecipanti. È stata riscontrata una maggiore propensione ad un orientamento al passato positivo, piuttosto che ad un orientamento al futuro. Questa tendenza è stata riscontrata anche nello studio di Nozari et al. (2013), in quanto ha osservato, come persone con problematiche oncologiche siano maggiormente orientate al passato positivo, rispetto invece a persone con altre tipologie di problematiche mediche. Questo può essere spiegato dal fatto che la malattia oncologica, porti a percepire il tempo come “limitato”. Secondo la teoria della selettività socio-emotiva (Carstensen, 1999), la percezione limitata del tempo, porta la persona a dare maggiore priorità al presente, avendo come obiettivo principale quello di goderselo al meglio. Inoltre, avere la sensazione che il proprio tempo sia limitato porta a concentrarsi a considerare ciò che è stato realizzato e costruito nella propria vita.

Rispetto agli obiettivi futuri, invece, si è cercato di osservare il ruolo della riflessività sulle proprie risorse rispetto a questi. Sono stati inseriti diversi quesiti relativi agli obiettivi futuri nel corso dell’assessment, per osservare eventuali cambiamenti rispetto al numero e alla natura di questi. Rispetto al numero non sono state riscontrate particolari differenze, anche se è emersa una difficoltà generale nel formulare obiettivi futuri. Questo

può essere spiegato dal fatto che un maggiore orientamento al passato positivo comporta una difficoltà ad avere un'ampia progettualità futura. Si è osservata invece una differenza rispetto ai domini degli obiettivi. L'aver riflettuto sulle proprie risorse, ha incentivato la formulazione di obiettivi legati alla crescita personale. Questo è un risultato molto interessante, perché mette in evidenza come un lavoro di riflessione metacognitiva sulle proprie risorse porti l'individuo a voler maggiormente investire e lavorare su di sé.

### ***5.2.1 Le dimensioni della prospettiva temporale in relazione al benessere***

In letteratura non sono presenti molti studi che guardano alla prospettiva temporale in relazione ad un percorso oncologico, ma numerose ricerche riportano una relazione positiva tra benessere e prospettiva temporale (Stolarski et al., 2014, 2016; Papastamatelou, 2015).

In questo studio, si è quindi cercato di comprendere se la prospettiva temporale possa essere un predittore del benessere in condizioni di malattia oncologica. In linea con quanto previsto, è emersa una correlazione positiva tra benessere esperito, prospettiva temporale futura e orientamento al futuro. Questo può essere spiegato dal fatto che avere un orientamento al futuro richiama il concetto di "agency", ovvero quel senso di autoefficacia, la sensazione di essere padrone delle proprie azioni, che permette quindi ad una persona che vive una condizione oncologica di poterla affrontare al meglio.

Questi risultati suggeriscono che lavorare sulla prospettiva temporale supportando un orientamento al futuro, possa cambiare il modo di vivere il percorso oncologico, aiutando l'individuo nel viverlo al meglio e in maniera più consapevole.

### 5.3 Può l'età influire sulle risorse personali?

Gli studi psicologici sull'arco di vita hanno messo in evidenza come l'età sia un fattore cruciale per la comprensione dell'individuo. Ad ogni fase di vita corrispondono infatti esigenze e caratteristiche diverse. Erikson (1994), propone una teoria dello sviluppo psicosociale, secondo cui in ogni fase di vita la persona sperimenta un conflitto che funge da punto di svolta nello sviluppo, come stimolo per l'evoluzione. Erikson ha anche affermato che un "senso di competenza" motiva i comportamenti e le azioni. In questo modo, tutte le fasi della teoria dello sviluppo psicosociale di Erikson servono per diventare competenti in una determinata area della vita. Se ogni fase viene gestita in modo adeguato, la persona proverà un senso di padronanza. Nel caso opposto, scaturirà in lei una sensazione di inadeguatezza in quell'aspetto dello sviluppo. Per questo motivo, si è voluto osservare il ruolo dell'età rispetto alle risorse personali. I partecipanti allo studio sono collocabili in due delle fasi presentate da Erikson, ovvero la media età adulta e l'età adulta avanzata, che presentano differenti esigenze. Nel caso dell'età adulta, l'attenzione è rivolta principalmente alla carriera e alla famiglia. In questa fase di vita una delle esigenze diventa il voler lasciare una qualche eredità alle generazioni future. L'età adulta avanzata invece è caratterizzata da perdite (relative ad abilità o di affetti) che richiedono una compensazione. D'altra parte, muta la concezione del tempo; ci si accorge che il tempo che si ha ancora a disposizione è nettamente inferiore rispetto a quello passato.

Alla luce di quanto detto, ci si aspettava di riscontrare differenze tra i livelli di risorse personali rispetto all'età. I livelli di risorse che i partecipanti hanno asserito a sé sono molto simili nonostante la fascia d'età; quindi, nei partecipanti allo studio l'età sembra non incidere sulle risorse della persona. Questo dato, può suggerire che, seppure in letteratura sia sottolineata un'influenza dell'età sulle risorse psicologiche, nel corso di un

percorso oncologico, le esigenze e necessità diventano simili, a prescindere dalla fase di vita in cui ci si trova. Il risultato, inoltre, orienta l'attenzione ai modelli dello sviluppo adulto in cui l'attenzione è sui ruoli e sulle transizioni più che sulle fasi di vita ancorate all'età (Arnett, 2020).

#### **5.4 L'influenza delle fasi del percorso oncologico sulle risorse personali.**

È stato osservato che le risorse personali giocano un ruolo protettivo lungo tutto il continuum oncologico (Molina et al, 2014), ma ci sono fasi del percorso oncologico che mettono più alla prova l'individuo, come ad esempio la fase del trattamento.

Si è voluto indagare, in questo studio, come il percorso oncologico incida sul livello di risorse personali. È emerso che le risorse personali sono fortemente influenzate dal percorso oncologico. Persone con diagnosi ricevuta da più di un anno hanno riportato globalmente maggiori livelli di difficoltà esperita nella gestione del quotidiano, come anche livelli maggiori di difficoltà rispetto alla consapevolezza di sé e alla gestione sociale. Questo sembra essere in linea con le evidenze riportate in letteratura. Anche rispetto all'orientamento al futuro, il percorso oncologico risulta un elemento influente. Come per le risorse socio-emozionive, è stato riscontrato un livello minore di orientamento al futuro nei partecipanti in fase di trattamento avanzato, quindi con diagnosi ricevuta da più di un anno. Sembrerebbe, quindi, che il permanere in un percorso oncologico, influenzi significativamente le risorse personali.

Questo può suggerire che nel progettare interventi mirati a sostenere e rafforzare le risorse personali, bisogna tenere in considerazione la fase del percorso in cui si trova la persona, magari intensificando l'intervento nella fase centrale del trattamento, che sembra impattare maggiormente sul benessere della persona.

### **5.5 Stare con gli altri ci fa bene: il ruolo della rete sociale in situazioni di problematicità.**

La letteratura mostra numerose evidenze rispetto all'influenza positiva della rete sociale sulla qualità di vita e del benessere percepito in situazioni di problematicità (Zhang et al. 2017; Huang et al., 2019). Sembrerebbe infatti che avere un buon supporto sociale possa attenuare l'impatto delle difficoltà riscontrate nel quotidiano. In questo studio si è cercato di osservare se anche in un percorso oncologico la rete sociale possa essere un fattore facilitante rispetto al benessere percepito. Nei partecipanti che hanno riportato una maggiore presenza di rete sociale, è stata riscontrata una maggiore difficoltà percepita nella gestione del quotidiano, come anche nelle competenze relative alla consapevolezza di sé, mentre non è emersa un'influenza della rete sociale rispetto all'orientamento al futuro. Si può però immaginare che le maggiori difficoltà incontrate nell'affrontare un percorso di malattia oncologica portino la persona a ricercare un maggior aiuto nella rete sociale. Questo potrebbe suggerire che il supporto sociale possa essere considerato un elemento facilitatore del benessere anche in un percorso oncologico.

### **5.6 Prospettive future di ricerca**

Nella strutturazione dello studio, uno dei principali limiti riscontrati è stato la ricerca dei partecipanti. Affrontare un percorso oncologico mette a dura prova la persona, soprattutto perché sono molti gli ambiti di vita coinvolti, per cui è facile riscontrare una certa ritrosia nel parlare di argomento non così semplice. La difficoltà nel trovare partecipanti allo studio si è tradotta in un numero complessivo di 34 persone. Da un punto di vista pratico, questo si traduce nella difficoltà di riscontrare un'ampia variabilità di

caratteristiche personali. Un limite di questo è stata la distribuzione dei partecipanti rispetto al genere: un solo partecipante di sesso maschile è stato coinvolto e questo non ha permesso di poter osservare il ruolo che può avere il genere rispetto alle risorse psicologiche qui indagate all'interno di un percorso oncologico. Di certo potrebbe essere utile e interessante coinvolgere anche partecipanti maschi in future ricerche in ambito oncologico, dal momento che, dai risultati ottenuti in questo studio, è stata osservata qualche differenza rispetto ai pattern di risorse psicologiche e socio-emotive. Ad esempio, il partecipante di sesso maschile ha riportato una maggiore difficoltà rispetto alle competenze relative alla consapevolezza dei propri punti forza, minori difficoltà esperite nel quotidiano, e un maggior orientamento al futuro. Sarebbe interessante, poter ampliare questa indagine per poter verificare se quanto emerso nel suo pattern sia più legato al genere.

Un altro limite rispetto alla composizione del gruppo di partecipanti è sicuramente relativo all'età. Sarebbe interessante confrontare le diverse fasce d'età per osservare come le diverse esigenze e caratteristiche possano incidere sulle risorse psicologiche e socio-emotive qui esaminate. La teoria della selettività socio-emotiva (Carstensen, 1999) suggerisce infatti che con l'età le persone diventano più selettive negli obiettivi che perseguono. Le persone anziane privilegiano obiettivi finalizzati ad esperire emozioni positive, mentre i giovani tendono a perseguire obiettivi orientati all'acquisizione di conoscenza. Inoltre, più si va verso un'età avanzata, meno vi è una tendenza a focalizzarsi su obiettivi a lungo termine, si prediligono obiettivi incentrati sul presente; inoltre, vi è una tendenza maggiore a concentrarsi sul passato. Le persone giovani invece hanno un atteggiamento più proattivo, volto a guardare maggiormente al futuro. Questi diversi atteggiamenti, oltre che dipendere dall'età, dipendono dal modo di esperire il tempo: più



viene considerato limitato, più ci si concentra sul presente e sul passato positivo. Sarebbe quindi interessante estendere la ricerca a più fasce d'età e osservare se la condizione oncologica e la conseguente visione di tempo limitato portino ad appianare le eventuali differenze tra le fasce di età, o se effettivamente si possono riscontrare delle differenze.

Per quanto riguarda la rete sociale, sarebbe interessante osservare in maniera più articolata e su più livelli. In questo studio gli indicatori rete sociale si basano sugli hobbies ulteriori elementi su questo aspetto permetterebbe non solo di comprendere meglio il ruolo svolto da questa risorsa ma di pensare ad interventi atti a sostenere e migliorare questo aspetto anche nell'ambito della cura oncologica.

### ***Implicazioni pratiche per il professionista***

Alla luce di quanto emerso dallo studio qui presentato, sono tanti i fattori che entrano in gioco nel percorso oncologico, che, come espresso più volte, coinvolge aspetti sia fisici che psicologici. Sarebbe opportuno quindi implementare nel percorso di cura un supporto alla persona volto ad esplorare e a rafforzare quelle risorse che promuovono esiti psicosociali adattivi e contribuiscono ad un buon livello di benessere esperito. È emerso infatti, che l'attività riflessiva sulle proprie risorse si è tradotta in un cambio di focus rispetto agli obiettivi futuri, dirigendoli in una direzione di crescita personale. Interventi mirati sul rafforzare le risorse personali, potrebbe aiutare la persona a vivere in modo più proattivo il percorso oncologico, potrebbe aiutare nell'accrescere la consapevolezza delle proprie esigenze e delle proprie capacità.

Questo studio, inoltre, suggerisce che nel continuum di un percorso oncologico, sarebbe opportuno focalizzare maggiormente gli nella fase del trattamento, in cui la persona risulta maggiormente vulnerabile. Interventi specifici in questa fase, potrebbero

sostenere e rafforzare le risorse personali della persona, permettendole di affrontare al meglio questo momento del percorso.

Nella progettazione degli interventi, inoltre, sarebbe opportuno un approccio sistemico, che permetta di considerare non solo le caratteristiche individuali, ma anche quelle relazionali e contestuali. Come abbiamo visto, infatti, la rete sociale risulta essere un elemento importante in un continuum oncologico. Le fonti di supporto sociale dovrebbero essere valutate prima e dopo il trattamento. Ad esempio, si potrebbero progettare interventi anche sui familiari per poter garantire il miglior supporto alla persona, ma di supportare anche la famiglia stessa, che seppur indirettamente, deve confrontarsi con i cambiamenti conseguenti alla malattia oncologica.

Infine, sarebbe necessaria una formazione adeguata che permetta la miglior comprensione possibile delle risorse dei pazienti e delle pazienti, oltre che delle sue esigenze e necessità, in modo da poter fornire un supporto umano oltre che assistenziale.

## Riferimenti bibliografici

\*= Testi non consultati direttamente

- Almedom, A. M., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of loss and Trauma*, *12*(2), 127-143. <https://doi.org/10.1080/15325020600945962>
- American Psychological Association. (2014). The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.asp>
- Andre, L., van Vianen, A. E., Peetsma, T. T., & Oort, F. J. (2018). Motivational power of future time perspective: Meta-analyses in education, work, and health. *PloS one*, *13*(1), e0190492. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190492>
- Bitsko, M. J., Stern, M., Dillon, R., Russell, E. C., & Laver, J. (2008). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, *50*(3), 613-619. <https://doi.org/10.1002/pbc.21337>
- Brummett, B. H., Helms, M. J., Dahlstrom, W. G., & Siegler, I. C. (2006, December). Prediction of all-cause mortality by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Optimism-Pessimism Scale scores: study of a college sample during a 40-year follow-up period. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 81, No. 12, pp. 1541-1544). Elsevier. <https://doi.org/10.4065/81.12.1541>
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, health & medicine*, *15*(3), 266-277. <https://doi.org/10.1080/13548501003758710>
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *15*(9), 749-758 <https://doi.org/10.1002/pon.1006>

- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165-181. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), 9-19. <https://doi.org/10.1002/pon.3353>
- Cox, W. M., & Klinger, E. (Eds.). (2004). *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches, and assessment*. John Wiley & Sons.
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current directions in psychological science*, 15(3), 122-125. <https://doi.org/10.1111%2Fj.0963-7214.2006.00420.x>
- Danner, D., Lechner, C. M., & Spengler, M. (2021). Do We Need Socio-Emotional Skills?. *Frontiers in Psychology*, 12 :723470. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723470>
- Daugherty, J. R., & Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual differences*, 48(2), 202-207. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.007>
- Davidson, L. A., Crowder, M. K., Gordon, R. A., Domitrovich, C. E., Brown, R. D., & Hayes, B. I. (2018). A continuous improvement approach to social and emotional competency measurement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 55, 93-106. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2017.03.002>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00006842-200401000-00023>
- Dell'Antônio-Pereira, L., Brandão-Souza, C., Amaral-Musso, M. A., Vieira-Calmon, M., Costa-Neto, S. B., Barros-Miotto, M. H. M. D., ... & Costa-Amorim, M. H. (2017). Quality of life

- of women with pre-and post-operative breast cancer. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(1), 109-119. <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v35n1a13>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Drake, L., Duncan, E., Sutherland, F., Abernethy, C., & Henry, C. (2008). Time perspective and correlates of wellbeing. *Time & Society*, 17(1), 47-61. <https://doi.org/10.1177/0961463X07086304>
- Eicher, M., Matzka, M., Dubey, C., & White, K. (2015, January). Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. In *Oncology nursing forum* (Vol. 42, No. 1, E3-E16) <https://doi.org/10.1188/15.ONF.E3-E16>
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. WW Norton & company.
- Ferrari, J. R., & Díaz-Morales, J. F. (2007). Procrastination: Different time orientations reflect different motives. *Journal of research in personality*, 41(3), 707-714. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.06.006>
- Ferrari, L., Nota, L., & Soresi, S. (2010). Time perspective and indecision in young and older adolescents. *British journal of guidance & counselling*, 38(1), 61-82. <https://doi.org/10.1080/03069880903408612>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American journal of public health*, 100(12), 2372-2372. <https://doi.org/10.2105/ajph.2010.196196>
- Fradelos, E. C., Latsou, D., Mitsi, D., Tsaras, K., Lekka, D., Lavdaniti, M., ... & Papatasiou, I. V. (2018). Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemporary Oncology*, 22(3), 172-177. <https://doi.org/10.5114/wo.2018.78947>

- García, J. A., & Ruiz, B. (2015). Exploring the role of time perspective in leisure choices: What about the balanced time perspective? *Journal of Leisure Research*, 47(5), 515-537. <https://doi.org/10.18666/jlr-2015-v47-i5-5876>
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 262-270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- \*Gotay, C. C., Ransom, S., & Pagano, I. S. (2007). Quality of life in survivors of multiple primary cancers compared with cancer survivor controls. *Cancer*, 110(9), 2101-2109. <https://doi.org/10.1002/cncr.23005>
- \*Gregg, G. (2011). I'm A Jesus girl: Coping stories of Black American women diagnosed with breast cancer. *Journal of religion and health*, 50(4), 1040-1053. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9395-y>
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., & Maisto, S. A. (2006). Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. *Journal of behavioral medicine*, 29(2), 127-137. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10865-005-9027-2>
- \*Holman, E. A., & Silver, R. C. (2005). Future-oriented thinking and adjustment in a nationwide longitudinal study following the September 11th terrorist attacks. *Motivation and Emotion*, 29(4), 385-406. <https://doi.org/DOI:%2010.1007/s11031-006-9018-9>
- Horstmanshof, L., & Zimitat, C. (2007). Future time orientation predicts academic engagement among first-year university students. *British Journal of Educational Psychology*, 77(3), 703-718. <https://doi.org/10.1348/000709906X160778>
- Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., & Wu, K. (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, health & medicine*, 24(7), 866-878. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574353>

- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and applied social psychology, 21*(2), 149-164. <https://doi.org/10.1207/S15324834BA210207>
- \*Kim-Cohen, J., & Turkewitz, R. (2012). Resilience and measured gene-environment interactions. *Development and psychopathology, 24*(4), 1297-1306. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000715>
- Kooij, D. T., Kanfer, R., Betts, M., & Rudolph, C. W. (2018). Future time perspective: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 103*(8), 867-893. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/apl0000306>
- Kovač, V. B., & Rise, J. (2007). The relation between past behavior, intention, planning, and quitting smoking: The moderating effect of future orientation. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 12*(2), 82-100. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2007.00015.x>
- \*Kraemer, L. M., Stanton, A. L., Meyerowitz, B. E., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2011). A longitudinal examination of couples' coping strategies as predictors of adjustment to breast cancer. *Journal of Family Psychology, 25*(6), 963-980. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0025551>
- Lam, W. W., Shing, Y. T., Bonanno, G. A., Mancini, A. D., & Fielding, R. (2012). Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psycho-oncology, 21*(1), 90-99. <https://doi.org/10.1002/pon.1876>
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology, 17*(5), 627-639. <https://doi.org/10.1177%2F1359105311427475>
- Levasseur, L., Shipp, A. J., Fried, Y., Rousseau, D. M., & Zimbardo, P. G. (2020). New perspectives on time perspective and temporal focus. *Journal of Organizational Behavior, 41*(3), 235-243 <https://doi.org/10.1002/job.2435>

- \*Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers (Edited by Dorwin Cartwright)*. Harpers.
- Lightsey Jr, O. R. (1996). What leads to wellness? The role of psychological resources in well-being. *The Counseling Psychologist*, 24(4), 589-735. <https://doi.org/10.1177/0011000096244002>
- \*Lipsman, N., Skanda, A., Kimmelman, J., & Bernstein, M. (2007). The attitudes of brain cancer patients and their caregivers towards death and dying: a qualitative study. *BMC palliative care*, 6(1), 1-10. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-684X-6-7>
- Liu, J. J., Reed, M., & Girard, T. A. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.007>
- Manning, L. K., Carr, D. C., & Kail, B. L. (2016). Do higher levels of resilience buffer the deleterious impact of chronic illness on disability in later life? *The Gerontologist*, 56(3), 514-524. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu068>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child development*, 85(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Masten, A. S. (2014). Ordinary magic. *Resilience in development*. New York, London: Guilford.
- Mehta, C. M., Arnett, J. J., Palmer, C. G., & Nelson, L. J. (2020). Established adulthood: A new conception of ages 30 to 45. *American Psychologist*, 75(4), 431-444. <https://doi.org/10.1037/amp0000600>
- Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., Chae, J. H., Lee, C., Song, K. Y., & Kim, T. S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 21(9), 2469-2476. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1807-6>
- Molina, Y., Jean, C. Y., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K. W., Joyce, P., & Rosenberg, A. R. (2014). Resilience among patients across the cancer continuum: diverse



- perspectives. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(1), 93-101.  
<https://dx.doi.org/10.1188%2F14.CJON.93-101>
- Nozari, M., Janbabai, G., & Dousti, Y. (2013). Time Perspective in Healthy Individuals and Patients Suffering from Cancer and Diabetes. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, (6), 157-165.
- \*Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Leuven, Belgium: Leuven University Press and Lawrence Erlbaum Associates
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 730-749. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.91.4.730>
- Panter-Brick, C., & Leckman, J. F. (2013). Editorial commentary: resilience in child development—interconnected pathways to wellbeing. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 333-336. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12057>
- Papastamatelou, J., Unger, A., Giotakos, O., & Athanasiadou, F. (2015). Is time perspective a predictor of anxiety and perceived stress? Some preliminary results from Greece. *Psychological Studies*, 60(4), 468-477. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs12646-015-0342-6>
- Park, N., Peterson, C., Szvarca, D., Vander Molen, R. J., Kim, E. S., & Collon, K. (2016). Positive psychology and physical health: Research and applications. *American journal of lifestyle medicine*, 10(3), 200-206. <https://doi.org/10.1177/1559827614550277>
- Peterson, C. (2008). What is positive psychology, and what is it not. *Psychology today*, 16. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/the-good-life/200805/what-is-positive-psychology-and-what-is-it-not>
- \*Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF–OIF Veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of affective disorders*, 133(3), 560-568. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12057>

- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*, *14*(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- \*Pudrovska, T. (2010). What makes you stronger: Age and cohort differences in personal growth after cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, *51*(3), 260-273. <https://doi.org/10.1177%2F0022146510378239>
- Ristevska-Dimitrovska, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M., & Dejanova, B. (2015). Depression and resilience in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *3*(4), 661-665. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.119>
- \*Roncancio, A. M., Ward, K. K., & Fernandez, M. E. (2014). The influence of time perspective on cervical cancer screening among Latinas in the United States. *Journal of health psychology*, *19*(12), 1547-1553. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1359105313495073>
- \*Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1094*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, *24*(2), 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Santilli, S., Ginevra, M. C., Sgaramella, T. M., Nota, L., Ferrari, L., & Soresi, S. (2017). Design my future: An instrument to assess future orientation and resilience. *Journal of Career Assessment*, *25*(2), 281-295. <https://doi.org/10.1177%2F1069072715621524>
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of health psychology*, *17*(7), 1033-1040. <https://doi.org/10.1177%2F1359105311429203>

- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*(1), 46-53. <https://doi.org/10.1002/pon.1501>
- Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W. E., & Stelljes, M. (2013). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 22*(2), 487-493. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2001-6>
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology, 2*(2002), 3-12.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 279-298). Springer, Dordrecht.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist, 60*(5), 410-421. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Shen, K., & Zeng, Y. (2011). The association between resilience and survival among Chinese elderly. In *Resilience in aging* (pp. 217-229). Springer, New York, NY. <https://doi.org/10.4054/demres.2010.23.5>
- Shores, K., & Scott, D. (2007). The relationship of individual time perspective and recreation experience preferences. *Journal of Leisure Research, 39*(1), 28-59. <https://doi.org/10.1080/00222216.2007.11950097>
- Silva, S. M., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & health, 27*(11), 1323-1341. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.676644>
- \*Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., & Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology, 32*(8-10), 1149-1152. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.08.005>

- Sobol-Kwapinska, M. (2009). Forms of present time orientation and satisfaction with life in the context of attitudes toward past and future. *Social Behavior & Personality: an international journal*, 37(4), 433-440. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2224/sbp.2009.37.4.433>
- Sobol-Kwapinska, M. (2013). Hedonism, fatalism and ‘carpe diem’: Profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society*, 22(3), 371-390. <https://doi.org/10.1177%2F0961463X13487043>
- Sobol-Kwapinska, M., & Jankowski, T. (2016). Positive time: Balanced time perspective and positive orientation. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1511-1528 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10902-015-9656-2>
- Soerjomataram, I., & Bray, F. (2021). Planning for tomorrow: Global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 18(10), 663-672.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Stolarski, M., & Cyniak-Cieciura, M. (2016). Balanced and less traumatized: Balanced time perspective mediates the relationship between temperament and severity of PTSD syndrome in motor vehicle accident survivor sample. *Personality and Individual Differences*, 101, 456-461. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.055>
- Stolarski, M., Fioulaine, N., & Zimbardo, P. G. (2018). Putting time in a wider perspective: The past, the present and the future of time perspective theory. (pp. 592-628) <https://psycnet.apa.org/doi/10.4135/9781526451163.n28>
- Stolarski, M., Matthews, G., Postek, S., Zimbardo, P. G., & Bitner, J. (2014). How we feel is a matter of time: Relationships between time perspectives and mood. *Journal of Happiness Studies*, 15(4), 809-827. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10902-013-9450-y>
- Stolarski, M., Vowinckel, J., Jankowski, K. S., & Zajenkowski, M. (2016). Mind the balance, be contented: Balanced time perspective mediates the relationship between mindfulness and life

- satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 93, 27-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.039>
- \*Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American psychologist*, 55(1), 99-109. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.99>
- Tecson, K. M., Wilkinson, L. R., Smith, B., & Ko, J. M. (2019, October). Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 32, No. 4, pp. 520-524). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1625660>
- \*Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non–small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742.  
<https://doi.org/10.1056/nejmoa1000678>
- Tessier, P., Lelorain, S., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long-term breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 692-700.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01344.x>
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72(6), 1161-1190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x>
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of clinical and health psychology*, 5(2009), 15-27.
- Wakefield, C. E., Homewood, J., Taylor, A., Mahmut, M., & Meiser, B. (2010). Time perspective in hereditary cancer: Psychometric properties of a short form of the Zimbardo Time

- Perspective Inventory in a community and clinical sample. *Genetic testing and molecular biomarkers*, 14(5), 617-627. <https://doi.org/10.1089/gtmb.2009.0185>
- Webster, J. D. (2011). A new measure of time perspective: Initial psychometric findings for the Balanced Time Perspective Scale (BTPS). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(2), 111-118. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022801>
- Windle, G., & Woods, R. T. (2004). Variations in subjective wellbeing: The mediating role of a psychological resource. *Ageing & Society*, 24(4), 583-602. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002107>
- \*World Health Organization. (1948). World health organization constitution. *Basic documents*, 1, 22.
- \*World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986* (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- \*Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Desarnaud, F., Makotkine, I., Lehrner, A., Koch, E., ... & Bierer, L. M. (2013). Epigenetic biomarkers as predictors and correlates of symptom improvement following psychotherapy in combat veterans with PTSD. *Frontiers in psychiatry*, 118, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00118>
- \*Yehuda, R., Flory, J. D., Southwick, S., & Charney, D. S. (2006). Developing an agenda for translational studies of resilience and vulnerability following trauma exposure. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 379-396. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.028>
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Remaining time and opportunities at work: relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and aging*, 24(2), 487-493. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0015425>
- Zajenkowski, M., Stolarski, M., Maciantowicz, O., Malesza, M., & Witowska, J. (2016). Time to be smart: Uncovering a complex interplay between intelligence and time perspectives. *Intelligence*, 58, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2016.06.002>

- Zani B., & Cicognani, E. (1999), *Le vie del benessere, Roma: Carocci.*
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, *23*, 5969-5979.  
<https://doi.org/10.12659/msm.907730>
- Zimbardo, P. G. (2002). Just think about it: Time to take our time. *Psychology Today*, *35*(1), 62
- Zimbardo, P. G., & Boniwell, I. (2004). Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning. *Positive psychology in practice*, *3*, 105-168.  
<http://dx.doi.org/10.1002%2F9781118996874.ch13>
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*, 1271–1288.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.77.6.1271>
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2008). *The time paradox. New York, NY: Free Press.*