



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Corso di laurea in  
Scienze psicologiche sociali e del lavoro**

**Tesi di laurea triennale**

**Endometriosi, immagine corporea e  
qualità della vita: una rassegna della  
letteratura**

*Endometriosis, body image and quality of life: a review of the literature*

***Relatrice:*  
Prof.ssa Silvia Cerea**

***Laureanda: Di Corsi Rita  
Matricola: 2048000***

Anno Accademico 2023/2024



## INDICE

INTRODUZIONE .....	5
1° CAPITOLO: L'endometriosi.....	7
1.1 Definizione di endometriosi .....	7
1.1.1 Epidemiologia e prevalenza.....	7
1.1.2 Eziopatogenesi.....	9
1.2 Sintomatologia e diagnosi .....	12
1.3 Classificazione.....	16
1.4 Trattamenti e prognosi .....	18
1.4.1 Terapia ormonale e conseguenze .....	19
1.4.2 Terapia chirurgica e conseguenze .....	21
2° CAPITOLO: L'immagine corporea .....	23
2.1 Definizione ed evoluzione del costrutto di immagine corporea .....	23
2.2 Immagine corporea negativa e insoddisfazione corporea.....	25
2.3 Immagine corporea positiva .....	28
2.3.1 Body appreciation and body functionality.....	29
2.3.2 Embodiment.....	32
2.4 L'influenza dell'immagine corporea sulla messa in atto di comportamenti salutari .....	34
3° CAPITOLO: L'impatto dell'endometriosi sull'immagine corporea e sulla qualità della vita delle donne che presentano la patologia .....	37
3.1 L'immagine corporea nelle donne con endometriosi.....	37
3.1.1 Il rapporto negativo con il corpo nelle donne con endometriosi .....	39
3.1.2 L'apprezzamento del proprio corpo nelle donne con endometriosi.....	41
3.2 L'impatto dell'endometriosi sulla qualità della vita delle donne che presentano la patologia .....	42
3.2.1 La relazione tra l'immagine corporea e la qualità della vita nelle donne con endometriosi .....	44
DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	47
BIBLIOGRAFIA .....	51



## INTRODUZIONE

L'endometriosi è una patologia ginecologica femminile considerata un problema di salute globale per la sua alta prevalenza tra le donne nel loro periodo riproduttivo (Amro et al., 2022; Coccia et al., 2022; Giudice et al., 2022; Hung et al., 2021; Nagashima et al., 2022; Ruszala et al., 2022; Wang et al., 2022). La patologia ha conseguenze psicologiche significative tra le quali rientra una ridotta qualità della vita correlata alla salute (HRQoL) e un aumento di ansia e depressione (As-Sanie et al., 2019; Simoens et al., 2012; Sullivan-Myers et al., 2021; Sullivan-Myers et al., 2023). Inoltre, la presenza di una sintomatologia varia ed estesa insieme alla compromissione delle funzioni corporee e ai cambiamenti relativi all'aspetto fisico influisce negativamente sull'immagine corporea delle donne che presentano la patologia (Cash, 2012; Sullivan-Myers et al., 2023) e sul loro rapporto con il proprio corpo (Sayer-Jones & Sherman, 2022).

Il presente lavoro di tesi si inserisce in questo quadro, proponendo una presentazione della patologia e delle sue caratteristiche, una descrizione del costrutto di immagine corporea e un'analisi delle conseguenze che l'endometriosi comporta su quest'ultima, sulla qualità della vita delle donne che ne sono affette e sul loro rapporto con il loro corpo.

Nel primo capitolo si introdurrà l'endometriosi con una sua definizione e si esporranno, in seguito, le sue caratteristiche. A tale proposito, si parlerà dell'epidemiologia e della prevalenza, dell'eziopatogenesi, della sintomatologia e della diagnosi. Riguardo l'eziopatologia verranno esposte cinque principali teorie che offrono una possibile spiegazione dell'insorgenza della malattia: la "Teoria del trasporto retrogrado tubarico" e la "Teoria dell'endometriosi metastatica", proposte da John Sampson rispettivamente nel 1925 e nel 1927, la "Teoria della metaplasia dell'epitelio celomatico" formulata da Meyer nel 1942, la "Teoria del riposo embrionale" e la "Teoria del reclutamento delle cellule staminali endometriali". Si parlerà, successivamente, dei principali sistemi di classificazione della patologia, con particolare riferimento a quello dell'*American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), dei trattamenti e della prognosi con un *focus* sulle terapie ormonali e chirurgiche e le relative conseguenze.

Il secondo capitolo si focalizzerà sul costrutto di immagine corporea, offrendo una definizione ed evoluzione del costrutto, un'analisi dell'immagine corporea negativa e dell'insoddisfazione corporea e dell'immagine corporea positiva con particolare *focus*

su *Body appreciation*, *Body functionality* ed *Embodiment*. Verrà esaminata, infine, l'influenza dell'immagine corporea sulla messa in atto di comportamenti salutari.

Per concludere, il terzo capitolo dell'elaborato verterà sull'impatto dell'endometriosi sull'immagine corporea delle donne che presentano la patologia e, nello specifico, si descriverà l'immagine corporea nelle donne con endometriosi e il loro rapporto con il corpo. Inoltre, verrà descritto l'impatto che l'endometriosi può avere sulla qualità della vita delle donne che ne sono affette e, infine, si analizzerà la relazione tra immagine corporea e qualità della vita delle donne con endometriosi.

## **1° CAPITOLO: L'endometriosi**

### **1.1 Definizione di endometriosi**

L'endometriosi è una patologia cronica femminile ancora poco conosciuta (Adamson, 2011; Ardenti, 2014; Guo, 2009; Jacobson, 2011; Serracchioli et al., 2012; Vercellini, 1997; Vercellini et al., 2008). La malattia è caratterizzata dalla presenza di endometrio (tonaca mucosa che riveste internamente la cavità uterina) in siti ectopici, cioè al di fuori dell'utero quali, ad esempio, le ovaie, il peritoneo pelvico, la vagina, le tube di Falloppio e talora l'intestino, il sigma, la vescica e il Douglas (Acién & Velasco, 2013; Giudice & Kao, 2004; Kennedy et al., 2005; Kiesel & Sourouni, 2019; Zondervan et al., 2018; Zondervan et al., 2020). La maggior parte dei focolai ectopici, quindi, sono localizzati a livello pelvico (endometriosi esterna pelvica), ma si possono evidenziare anche nello spessore del miometrio (endometriosi interna) e, più raramente, a livello extra pelvico (Bandiera et al., 2009). La presenza di endometrio in siti distanti è dovuta alla diffusione linfatica o ematogena o alla trasformazione metaplastica (Giudice, 2010). A causa di tale presenza atipica, gli organi sono sottoposti a un'inflammatione ciclica e cronica accompagnata da un forte dolore, spesso invalidante, e da infertilità (Kennedy et al., 2005). Questa patologia ginecologica si sviluppa maggiormente in età riproduttiva, e tende a regredire con la menopausa o l'ovariectomia (asportazione di un ovaio), mettendo in luce come l'endometriosi sia estrogeno-dipendente.

Le lesioni presentano oltre che i recettori per gli estrogeni (ER) anche l'aromatasi, enzima che catalizza la trasformazione degli androgeni in estrogeni. Questo suggerisce che la produzione locale di essi provoca una stimolazione della crescita delle lesioni (Kitawaki et al., 2002), nonché il peggioramento dei processi patologici e dei sintomi associati alla malattia (Dyson & Bulun, 2012). L'estensione della malattia comprende minime e piccole lesioni su organi pelvici o, nei casi più gravi, grandi cisti endometriotiche ovariche accompagnate, o meno, da fibrosi estese e dalla comparsa di aderenze che causano una mutazione dell'anatomia pelvica (Kennedy et al., 2005).

Sebbene l'endometriosi sia riconosciuta come benigna è, in casi rari, accompagnata da tumori ovarici maligni, in particolare adenocarcinomi endometrioidi e a cellule chiare (Acién & Velasco, 2013).

#### **1.1.1 Epidemiologia e prevalenza**

L'epidemiologia della malattia, viste le difficoltà riscontrate nella sua diagnosi, risulta complicata da definire in modo chiaro e preciso. La diagnosi, infatti, tende ad arrivare

dopo un lungo periodo di tempo (circa dopo 9 anni) rispetto alla comparsa dei sintomi, per diverse ragioni: la tendenza sbagliata a considerare normale la presenza di dolore durante il ciclo, senza un adeguato riconoscimento del carattere patologico di tale dolore sia da parte delle donne che da parte del medico; una serie di sintomi aspecifici che portano ad ipotizzare la presenza di altre patologie e l'utilizzo di una serie di tecniche diagnostiche che non sempre riescono ad evidenziare in modo chiaro ed efficace l'endometriosi. Attualmente, l'unico strumento riconosciuto a livello internazionale in grado di effettuare in modo certo la diagnosi è la laparoscopia (Ardenti, 2014; Ballard et al., 2006; Farquhar, 2007; Giudice & Kao, 2004; Giudice, 2010; Serracchioli et al., 2012; Vercellini et al., 1990). In accordo con quanto affermato sopra, molti degli studi condotti negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Norvegia e in Italia hanno evidenziato un intervallo di tempo sorprendentemente lungo tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi (Hudelist et al., 2012). Si assiste, infatti, ad un ritardo diagnostico di circa 10 anni in Germania e in Austria, di 7-10 anni in Italia e di 4-5 anni in Irlanda e Belgio (Ballard et al., 2006; Hudelist et al., 2012; Nnoaham et al., 2011). Negli Stati Uniti e nel Regno Unito, Hadfield et al., (1996) hanno condotto un'analisi retrospettiva di 218 donne provenienti da gruppi di auto-aiuto, osservando un grande intervallo di tempo tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi (rispettivamente 11,7 anni per gli Stati Uniti e 7,9 anni per il Regno Unito).

L'incidenza e la prevalenza dell'endometriosi sono caratterizzate da una grande varietà e, pertanto, risulta molto difficile ottenere dei dati considerati attendibili. La malattia incide sul 10% delle donne in età infertile, ma la comunità scientifica ritiene che ci sia una sottostima della sua prevalenza, dato il riferimento alle diagnosi accertate attraverso laparoscopia (Ardenti, 2014; Farquhar, 2007; Fauconnier & Chapron, 2005; Giudice & Kao, 2004; Viganò et al., 2004). L'endometriosi sembra essere una delle proliferazioni ginecologiche più comuni nelle donne in pre-menopausa poiché si stima che il 10-15% delle donne in età riproduttiva soffra di endometriosi pelvica (Fukunaga, 2001; Mehedintu et al., 2014). Per le donne con infertilità (sia primaria che secondaria) la prevalenza della malattia aumenta fino al 30% e, tale percentuale, sale al 45% nelle pazienti con dolore pelvico cronico (Mehedintu et al., 2014; Mounsey et al., 2006).

Per quanto concerne l'incidenza, invece, riportando i risultati degli studi di Campo e Campo (2005) si assiste ad un'incidenza del 45% nelle donne in età fertile, arrivando al 97% per le donne con dolore pelvico cronico.

Alcuni dati pervenuti dall'ONU (WHOQOL, 1996) mostrano come le donne affette da endometriosi nel mondo siano 150-190 milioni, delle quali 14 milioni in Europa e 3 milioni in Italia. Secondo il Ministero della Salute (2021), il picco della malattia si

verifica tra i 25 e i 30 anni ma ciò non toglie che potrebbe sopraggiungere anche nelle fasce di età più basse (Ministero della Salute, 2021).

### 1.1.2 Eziopatogenesi

Attualmente si ritiene che l'insorgenza dell'endometriosi sia dovuta a fattori immunologici, ormonali, genetici e ambientali (Bandiera et al., 2009) ma l'eziologia rimane ancora poco chiara (Mehedintu et al., 2014).

Il meccanismo più accreditato per lo sviluppo delle lesioni endometriosiche peritoneali è la mestruazione retrograda (Halme et al., 1984; Mehedintu et al., 2014). La "Teoria del trasporto retrogrado tubarico" è stata formulata dal ginecologo John Sampson nel 1925 (Lamceva et al., 2023) e, in essa, si parla della possibilità che, durante le mestruazioni, i detriti mestruali, comprese le cellule endometriali eutopi vitali, i fattori di crescita e le citochine, viaggino in maniera retrograda passando per le tube di Falloppio nella cavità pelvica, riuscendo così ad invadere e proliferare sui tessuti circostanti (Mehedintu et al., 2014). Questa invasione e proliferazione è facilitata dalla presenza di un'alterazione della funzione dei macrofagi peritoneali, delle cellule *natural killer* e dei linfociti, con produzione di fattori di crescita e mediatori dell'infiammazione nel liquido peritoneale (Larosa et al., 2010). Il fattore di crescita vascolo-endoteliale (VEGF-A) viene prodotto dall'endometrio ectopico favorendo il processo di neoangiogenesi. È stato dimostrato, infatti, come la somministrazione di anticorpi contro il recettore VEGF sia in grado di ridurre il numero di lesioni endometriosiche (Bandiera et al., 2009). La teoria di Sampson risulta supportata dalla similarità istologica tra tessuto endometriosico e tessuto endometriale normale, dalla frequente presenza delle lesioni endometriali sugli organi situati in prossimità della cavità pelvica e dalla scoperta che il fenomeno delle mestruazioni retrograde si verifica in modo frequente nelle donne (Mehedintu et al., 2014).

Vi sono, però, delle obiezioni che non rendono la teoria esaustiva nella sua descrizione eziopatologica. I detriti mestruali, infatti, sono presenti nella cavità peritoneale fino al 90% delle donne in età riproduttiva (Mehedintu et al., 2014). Inoltre, diversi studi evidenziano che il reflusso del sangue mestruale è fisiologico per le donne con tube di Falloppio pervie (tube non in condizioni ottimali) e il 76-90% di loro accusa mestruazioni retrograde senza ulteriore sviluppo di endometriosi (Nisolle & Donnez, 1997; D'Hooghe, 2002; Lamceva et al., 2023). Questo, a conferma del fatto che l'adesione e la proliferazione delle lesioni endometriosiche richiedono particolari condizioni come una maggiore esposizione ai detriti mestruali (ciclo più breve, aumento del flusso mestruale) e scarsa risposta immunitaria. Inoltre, questa teoria è in grado di

spiegare in modo soddisfacente solo la localizzazione pelvica dell'endometriosi (Mehedintu et al., 2014) ma non l'endometriosi infiltrante profonda o lesioni esterne alla cavità peritoneale (Lamceva et al., 2023).

Successivamente, nel 1927, Sampson suggerì un'altra ipotesi eziopatogenetica, nota come “La teoria dell'endometriosi metastatica”. Essa viene formulata successivamente ad una scoperta, da parte dello stesso ginecologo, di un polipo endometriale sporgente nel lume di un vaso linfatico (Sampson, 1927). Questa teoria presuppone che, nel periodo delle mestruazioni, una discreta quantità di tessuto endometriale si possa disseminare attraverso i vasi linfatici drenanti uterini (Lamceva et al., 2023; Sampson, 1927). Se la “teoria della mestruazione retrograda” non riusciva a spiegare la possibile presenza di lesioni endometriose in zone extra pelviche, la “teoria dell'endometriosi metastatica” può spiegare la presenza di esse nei linfonodi o in sedi come i polmoni, poiché i capillari linfatici si trovano nella maggior parte degli organi (Jerman & Hey-Cunningham, 2015; Lamceva et al., 2023).

Altra ipotesi eziopatogenetica è la metaplasia celomica, formulata nel 1942 da Meyer. La metaplasia è la trasformazione di un tessuto già differenziato in un altro simile per origine embriologica del quale acquisisce, del tutto o in parte, le caratteristiche istologiche (Dizionario di Medicina Treccani, 2010). La “Teoria della metaplasia dell'epitelio celomatico” o “mulleriana” suggerisce che le cellule mesoteliali possono subire una variazione nell'endometrio funzionale in qualsiasi organo (Mehedintu et al., 2014). La variazione si verifica anche per le cellule della cavità pelvica, in particolare per l'ovaio (Gruenwald, 1942; Mehedintu et al., 2014). Questa teoria è in grado di dare delle spiegazioni alla presenza dell'endometrioma ovarico. Il mesotelio, che deriva dall'epitelio celomico che ricopre l'ovaio, ha un grande potenziale metaplastico e può invaginarsi nella corteccia ovarica (Cho et al., 2009; Nisolle & Donnez, 1997; Lamceva et al., 2023). Tali inclusioni del mesotelio possono trasformarsi in endometriosi mediante metaplasia (Nisolle & Donnez, 1997), ma i fattori di crescita che influenzano questo fenomeno sono ancora sconosciuti (Mehedintu et al., 2014).

È bene ricordare che vi è un rischio del 6-9% che le donne con endometriosi trasmettano la patologia ai parenti di primo grado (Simpson et al., 1980) e che i fattori ereditari sono una componente importante della malattia. Risultati di alcuni studi, infatti, hanno stimato che essi possano essere coinvolti nel 50% dei casi circa. Tale stima supporta una probabile trasmissione genetica di fattori predisponenti (Koninckx et al., 2019). In aggiunta, il coinvolgimento dei fattori genetici nello sviluppo dell'endometriosi è supportato da diversi studi (Mehedintu et al., 2014). Uno di essi, su

gemelli monozigoti, ha riportato come la malattia sia concomitante in 14 coppie su 16 (Fraga et al., 2005; Hadfield et al., 1997).

Altre due teorie molto importanti sono la “Teoria del riposo embrionale” e la “Teoria del reclutamento delle cellule staminali endometriali”.

L'ipotesi preponderante nella prima teoria è che i resti di cellule embrionali di origine dotta Wolffiana o Mulleriana possano trasformarsi in lesioni endometrioidiche, e questo annulla la restrizione presente nella teoria della metaplasia celomica secondo la quale la differenziazione coinvolgeva solo il mesotelio (Maruyama & Yoshimura, 2012; Signorile et al., 2022). Secondo Gordts et al., (2017), i cambiamenti nella differenziazione cellulare o che coinvolgono il trasferimento dei dotti mulleriani, durante lo sviluppo embrionale del feto, sono in grado di mantenere la diffusione delle cellule embrionali (cellule endometriali primordiali). Tali cellule restano inattive nel pavimento pelvico posteriore sino alla pubertà, momento in cui ha inizio la formazione delle lesioni endometrioidiche, con la stimolazione degli estrogeni (Gordts et al., 2017; Signorile et al., 2022). Questa teoria ha ricevuto conferma da un recente studio effettuato da Signorile et al., (2022), nel quale hanno portato alla luce i risultati di un'autopsia eseguita su feti femminili. Essi hanno riscontrato la presenza di endometrio ectopico nelle strutture posteriori del pavimento pelvico e, in particolare, nella sacca di Douglas, nel setto retto-vaginale, nel tubo rettale e nella parete posteriore dell'utero (Signorile et al., 2022), luoghi dove molto spesso viene diagnosticata l'endometrioidi (Lamceva et al., 2023). Grazie a questa teoria si è stati in grado di dare una possibile spiegazione non solo ai casi della patologia nelle donne, ma anche negli uomini poiché i dotti di Wolff contengono delle cellule embrionali (Lamceva et al., 2023).

La “Teoria del reclutamento delle cellule staminali endometriali” ha avuto il merito di spiegare la patogenesi di tutti e tre i sottotipi di endometrioidi e la sua localizzazione ectopica al di fuori della cavità addominale (Wang et al., 2020). Secondo Figueira et al., (2011), le cellule staminali sono in grado di rinnovarsi in modo illimitato e di produrre cellule figlie molto differenziate. Negli ultimi anni numerosi studi hanno mostrato come diverse tipologie di cellule staminali somatiche possono localizzarsi nell'endometrio: le popolazioni epiteliali nello strato basale, dove esse hanno il compito di rigenerare lo strato funzionale durante la fase proliferativa (Signorile et al., 2022), le popolazioni mesenchimali nell'area perivascolare degli strati basale e funzionale dove agiscono in funzione della generazione funzionale (Signorile et al., 2022) e miste (Djokovic & Calhaz-Jorge, 2015; Wang et al., 2020). La migrazione delle cellule staminali endometriali rimane un'ipotesi. Possibile spiegazione può essere la presenza di esse nel

sangue mestruale (Figueira et al., 2011), che può raggiungere la cavità peritoneale passando per le tube di Falloppio, secondo il meccanismo della mestruazione retrograda di Sampson (Signorile et al., 2022). Ulteriori due dimostrazioni di tale migrazione verso siti ectopici sono la migrazione cellulare anormale durante l'organogenesi dell'apparato riproduttivo femminile (Djokovic & Calhaz-Jorge, 2015) e il passaggio passivo nello spazio angiolinfatico durante le mestruazioni (Wang et al., 2020).

## 1.2 Sintomatologia e diagnosi

Come già evidenziato nelle pagine precedenti, avere una diagnosi della malattia in tempi brevi non risulta possibile per una serie di ragioni, tra le quali la presenza di sintomi aspecifici, associabili spesso anche ad altre patologie (Ballard et al., 2006; Farquhar, 2007; Giudice & Kao, 2004; Giudice, 2010; Serracchioli et al., 2012; Vercellini et al., 1990). Inoltre, circa il 20-25% delle donne con endometriosi sono asintomatiche (Bulletti et al., 2012) e ciò è evidente soprattutto nelle donne con patologia estesa (Liu, 2022).

La sintomatologia dell'endometriosi include, nella maggior parte dei casi, dismenorrea (60-80%), dolore pelvico cronico e dispareunia profonda (40-50%) ed infertilità (30-50%). Nel 10-20% dei casi si possono riscontrare anche flusso mestruale anormale ed irregolare e/o *spotting* premestruale e solo nell'1-2% tenismo, ematochezia, costipazione, diarrea, pollachiuria, micro o macroematuria, disuria, dischezia e dolore pelvico intermestruale (Bulletti et al., 2012). Questi ultimi tre sintomi sono associati a lesioni della vescica o dell'intestino (Carpinello et al., 2017), insieme a nausea, distensione e sazietà precoce (Giudice, 2010). Ulteriori segnali che possono indicare la presenza di endometriosi sono: stanchezza e fatica cronica, dolore alle gambe, nella zona lombo-sacrale, scapolare, toracica e addominale o qualsiasi dolore ciclico presente in altri organi (Bulletti et al., 2012).

In un articolo di Liu (2022) è emersa una certa variazione dei sintomi a seconda della localizzazione delle lesioni endometriose. Quando gli impianti sono presenti a livello ovarico, si assiste alla formazione di un endometrioma (massa ovarica cistica dai 2 ai 10 cm) che potrebbe incorrere alla rottura e al sanguinamento, provocando dolore addominale acuto e irritazione peritoneale. Le lesioni presenti nelle strutture annessiali possono provocare la formazione di aderenze con dolore pelvico. L'ematuria, il dolore soprapubico o pelvico e l'incontinenza da urgenza sono sintomi associabili alla presenza di impianti nella vescica. Le lesioni nell'intestino crasso provocano dolore durante la

defecazione, meteorismo addominale, diarrea o costipazione e rettorragia durante le mestruazioni. Infine, gli impianti nelle strutture extra pelviche causano dolore addominale (Liu, 2022).

In particolare, uno studio con sguardo retrospettivo che ha coinvolto 225 donne con sintomi di dolore pelvico ed endometriosi infiltrante profonda (DIE) ha evidenziato una correlazione tra la localizzazione delle lesioni DIE e la sintomatologia. Le conclusioni di questo studio sono le seguenti: “Esiste un’associazione tra la frequenza della dismenorrea grave e la presenza di aderenze nella sacca di Douglas, la frequenza della dispareunia è correlata con il coinvolgimento dei legamenti uterosacrali, la frequenza del dolore pelvico cronico non ciclico era maggiore quando la DIE coinvolgeva l’intestino, mentre la defecazione dolorosa durante le mestruazioni era più frequente quando la DIE coinvolgeva la vagina”. (Fauconnier et al., 2002, pagina 719).

Non si riscontrano, invece, correlazioni tra il livello del dolore e la gravità della malattia (Acién & Velasco, 2013) e tra sintomatologia e gradualità della malattia (Vercellini et al., 1996). Il dolore pelvico associato all’endometriosi è generalmente ingravescente e cronico, della durata di sei mesi e più (Giudice, 2010; Liu, 2022). Esso, di solito, inizia subito prima delle mestruazioni e continua per tutta la durata delle stesse (Carpinello et al., 2017) e durante i rapporti sessuali (Liu, 2022).

L’eterogeneità del processo patologico non consente di ottenere l’esatta eziologia del dolore (Carpinello et al., 2017). Infatti, secondo ACOG (2004), il dolore pelvico può essere associato anche alla Sindrome del Colon Irritabile (*Irritable Bowel Syndrome, IBS*), alla cistite interstiziale, alla fibromialgia e ad altre malattie algiche in ambito splancnico. Per queste ragioni, risulta complicato ottenere una diagnosi differenziale per tale sintomo (Bulletti et al., 2012).

In letteratura, generalmente, si parla di una classica triade di sintomi: dismenorrea, dispareunia ed infertilità (Liu, 2022).

La dismenorrea è descritta come la presenza di crampi mestruali dolorosi di origine uterina, e rappresenta la condizione ginecologica più comune tra le donne in età riproduttiva (Coco, 1999; Iacodives et al., 2015). Essa può presentarsi con le mestruazioni o nel primo/tre giorni precedenti alle stesse. La sensazione di dolore viene percepita massima dopo le prime 24 ore che seguono la comparsa del menarca e tende a scomparire dopo due o tre giorni. Il dolore può essere crampiforme, sordo e costante, acuto o pulsante e coinvolgere anche la schiena e le gambe (Pinkerton, 2023). La dismenorrea può essere divisa in due sottoclassi: dismenorrea primaria e secondaria (Iacodives et al., 2015; Proctor & Farquhar, 2006). La prima tipologia, solitamente, si presenta con crampi spasmodici e dolorosi nel basso addome, in assenza di un legame

con una patologia pelvica macroscopica riconoscibile (Dawood, 1981; Iacovides et al., 2015), e generalmente si presenta durante la prima adolescenza (Dawood, 2006; Hofmeyr, 1996). Il dolore dismenorreico secondario, invece, può derivare da una serie di condizioni patologiche identificabili, tra cui l'endometriosi (Iacovides et al., 2015). In entrambe le condizioni, il dolore può essere accompagnato da sintomi sistemici come nausea, vomito, diarrea, affaticamento e insonnia (Hofmeyr, 1996; Ruoff & Lema, 2003) e, nel caso della dismenorrea secondaria, anche da sanguinamento intermestruale e menorragia (Iacovides et al., 2015). La presenza di dismenorrea incide fortemente sulla vita delle donne con endometriosi, pesando sulla sfera lavorativa, sul tempo libero, sulle interazioni sociali e amorose, compromettendo anche l'aspetto psicologico e la qualità del sonno con aumento di ansia e depressione (Della Corte et al., 2020).

La dispareunia è definita come la presenza di dolore persistente o ricorrente durante i rapporti sessuali. Questa condizione influisce sulla qualità della vita delle donne portando con sé ansia, depressione, disagio relazionale e un rischio maggiore di disfunzione sessuale (De Graaff et al., 2016; Hill & Taylor, 2021; Oshinowo et al., 2016). La dispareunia è presente nel 12-15% delle donne in età fertile (Laumann et al., 1999) e nel 45,3% circa nelle donne nel periodo post-menopausa (Graziottin, 2004). Dal punto di vista eziologico può essere multifattoriale, multisistemica o complessa (Brotto et al., 2003; Buhling et al., 2006; Graziottin, 2001; Graziottin, 2003; Graziottin, 2004; Graziottin & Brotto, 2004; Graziottin, 2007) e, in base alla sede del dolore, si distinguono tre tipi della stessa: introitale o superficiale, mediovaginale e profonda (Jannini et al., 2007; Meana et al., 1997). Le prime due tipologie sono spesso associate per la presenza di simili cause quali psicosessuali, relazionali e biologiche e si manifestano all'inizio del rapporto sessuale (Jannini et al., 2007). La dispareunia profonda, invece, può derivare da un ipertono muscolare del pavimento pelvico o uterino, dalla presenza di patologie ovariche quali, per esempio, fibromi, malattia infiammatoria pelvica cronica o endometriosi (Conn & Hodges, 2023), da esiti di radioterapia pelvica ed endovaginale, dalla sindrome da intrappolamento dei nervi cutanei addominali e dei nervi pelvici (nervi pudendi) (Jannini et al., 2007). In questo caso, il dolore localizzato nella vagina posteriore o nello scavo pelvico (Jannini et al., 2007), si presenta in tempi successivi prima dei quali l'attività sessuale non era percepita dolorosa (Ferrero et al., 2008). Ferrero et al. (2005) in un loro studio sul funzionamento sessuale tra le donne, hanno rilevato come quelle con endometriosi presentassero maggiormente il disturbo di dispareunia profonda (60,6%) rispetto alle donne sane (34,9%). Inoltre, misero in evidenza che quando la patologia coinvolgeva i legamenti uterosacrali si aveva una presenza maggiore del disturbo stesso, rispetto a quando l'endometriosi interessava altre sedi (Denny & Mann, 2007).

Secondo Counseller (1951) l'endometriosi è presente nel 25-50% delle donne infertili e il 30-50% delle donne con la patologia presentano infertilità (Bulletti et al., 2012). Essa è un sintomo soprattutto nelle donne con endometriosi moderata o grave e, in particolare, nelle donne in cui le ovaie e gli ovidotti sono coinvolti dalla malattia adesiva a causa dell'ostruzione meccanica tra questi elementi, con conseguente fallimento del trasporto dei gameti nell'ampolla tubarica (Carpinello et al., 2017).

L'infertilità e la diminuzione del tasso di fecondità mensile possono essere associate a cause anatomiche, ad infiammazione e ad un profilo ormonale alterato localmente (Carpinello et al., 2017).

Nonostante siano presenti dei legami tra patologia ed infertilità, la relazione tra le due è stata a lungo dibattuta (Bulletti et al., 2012) e rimane tutt'ora controversa (Carpinello et al., 2017). Infatti, Guzick et al., (1997) ed Inoue et al., (1992) riportano studi con risultati discordanti. In alcuni di essi si nota come anche la malattia allo stadio minimo possa essere associata alla diminuzione della fecondità, mentre in altri non viene riportata alcuna correlazione tra la fertilità/gli esiti della gravidanza e la patologia stessa. Nonostante questo, si nota come rispetto le coppie normali in cui la fecondità si riduce con l'avanzare dell'età variando del 15-20% per mese, il tasso di fecondità mensile nelle donne con endometriosi e infertilità non trattate è del 2-10% (Comitato di pratica dell'American Society for Reproductive Medicine, 2006; Hughes et al., 1993; Schwartz & Mayaux, 1982).

I sintomi, frequentemente, diminuiscono o si risolvono durante la gravidanza, e la patologia tende a decorrere con l'arrivo della menopausa data la scarsa presenza di estrogeni e progesterone (Liu, 2022). L'endometriosi non è semplice da diagnosticare a causa della variabilità dei suoi sintomi e del suo parallelismo anatomico e clinico (Acién & Velasco, 2013) e ciò implica un alto tasso di morbilità della malattia (Kazakov et al., 2007; Mehenditu et al., 2014). Tuttavia, le principali vie attraverso le quali si cerca di diagnosticarla sono: il colloquio medico, l'esame clinico, l'ecografia transvaginale e gli esami del sangue (Acién & Velasco, 2013). Secondo il *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2000), il colloquio dettagliato con il medico per andare a ricercare una storia di dolore mestruale, dispareunia o dolore pelvico cronico, è fondamentale (Bandiera et al., 2009). Tramite l'esame visivo si possono osservare solo alcune forme di endometriosi che coinvolgono la vulva, il perineo, la cicatrice laparotomica o l'ombelico. Queste lesioni endometriosiche si presentano sottoforma di noduli di dimensioni variabili, a seconda che sia presente o meno la mestruazione, di colore blu scuro, densi e dolorosi (Acién & Velasco, 2013). Per poter escludere altre malattie, questi noduli vengono spesso valutati con un successivo esame ecografico

accompagnato da TAC o Risonanza Magnetica (Bandiera et al, 2009; Kinkel et al., 1999). Tramite l'esame RM, inoltre, si è in grado di distinguere la presenza di lesioni benigne o di lesioni maligne con un alto grado di sensibilità e specificità (Carpinello et al., 2017; Mawhinney et al., 1988; Woodward & Gilfeather, 1998). Visto il costo elevato di questo esame, però, viene utilizzato dai medici esclusivamente nei casi in cui le masse pelviche appaiono ecograficamente indeterminate (Carpinello et al., 2017; Hsu et al., 2010). L'ecografia pelvica transvaginale, invece, può essere utile per evidenziare le lesioni ovariche cistiche con depositi simil-fibrinoidi di origine ematica o con contenuto corpuscolato denso (Bulletti et al., 2012; Moore et al., 2002). Usando lo speculum si possono individuare i noduli simili nella cervice o nella parete vaginale posteriore che sono correlati all'endometriosi rettovaginale e di essi, eseguire una biopsia (Acién & Velasco, 2013). Per ora, comunque, l'unica diagnosi affidabile di endometriosi può essere eseguita mediante la laparoscopia e biopsia per avere una conferma istologica delle lesioni sospette (Mehenditu. et al., 2014). La laparoscopia, inoltre, è preferita alla laparotomia poiché consente di ottenere una visualizzazione totale e ingrandita dell'addome e della pelvi (Carpinello et al., 2017; Diamond et al., 1991; Lundberg et al., 1973).

### **1.3 Classificazione**

L'endometriosi, come già affermato nelle pagine precedenti, è una malattia debilitante caratterizzata da infiammazione cronica e dalla presenza di ghiandole endometriali funzionali e stroma fuori dalla cavità uterina (Mehedintu et al, 2014; Olive, 2004). Nel corso degli anni sono state proposte diverse classificazioni dell'endometriosi (Bandiera et al., 2009). Nel 1921 Sampson fu il primo a cercare di classificare la patologia, arrivando a descrivere quattro sottogruppi della stessa sulla base del tipo di ematomi ovarici: follicolare, corpo luteale, stromale ed endometriale (Lee & Koo, 2021; Sampson, 1921).

Al giorno d'oggi, non esiste un sistema di classificazione unico, e l'utilità dei sistemi proposti è controversa per la presenza di differenti manifestazioni cliniche dell'endometriosi e per un'ambigua relazione tra sintomi e gravità della malattia. Si rivela necessario, quindi, un sistema di classificazione riproducibile e organizzato per rendere chiara la comunicazione tra i medici e tra essi e i pazienti, per avere una strategia di trattamento *standard* ed efficace, che consenta di riportare l'entità della malattia insieme ad una previsione del dolore e della fertilità (Lee & Koo, 2021).

Nell'articolo di Lee e Koo (2021) vengono riportati i quattro sistemi di classificazione dell'endometriosi più conosciuti: la classificazione dell'*Amerian Society for*

*Reproductive Medicine* (ASRM), la classificazione ENZIAN, l'indice di fertilità dell'endometriosi (EFI) e la classificazione dell'*American Association of Gynecological Laparoscopists* (AAGL).

Lo ENZIAN-Score è stato proposto come un nuovo strumento focalizzato a classificare l'endometriosi infiltrante profonda (DIE) (Bulletti et al., 2012), concentrandosi in modo prevalente sulle strutture peritoneali (Lee & Koo, 2021). L'EFI, invece, è stato sviluppato per predire l'esito della fertilità per le donne che tentano un concepimento senza fecondazione in vitro, a seguito di intervento chirurgico (Lee & Koo, 2021).

La classificazione dell'ASRM, introdotta nel 1979 e rivisitata nel 1996 (ASRM, 1997; Bulletti et al., 2012), è quella attualmente più utilizzata (Carpinello et al., 2017).

Questo schema stabilisce l'estensione della malattia sulla base del volume tridimensionale totale dell'endometriosi (Carpinello et al., 2017) e prende in esame l'esistenza, l'apparenza, le dimensioni e la profondità delle lesioni peritoneali e ovariche; l'estensione e la tipologia di lesione (rosse, bianche o nere); la presenza, estensione e tipologie di aderenze a livello degli annessi ed il grado di oblitterazione del cavo di Douglas. Per poter mettere a punto la classificazione si è prevista l'assegnazione di un punteggio complessivo, identificando così quattro stadi della malattia (Bandiera et al., 2009).

- Il primo stadio della malattia è noto anche come endometriosi minima, è associato ad un punteggio che va da 1 a 5 e si caratterizza per la presenza di piccoli impianti isolati.
- Il secondo stadio della malattia (endometriosi lieve) è associato ad un punteggio che va da 6 a 15 ed è caratterizzato dalla presenza di impianti superficiali, localizzati solo sulle ovaie e sul peritoneo con una grandezza minore di 5 cm totali e senza aderenze.
- Il terzo stadio o, endometriosi moderata, è associato ad un punteggio che va da 16 a 40. Quando la patologia è identificata in questo stadio, si ha la presenza di impianti multipli superficiali e invasivi, con o senza aderenze.
- Il quarto ed ultimo stadio (endometriosi severa o grave) è associato ad un punteggio di 40 o più ed è caratterizzato dalla presenza di veri e propri endometriomi (Bandiera et al., 2009; Carpinello et al., 2017).

La classificazione r-ASRM ha il vantaggio di essere accettata a livello globale, è molto utile ai medici per spiegare l'endometriosi alle pazienti in termini semplici (Lee & Koo, 2021) e descrive bene l'intera estensione e posizione delle lesioni endometriosiche (Carpinello et al., 2017). Tuttavia, non mancano i lati negativi di questa stadiazione. In primo luogo, non è presente un'esatta corrispondenza tra l'endometriosi diagnosticata da un punto di vista istologico e lo stadio diagnosticato visivamente (Carpinello et al., 2017). Inoltre, il punteggio r-ASRM si rivela scarsamente riproducibile. In uno studio di Hornstein et al., (1993), il confronto dei punteggi inter-osservatore e intra-osservatore

provoca un cambiamento nella stadiazione della patologia rispettivamente nel 52% e nel 38% delle pazienti. In aggiunta, la gravità del dolore e dell'infertilità non risulta essere correlata con lo stadio r-ASRM. (Carpinello et al., 2017). Lo stadio della patologia, infatti, non è sempre rapportato ai sintomi del dolore e, solo in casi di lesioni vaginali, si parla di grave dispareunia profonda (Vercellini et al., 1996). Per ciò che riguarda l'infertilità, secondo Guzick et al., (1982), solo nel quarto stadio si è presentato un calo delle nascite a causa dell'endometriosi (Carpinello et al., 2017; Guzick et al., 1982). Infine, la classificazione r-ASRM non prende in esame la DIE (endometriosi profonda infiltrante) in siti diversi, quali legamenti uterosacrali, vescica, vagina o intestino (Carpinello et al., 2017) e non risulta correlata ai risultati dei trattamenti (Bandiera et al., 2009). Attualmente, purtroppo, non si è ancora giunti ad un *gold standard* per la classificazione della patologia.

#### **1.4 Trattamenti e prognosi**

Come descritto nelle pagine precedenti, l'eziologia e la fisiopatologia dell'endometriosi non sono ancora state stabilite (Acién & Velasco, 2013) e la patologia dovrebbe essere considerata cronica per la sua associazione con dolore pelvico ed infertilità (Bulletti et al., 2012).

I trattamenti devono essere adattati all'individualità della paziente e, per tale ragione, è bene considerare l'età, il desiderio di un'eventuale gravidanza, la gravità dei sintomi, l'estensione della malattia (Bulletti et al., 2012), gli organi colpiti e la patologia pelvica associata (Acién & Velasco, 2013). I due obiettivi principali della messa a punto delle terapie sono quelli di ridurre il dolore e la sterilità spesso associata (Bandiera et al., 2009).

Le terapie attuali fanno riferimento all'assunzione di farmaci ormonali quali, ad esempio, la pillola contraccettiva, il medrossiprogesterone, il danazolo, il gestrinone, analoghi del GnRH o il dispositivo intrauterino a base di levonorgestrel (Acién & Velasco, 2013). Esse sono finalizzate all'inibizione della crescita degli impianti endometriotici (Mehedintu et al., 2014; Sutton et al., 2005).

Vie alternative possono essere la terapia chirurgica come la laparotomia o la laparoscopia (Acién & Velasco, 2013), che cerca di rimuovere o distruggere gli impianti endometriotici (Mehedintu et al., 2014; Sutton et al., 2005), e le terapie combinate (Acién & Velasco, 2013). Queste ultime si rivelano vantaggiose per la maggior parte delle donne con endometriosi che presentano dolore pelvico (Mehedintu et al., 2014).

Entrambe le tipologie di terapia non sono supportate in modo specifico per sapere quale sia la più efficace tra le due e, spesso, portano solo ad un sollievo temporaneo (Bulletti

et al, 2012). Inoltre, potrebbero interferire con la fertilità sia durante che dopo il trattamento stesso (Acién & Velasco, 2013).

Tale conseguenza è presente anche nell'isterectomia con doppia annessectomia, l'unico metodo chirurgico in grado di eliminare la malattia (Acién & Velasco, 2013) e di prevenire una possibile recidiva dell'endometriosi (Bandiera et al., 2009).

Facendo riferimento ai dati pervenuti dagli studi di Wheeler & Malinak (1987) e di Waller & Shaw (1993) possiamo notare come la chirurgia venga considerata il *gold standard* del trattamento (Bandiera et al., 2009). Il trattamento chirurgico isolato, infatti, è associato ad un tasso minore di ripresentazione della malattia, stimato a 5 anni di circa il 19% (Wheeler & Malinak, 1987). Tale incidenza è molto inferiore rispetto a quella ottenuta solo tramite il trattamento farmacologico che, da uno studio di controllo, si attesta a 5 anni del 53,4% (Waller & Shaw, 1993). L'evidenza ha dimostrato, infatti, che i pazienti sottoposti a trattamenti con agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH) hanno una malattia residua persistente (Mehedintu et al., 2014).

#### **1.4.1 Terapia ormonale e conseguenze**

La terapia ormonale si basa sul fatto che l'endometrio ectopico è regolato dagli ormoni sessuali (Acién & Velasco, 2013), in particolare dagli estrogeni (Kitawaki et al., 2002; Mehedintu et al., 2014). I meccanismi d'azione sui quali si costituisce l'attuale gestione ormonale della patologia sono due: menopausa iatrogena e pseudogavidanza (Acién & Velasco, 2013). Il primo meccanismo ha lo scopo di creare un clima ormonale ipoestrogenico per ridurre il tropismo delle lesioni endometriose mentre, il secondo, di creare una pseudodecidualizzazione dell'endometrio (Acién & Velasco, 2013). Il farmaco viene scelto, principalmente, sulla base del costo e degli effetti avversi (Bulletti et al., 2012).

Tra i farmaci ormonali principalmente utilizzati ci sono le pillole contraccettive orali combinate (COCP), che prevedono una combinazione di etinilestradiolo e di un progestinico in grado di indurre uno stato di "falsa gravidanza" (Mehedintu et al., 2014; Vercellini, 2009) e di diminuire le mestruazioni retrograde (Carpinello et al., 2017).

Secondo alcune indagini iniziali, l'utilizzo di questo farmaco consente di sopprimere la proliferazione, di indurre l'apoptosi delle cellule endometriali (Mehedintu et al., 2014) e di ridurre il flusso mestruale (Meresman et al., 2002). Il vantaggio principale dei COCP è che la loro assunzione può avvenire a tempo indeterminato e il trattamento è generalmente accettato dalle donne rispetto ad altre terapie ormonali, migliorando la *compliance* (Mehedintu et al., 2014). Tuttavia, sebbene vengano utilizzati da molti anni per il trattamento dei sintomi legati al dolore nella patologia, non vi sono sufficienti

prove che confermino l'efficacia di questi farmaci (Coffee et al., 2007; Vercellini et al., 1993). Simili alle COCP, sono le OCP, che prevedono la presenza di progestinici ad azione per lo più androgenica (derivati del 19-Nortestosterone) (Bulletti et al., 2012).

I progestinici includono il Medoxi-progesterone acetato (MAP), un progestinico C21, il derivato del 19-Nortestosterone (progestinico C19), il medrossiprogesterone acetato (MDPA) e il noretisterone acetato (o noretindrone acetato, NETA) (Bulletti et al., 2012; Mehedintu et al., 2014). Anche in questo caso, si ha l'induzione di uno stato di pseudogavidanza con la conseguente riduzione della produzione di estrogeni endogeni (Mehedintu et al., 2014). I due principali meccanismi d'azione proposti sono l'effetto antiproliferativo dei progestinici sulle cellule epiteliali dell'endometrio portando alla decidualizzazione delle cellule stromali e alla successiva atrofia dell'endometrio ectopico (Bulletti et al., 2012; Mehedintu et al., 2014; Vercellini, 2003) e la possibile riduzione dell'espressione delle metalloproteinasi, enzimi che facilitano l'impianto e la crescita dell'endometrio ectopico (Bulletti et al., 2012; Mehedintu et al., 2014; Olive, 2003).

Il dispositivo intrauterino a base di *levonorgestrel* (LNG-IUS) viene utilizzato al fine di ridurre il dolore associato all'endometriosi, con controllo dei sintomi per tre anni, e consiste nell'indurre un'azione antiproliferativa locale sull'endometrio (Bulletti et al., 2012; Fedele et al., 2001; Petta et al., 2005; Vercellini et al., 1999), il quale diventa atrofico e inattivo (Mehedintu et al., 2014). Il principale meccanismo di azione si basa su due principali ipotesi: la prima è proposta da Lockhat et al., (2004) che vede la riduzione dell'estensione degli impianti endometriosi (Bulletti et al., 2012; Lockhat et al., 2004) e la seconda, supportata da uno studio di Bulletti e collaboratori (2001) che ha notato una riduzione della ripresentazione della malattia dopo ablazione endometriale, è il blocco della crescita dell'endometrio e la riduzione delle recidive (Bulletti et al., 2012; Bulletti et al., 2001). Inoltre, il LNG-IUS migliora la dismenorrea, allevia la dispareunia profonda e riduce le perdite di sangue (Carpinello et al., 2017). In aggiunta, il LNG-IUS non provoca sintomi della menopausa (Mehenditu et al., 2014) e potrebbe dare sollievo anche dal dolore correlato con l'endometriosi retto-vaginale (Bulletti et al., 2012; Lockhat et al., 2004) e con l'endometriosi pelvica (Mehenditu et al., 2014). Nonostante questo, però, il dispositivo intrauterino non è approvato dalla FDA per il trattamento del dolore correlato alla patologia, ma è approvato per il trattamento del sanguinamento mestruale abbondante (Carpinello et al., 2017).

Il Gestrinone (*Ethynorgestrienone* o R2323) è uno steroide di sintesi derivato dal 19-Nortestosterone. Questo ormone, utilizzato per il trattamento dell'endometriosi in Europa ma non disponibile per gli USA, ha un'attività antiprogestinica a livello endometriale ed è in grado di inibire la steroidogenesi ovarica (Bulletti et al., 2012).

Con un dosaggio di 2.5-10 mg massimi al giorno può alleviare il dolore, e non ha un impatto negativo sulla densità ossea. Nonostante questo, si hanno comunque effetti avversi antiestrogenici e androgenici (Bulletti et al., 2012).

Il danazolo, derivato isossazolico del 17 $\alpha$ -etnil testosterone, agisce tramite la produzione di un ambiente ad alto carico di androgeni e basso di estrogeni provocando un deperimento degli impianti endometriosisici con un conseguente miglioramento dei sintomi dolorosi (Mehenditu et al., 2014). Inoltre, sarebbe in grado di inibire la steroidogenesi (Bulletti et al., 2012; Olive, 2003), alleviando alcuni dei sintomi associati all'endometriosi (Mehenditu et al., 2014) e di agire direttamente sui tessuti, determinando fibrosi degli impianti endometriosisici (Bulletti et al., 2012; Bulletti et al., 1996a; Bulletti et al., 1996b). Nonostante questo, il trattamento tramite danazolo potrebbe comportare numerosi effetti androgeni avversi quali irsutismo (crescita anomala di peli corporei spessi e scuri), acne, abbassamento del tono della voce, aumento di peso (Bulletti et al., 2012), cambiamenti di umore e, nei casi più gravi, trombosi arteriosa e danni al fegato (Alvarado et al., 2001; Buttram et al., 1982; Mehenditu et al., 2014).

Gli analoghi del GnRH (ormone di rilascio delle Gonadotropine) agiscono tramite il *down-regulation* dell'asse ipofisi-ovaie, legandosi ai recettori dell'ipofisi e inducendo così uno stato povero di estrogeni, con amenorrea e atrofia endometriale (Bulletti et al., 2012; Olive, 2003). Anche questi ultimi farmaci portano con sé degli effetti avversi, associati particolarmente allo stato ipoestrogenico a cui gli stessi portano (Bulletti et al., 2012). Tra gli effetti indesiderati si evidenziano vampate di calore, mal di testa, riduzione della libido, cambiamento d'umore, secchezza vaginale e perdita di tessuto osseo minerale (Bulletti et al., 2012; Sagsveen et al., 2003). Per cercare di ridurre la severità degli effetti avversi da ipoestrogenismo associati al trattamento a lungo termine con GnRH agonisti si è pensato di utilizzare una terapia "*Add back*" (Bulletti et al., 2012), ovvero la somministrazione combinata di agonisti del GnRH e di estrogeni/progestinici a basso dosaggio (Carpinello et al., 2017). Oltre che l'utilizzo degli analoghi del GnRH vi è anche quello degli antagonisti del GnRH. Essi sono dei composti più recenti che agiscono attuando una soppressione meno completa dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio rispetto agli agonisti (Carpinello et al., 2017).

#### **1.4.2 Terapia chirurgica e conseguenze**

L'approccio chirurgico per contrastare il dolore associato all'endometriosi può essere preso in considerazione, come terapia di prima linea, nel caso in cui un primo approccio

tramite le terapie mediche fallisse (Giudice, 2010; Jacobson et al., 2009) o se lo stadio dell'endometriosi è considerato troppo avanzato (Mehedintu et al., 2014).

Generalmente si tende a procedere per via chirurgica quando sono presenti endometriomi, aderenze pelviche significative, ostruzione tubarica e dolore pelvico invalidante e resistente alla terapia medica (Bandiera et al., 2009); il principale scopo è quello di andare a rimuovere le aree visibili di endometriosi e, conseguentemente, ripristinare l'anatomia tramite la divisione delle aderenze (Mehedintu et al., 2014).

Come tipologie di trattamento è indicata la laparoscopia operativa quando l'endometriosi si colloca al secondo o al terzo stadio e la laparotomia in caso di endometriosi severa (Bandiera et al., 2009; Chapron et al., 2003). I vantaggi dell'utilizzo della laparoscopia fanno riferimento ad una più alta precisione nell'asportazione di tutti i focolai di endometriosi situati nella cavità addominale e nel rispetto e conservazione della funzionalità degli organi riproduttivi (Abbott et al., 2003; Bandiera et al., 2009). Le procedure chirurgiche che possono essere intraprese durante una laparoscopia includono: rimozione/distruzione degli impianti endometriosici, rimozione/distruzione dell'endometriosi ovarica, rimozione delle aderenze, rimozione dell'endometriosi profonda retto-vaginale e retto-sigmoidea, chirurgia dell'intestino o della vescica; rimozione dell'utero (isterectomia), rimozione di una o entrambe le ovaie, ablazione laparoscopica del nervo uterino e neurectomia presacrale e ablazione dell'endometrio (Bulletti et al., 2012). Successivamente l'intervento, il dolore potrebbe migliorare del 75-80% e la percentuale di gravidanza circa del 69%. Esse sono inversamente proporzionali alla gravità dell'endometriosi (Bandiera et al., 2009; Sutton & Hill, 1990). La laparotomia è un intervento indicato nei casi di endometriosi al quarto stadio o, nel caso in cui non sia necessario preservare la fertilità (Bandiera et al., 2009; Namnoum et al., 1995). In questo caso, possiamo osservare due tipologie di trattamento. Il primo è quello conservativo dove si raggiungono risultati positivi nell'80% dei casi quando il principale obiettivo è quello di ridurre il dolore (Sutton & Hill, 1990) e un tasso di gravidanze del 39% quando si vuole recuperare la fertilità (Olivennes et al., 1995). La seconda tipologia di trattamento è demolitiva e avviene tramite l'annessectomia bilaterale con o senza isterectomia. Essa è utilizzata quando le pazienti con dolore pelvico intrattabile non vogliono avere gravidanze (Matorras et al., 2002).

## 2° CAPITOLO: L'immagine corporea

### 2.1 Definizione ed evoluzione del costrutto di immagine corporea

L'immagine corporea (BI) è l'immagine soggettiva che gli individui hanno del proprio corpo, indipendentemente da come esso appare effettivamente (Alleva et al., 2015; Hosseini & Padhy, 2023; Shoraka et al., 2019). Essa è una delle componenti dell'identità personale e può essere associata alla percezione delle proporzioni, forme e contorni del corpo, comprese le sensazioni legate a questi fattori, che influenzano la soddisfazione nei confronti di esso o di sue parti specifiche (Gardner, 1996; Hosseini & Padhy, 2023; Silva et al., 2019). Yamamotova et al., (2017) hanno descritto la BI come un costrutto multidimensionale, relativo alle percezioni, atteggiamenti e sentimenti che l'individuo ha nei confronti delle dimensioni e delle forme del suo corpo e ai comportamenti correlati (Pruzinsky & Cash, 2002; Yamamotova et al., 2017). Ricerche recenti hanno evidenziato che la BI può essere sia positiva che negativa (Yamamotova et al., 2017), mettendo in luce che una BI positiva si associa a salute mentale e al benessere a lungo termine (Kirkcaldy et al., 2002; Mann et al., 2004; Yamamotova et al., 2017), mentre una BI negativa si associa a disturbi che impattano sul funzionamento psicosociale e sulla qualità della vita, causando comportamenti non salutari quali controllo del peso e ideazione suicidaria (Cash et al., 2004; Kim et al., 2009; Yamamotova et al., 2017).

Nei primi anni del 1900 molti neurologi hanno cercato di comprendere, con notevoli sforzi, le forme insolite di percezione corporea in pazienti con lesioni cerebrali o le esperienze di arto fantasma in pazienti amputati (Hosseini & Padhy, 2023). A questo proposito, le persone con dolore fantasma dopo amputazione o con sindrome dolorosa regionale complessa (Lotze & Moseley, 2007; Yamamotova et al., 2017) riferiscono l'impressione che il loro arto inesistente abbia dimensioni alterate e/o che sia in una posizione anomala rispetto al loro corpo (Lewis et al., 2007; Yamamotova et al., 2017). Durante la prima metà del XX secolo Schilder, neurologo tedesco, migliorò lo studio dell'esperienza corporea, allontanandosi da un *focus* puramente neuro-patologico e dall'idea che le percezioni distorte fossero causate da danni cerebrali (Cash, 2004; Fisher, 1990, p.7). Lo studioso, infatti, propose un approccio bio-psicosociale alla BI, mettendo in luce la necessità di esaminare le sue componenti neurologiche, psicologiche e socioculturali (Hosseini & Padhy, 2023; King, 2018; Schilder, 1950). Schilder, nella sua monografia *The Image Appearance of the Human Body*, pubblicata nel 1935, definisce la BI come l'immagine del proprio corpo che si forma nella propria mente, ovvero il modo in cui il corpo appare a se stessi (Nerini et al., 2009; Slade, 1994). In

seguito, nel 1988, Slade riprese il costrutto in modo più preciso parlando della BI come l'immagine che l'individuo ha nella sua mente della forma, dimensione e taglia del suo corpo, e i sentimenti che prova rispetto a tali caratteristiche e alle singole parti di esso. In sostanza, si tratta della rappresentazione soggettiva che ogni persona ha del proprio corpo (Nerini et al., 2009; Slade, 1994). Slade (1994) parla inoltre di quattro differenti componenti della BI: percettiva, attitudinale, affettiva e comportamentale (Nerini et al., 2009; Slade, 1994).

- La componente cognitiva o attitudinale si riferisce alle credenze e ai pensieri che l'individuo ha sul corpo (Hosseini & Padhy, 2023) e alla rappresentazione mentale di esso (Cash, 2004);

- La componente percettiva riguarda la percezione delle persone rispetto la dimensione e la forma del loro corpo nella globalità e di parti specifiche dello stesso (Hosseini & Padhy, 2023). Secondo Cash (2004) tale componente è collegata al rilevamento, alla stima e all'identificazione delle dimensioni corporee e all'accuratezza del giudizio rispetto alle effettive proporzioni (Cash, 2004);

- La componente affettiva concerne i sentimenti riguardo al corpo (Hosseini & Padhy, 2023) sia positivi che negativi (Cash, 2004), atteggiamenti stabili e risposte emotive variabili nel tempo e nel contesto (Melnyk et al., 2004; Volker & Mills, 2022);

- La componente comportamentale si riferisce alle azioni che le persone mettono in atto con lo scopo di controllare, prendersi cura, alterare o nascondere il proprio corpo (Hosseini & Padhy, 2023).

Un altro studioso che ha concettualizzato la BI è Cash (2002). Egli mette in luce come la BI sia un insieme di percezioni e atteggiamenti che ciascuno ha in relazione al proprio corpo, includendo pensieri, convinzioni, sentimenti e comportamenti (Cash, 2002; Nerini et al., 2009). Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale è bene distinguere due aspetti fondamentali che possono essere la base della BI: la *Body Image Evaluation* e la *Body Image Investment* (Cash, 2002; Nerini et al., 2009). Il primo aspetto si riferisce alla soddisfazione o insoddisfazione del proprio aspetto a causa di una possibile affinità o incongruenza tra la percezione del proprio fisico e gli ideali estetici che l'individuo ha interiorizzato (Nerini et al., 2009).

La *Body Image Investment*, invece, concerne l'importanza psicologica, sia cognitiva che comportamentale, che ogni individuo dà al proprio aspetto fisico (Nerini et al., 2009).

Il processo di sviluppo della BI è dinamico ed è influenzato sia dalle caratteristiche fisiche come la dimensione e la forma corporea e dalle caratteristiche psicologiche come perfezionismo o autostima dell'individuo, sia dal contesto socio-culturale in cui l'individuo stesso si trova a vivere. A questo proposito, si potrebbe fare riferimento all'ideale culturale di bellezza e alla pressione esercitata dai media per raggiungere tale

ideale (Burychka et al., 2021; Cash, 2002; Wertheim & Paxton, 2011). Per tali ragioni, nella valutazione della BI si dovrebbe dare attenzione anche agli aspetti culturali, sociali, cognitivi, biologici e affettivi, compresi gli atteggiamenti individuali nei confronti del peso e della forma corporea e alla possibile presenza di psicopatologie (Silva et al., 2019; Slade, 1994).

## **2.2 Immagine corporea negativa e insoddisfazione corporea**

Per alcuni autori, tra cui Webb et al., (2015) la BI era distribuita lungo un *continuum* dove BI negativa e positiva ne rappresentavano gli estremi opposti (Burychka et al., 2021; Webb et al., 2015). Tuttavia, numerose recenti ricerche hanno evidenziato che, in realtà, BI negativa e positiva rappresentano due costrutti negativamente correlati piuttosto che due estremi di uno stesso *continuum* (Avalos et al., 2005; Burychka et al., 2021; Tylka, 2011; Tylka, 2018; Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Per quanto concerne la BI negativa, la letteratura si è impegnata principalmente nell'approfondire due sotto-dimensioni (Burychka et al., 2021; Garner & Garfinkel, 1982): la dimensione percettiva e la dimensione affettivo-attitudinale-cognitiva (Bulik et al., 2006; Burychka et al., 2021). La dimensione percettiva si riferisce al sovrastimare o sotto-stimare le proprie dimensioni corporee e all'incapacità puramente percettiva di dare una valutazione accurata delle stesse (Garner & Garfinkel, 1982; Nerini et al., 2009); la dimensione affettivo-attitudinale-cognitiva, invece, riguarda sentimenti, atteggiamenti e pensieri che l'individuo fa in merito al peso e alle dimensioni del suo corpo (Bulik et al., 2006; Burychka et al., 2021), e l'insoddisfazione per il proprio corpo così come viene vissuto a prescindere dalle distorsioni percettive (Garner & Garfinkel, 1982; Nerini et al., 2009).

L'esplorazione del disturbo della dimensione percettiva della BI è stata indagata in particolar modo nel contesto degli Eating Disorders (EDs). Gli individui con ED, rispetto ai gruppi di controllo senza alcuna storia di ED, infatti, tendono a sovrastimare maggiormente le loro dimensioni corporee percepite (Brown et al., 2021; Burychka et al., 2021; Gardner & Brown, 2014; Hagman et al., 2015; Mölbert et al., 2017); nel caso dell'anoressia nervosa tale sovrastima tende a mantenersi nel tempo nonostante le diete restrittive e la conseguente significativa perdita di peso (Burychka et al., 2021; Riva et al., 2015).

Un fattore di rischio per lo sviluppo di BI negativa è il *disembodiment*, che può essere definito come l'esperienza di assumere come propria la prospettiva di una terza persona nell'atto di osservare il proprio corpo (Burychka et al., 2021). Esso porta l'individuo a interrompere la connessione con il proprio corpo, compreso il modo in cui esso si sente

e le sue funzioni (Burychka et al., 2021; Tylka & Wood-Barcalow, 2015) ed è stato associato positivamente all'assenza di consapevolezza enterocettiva e al senso di disconnessione dal proprio corpo (Burychka et al., 2021; Piran, 2015; Piran, 2016). Il fenomeno del *disembodiment* sembra essere associato strettamente al concetto di auto-oggettivazione (Burychka et al., 2021) che si riferisce, infatti, alla percezione di sé in terza persona e alla tendenza dell'individuo a ritenere sé stesso un oggetto sul quale gli altri esprimono delle valutazioni sull'aspetto fisico piuttosto che facendo riferimento alle funzionalità del corpo (Burychka et al., 2021; Fredrickson & Roberts, 1997). L'auto-oggettivazione, se presente, non consente alla persona di apprezzare il suo corpo (Augustus-Horvath & Tylka, 2011; Burychka et al., 2021) e porta ad una maggiore ansia per l'aspetto fisico (Burychka et al., 2021; Miner-Rubino et al., 2002) e alla tendenza a percepirsi inferiori, poco attraenti o non desiderati (Burychka et al., 2021; Duarte et al., 2014; Gilbert & Miles, 2002). In aggiunta, essa è risultata in relazione con una diminuzione della consapevolezza enterocettiva e con un aumento della vergogna corporea (Ainley et al., 2013; Burychka et al., 2021). La vergogna corporea è un'emozione dolorosa che l'individuo prova quando si trova in un contesto nel quale avverte che determinate sue caratteristiche personali o comportamenti possono essere percepiti indesiderabili e, conseguentemente, giudicati negativamente (Burychka et al., 2021; Gilbert, 2003). Si possono evidenziare due dimensioni della vergogna corporea: la vergogna interna e la vergogna esterna (Burychka et al., 2021; Duarte et al., 2014; Gilbert, 2003). La prima emerge quando avviene l'interiorizzazione da parte dell'individuo del giudizio negativo posto dagli altri che, di conseguenza, diventa giudice negativo di se stesso (Burychka et al., 2021; Gilbert, 2003). La seconda, invece, sorge quando l'individuo ha l'impressione che gli altri possano giudicarlo negativamente (Burychka et al., 2021; Gilbert & Miles, 2002; Tangney & Dearing, 2002). L'esperienza della vergogna è stata posta in relazione con due principali teorie, la teoria del confronto sociale e la teoria dell'auto-oggettivazione (Burychka et al., 2021), che concordano sul fatto che valutare in modo negativo il proprio aspetto fisico a causa del confronto sociale possa portare ad aumento della vergogna corporea (Burychka et al., 2021; Cook-Cottone et al., 2008). In sostanza, quindi, la BI negativa comprende insoddisfazione del corpo e di sue parti specifiche, e viene spesso misurata come insoddisfazione corporea (*Body Dissatisfaction, BD*; Hosseini & Padhy, 2023).

La BD rappresenta un aspetto della BI derivante dal fatto che l'individuo è scontento per come appare il suo corpo in generale o per le dimensioni di alcune sue parti specifiche (Nerini et al., 2009; Thompson et al., 1999). La BD è stata associata alla presenza di un contrasto tra la percezione della propria forma corporea e la sua immagine idealizzata (De Almeida et al., 2005; Silva et al., 2019) e, tale discrepanza,

può portare l'individuo a provare sentimenti negativi verso di sé e a mettere in atto comportamenti poco salutari (Cash & Pruzinsky, 2002; Nerini et al., 2009; Thompson, 2004). In aggiunta, molti studi hanno messo in evidenza come la BD sia correlata a sintomi psicologici negativi come depressione, bassa autostima, uso di sostanze e abuso di alcool e tabacco (Granner et al., 2002; Kostanski & Gullone, 1998; Nerini et al., 2009; Rierdan & Koff, 1997; Stice & Shaw, 2002).

Per quanto riguarda la popolazione femminile, dall'adolescenza all'età adulta, si sono evidenziati cambiamenti nella percezione corporea e una generale sovrastima di parti corporee specifiche quali torace, vita e fianchi (Gila et al., 2004; Nerini et al., 2009). In particolare, Kostanski et al., (2004) hanno riscontrato come le donne sviluppino una significativa insoddisfazione corporea rispetto al peso corporeo, con un desiderio prevalente di essere più magre (Kostanski et al., 2004; Yamamoto et al., 2017). Secondo Jones e Crawford (2006), infatti, le ragazze avrebbero la tendenza a parlare con le loro amiche soprattutto di diete dimagranti (Jones & Crawford, 2006; Nerini et al., 2009).

In merito alla popolazione maschile, invece, si possono riscontrare risultati differenti in preadolescenti e adolescenti. Per quanto concerne i preadolescenti si sono ottenuti degli esiti simili a quelli noti nella popolazione femminile dove un maggior sovrappeso sembrava associarsi ad alta BD e preoccupazione per il proprio peso corporeo (McCabe & Ricciardelli, 2004; Nerini et al., 2009; Ricciardelli et al., 2003; Ricciardelli et al., 2006; Thomas et al., 2000; Van der Berg et al., 2007). Invece, parte degli studi che hanno coinvolto gli adolescenti non hanno identificato nell'indice di massa corporea un possibile predittore della BD (Bearman et al., 2006; Jones, 2004; McCabe & Ricciardelli, 2003; Nerini et al., 2009). Altri studi, invece, hanno evidenziato la presenza di un legame curvi-lineare tra indice di massa corporea e BD la quale comporta una presenza di insoddisfazione sia negli individui sovrappeso che in quelli sottopeso (Bearman et al., 2006; Nerini et al., 2009; McCabe & Ricciardelli, 2004). Infatti, la presenza di BD negli adolescenti è stata rilevata sia in chi voleva perdere peso sia in chi, invece, desiderava aumentare di peso (Bearman et al., 2006; Yamamoto et al., 2017) poiché si percepiva più magro e, conseguentemente, meno maturo (Kostanski et al., 2004; McCabe & Ricciardelli, 2004; Nerini et al., 2009; Ricciardelli et al., 2003; Tomori & Rus-Makovec, 2000). La diffusione della BD e delle problematiche concernenti la BI nella popolazione maschile è stata associata alla presenza ormai diffusa di corpi molto muscolosi nelle riviste maschili e all'interno dei *film* (Andersen & Di Domenico, 1992; Leit et al., 2001; Nemeroff et al., 1994; Nerini et al., 2009; Spitzer et al., 1999) e all'uso di sostanze in grado di far aumentare la massa muscolare

(Kanayama et al., 2006; Nerini et al., 2009; Pope et al., 1999), argomento di cui i ragazzi parlano molto tra di loro (Jones & Crawford, 2006; Nerini et al., 2009).

### **2.3 Immagine corporea positiva**

La ricerca sulla BI presenta una lunga storia significativa che ricopre quasi un secolo e mostra molteplici intuizioni riguardo i suoi correlati, predittori, conseguenze e possibili trattamenti (Cash, 2004; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Ciononostante, il principale scopo delle ricerche era quello di comprendere la BI negativa e le sue caratteristiche dando, di conseguenza, poca attenzione alla BI positiva (Tylka, 2011; Tylka, 2012; Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

La BI positiva inizialmente, infatti, venne identificata come un concetto opposto alla BI negativa (Burychka et al., 2021; Smolak, 2012; Tylka, 2011; Tylka, 2012), in modo tale che una riduzione di quest'ultima potesse favorire l'aumento delle caratteristiche associate alla BI positiva (Burychka et al., 2021; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Tuttavia, gli interventi effettuati per tale fine non necessariamente porterebbero alla presenza di una BI positiva. Infatti, ci sono casi in cui gli individui, pur avendo un alto livello di apprezzamento del proprio corpo, sperimentano ancora un certo grado di insoddisfazione corporea (Burychka et al., 2021; Tiggemann & McCourt, 2013; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Se, invece, le ricerche si concentrassero in modo attivo sull'analisi del costrutto della BI positiva, oltre che eliminare i sintomi di una BI negativa, andrebbero a promuovere dei trattamenti volti all'apprezzamento, al rispetto, alla celebrazione del corpo (Tylka, 2012). La BI positiva secondo Tylka (2013) è caratterizzata dalla presenza di accettazione, apprezzamento e rispetto per il proprio corpo (Burychka et al., 2021; Tylka, 2013). In particolare, Avalos et al., (2005) definiscono quattro principali componenti della BI positiva: opinioni e pareri favorevoli sul corpo; accettazione del corpo nonostante la presenza di imperfezioni; il rispetto del corpo attraverso l'adozione di comportamenti sani e l'attenzione verso i suoi bisogni; la protezione del corpo con il rifiuto di tutte le informazioni non realistiche che concernono l'aspetto fisico che i *media* trasmettono. L'aumento della BI positiva può avere effetti positivi a lungo termine e prevenire l'esperienza di disconnessione dal proprio corpo (Burychka et al., 2021; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). L'*embodiment*, nello specifico, fa riferimento ad una teoria concettualizzata da Piran (2016). Questa studiosa ha integrato la psicologia buddista e la consapevolezza e descrive l'esperienza dell'*embodiment* positivo in cinque processi: la presenza di connessione positiva con il corpo, attraverso la sensazione di sentirsi a proprio agio nel corpo; l'esperienza di azione e funzionalità del proprio corpo; percepire ed essere consapevole dei propri

bisogni corporei e, di conseguenza, prendersi cura di sé quando si percepiscono questi ultimi e, infine, incarnare il proprio corpo in prima persona (Burychka et al., 2021). Questo differisce da ciò che abbiamo identificato nelle pagine precedenti come *disembodiment*, ovvero la sperimentazione del proprio corpo da una prospettiva in terza persona. L'*embodiment* positivo è un elemento importante che, se presente, consente una crescita della BI positiva, consentendo una connessione positiva con il proprio corpo, in assenza di giudizio (Burychka et al., 2021; Cook-Cottone, 2016; Piran, 2015). In aggiunta, l'*embodiment* positivo è stato messo in relazione con la pratica della consapevolezza e, in particolare, con la pratica dell'auto-compassione (Burychka et al., 2021; Cook-Cottone, 2006; Cook-Cottone, 2015; Tylka, 2012). L'auto-compassione è un concetto che discende dalla psicologia buddista e invita a pensare che la propria sofferenza sia parte dell'esperienza umana, evitando di prendere le distanze da essa ma, anzi, di accoglierla con gentilezza e senza giudizio (Burychka et al., 2021; Neff, 2003). La presenza di un alto livello di auto-compassione favorisce la capacità dell'individuo di contrastare il disagio provato in situazioni stressanti legate alla BI come, ad esempio, la visualizzazione di pubblicità che mostrano corpi che soddisfano l'ideale socio-culturale di bellezza (Burychka et al., 2021; Webb et al., 2014). Alcuni studi, inoltre, hanno messo in evidenza un legame tra una maggiore flessibilità della BI, intesa come una risposta compassionevole nell'accettare i pensieri e sentimenti negativi legati al corpo (Burychka et al., 2021; Sandoz et al., 2013), una più ampia accettazione di esperienze negative legate alla BI (Burychka et al., 2021; Daye et al., 2014; Kelly et al., 2014; Mosewich et al., 2011; Wasylkiw et al., 2012) e un maggiore apprezzamento del proprio corpo (Burychka et al., 2021; Ferreira et al., 2013). Nel caso della BI negativa, invece, l'auto-compassione porterebbe ad una diminuzione della preoccupazione per le dimensioni e peso corporeo, della vergogna corporea, dell'auto-oggettivazione e dell'influenza dell'interiorizzazione dell'ideale di bellezza (Braun et al., 2016; Burychka et al., 2021; Ferreira et al., 2013; Wasylkiw et al., 2012). In sostanza, alti livelli di auto-compassione possono agire nel ridurre la BI negativa e a aumentare la BI positiva (Burychka et al., 2021).

### **2.3.1 *Body appreciation and body functionality***

Il concetto di *body appreciation*, come già definito in precedenza, è una delle componenti che Avalos et al., (2005) attribuiscono alla BI positiva. Nel campo della psicologia positiva è evidente come l'accettazione e l'apprezzamento del corpo vengano riconosciuti come obiettivi terapeutici per ottenere una BI più positiva (Burychka et al., 2021). Secondo Stice et al., (2007) programmi volti ad incoraggiare l'individuo ad

accettare maggiormente il proprio corpo possono essere più efficaci rispetto a quelli che non fanno riferimento a questa componente. La componente dell'apprezzamento fa riferimento ad un atteggiamento di gentilezza, rispetto e gratitudine nei confronti delle proprie caratteristiche corporee, funzionalità e condizioni fisiche ed è stata identificata come fattore di protezione della BI positiva nelle giovani donne (Burychka et al., 2021; Wood-Barcalow et al., 2010). La *body appreciation*, inoltre, è risultata positivamente correlata con l'autostima, l'ottimismo, la soddisfazione della vita e fattori legati al benessere in generale (Avalos et al., 2005; Iannantuono & Tylka, 2012; Wagenveld et al., 2023); inoltre, è risultata correlare negativamente a fattori di rischio quali vergogna corporea, sorveglianza corporea e spinta alla magrezza (Avalos et al., 2005; Burychka et al., 2021).

Il concetto di *body functionality* fa riferimento a tutto quello che il corpo può ed è in grado di fare (Alleva & Tylka, 2021). In queste capacità attribuite al corpo vengono incluse le funzioni riguardanti i processi interni come, ad esempio, la guarigione da un raffreddore o la digestione; le abilità fisiche quali camminare; i sensi e le sensazioni corporee quali, ad esempio, la vista o il provare piacere; gli sforzi creativi come disegnare e cantare; la comunicazione con altri tramite il linguaggio del corpo e il contatto visivo e azioni che fanno riferimento al prendersi cura di sé (Alleva & Tylka, 2021; Alleva et al., 2015). Questa concettualizzazione ampia della funzionalità corporea consente di avere chiara la ricchezza e la complessità delle diverse capacità del corpo rispetto, invece, alla concettualizzazione di Franzoi (1995) del "*body-as-process*" che coinvolgeva solo il dominio fisico e i processi interni (Alleva & Tylka, 2021). Infatti, l'equiparazione della funzionalità corporea esclusivamente a questi due aspetti portano a considerarla un costrutto abilista e a fare riferimento a una prospettiva limitata dove un corpo che funziona è un corpo abile. Questo porta a pensare che gli individui con delle limitazioni fisiche dovute ad una malattia, all'invecchiamento o ad un infortunio non abbiano un corpo funzionante (Alleva & Tylka, 2021). Invece, nella concettualizzazione di Alleva & Tylka (2021), la *body functionality* non è associata al costrutto del corpo abile (Alleva & Tylka, 2021) e, quella degli individui con una qualunque limitazione fisica, è diversa ma non assente e interrotta (Vinoski et al., 2019).

La *body functionality* è stata presa in considerazione da quattro teorie fondamentali le quali conferiscono un ruolo benefico alla concentrazione e all'apprezzamento della propria funzionalità corporea e un ruolo negativo all'enfasi eccessiva e alla sopravvalutazione dell'aspetto fisico (Alleva & Tylka, 2021). La prima teoria a cui si può fare riferimento è la Teoria della concettualizzazione di Franzoi (1995) di cui si è parlato in precedenza. Lo studioso ha riferito che il corpo possa essere concepito da due differenti prospettive fondamentali: *body-as-process* (corpo-come-processo) o *body-as-*

*object* (corpo-come-oggetto). Inoltre, ha proposto che gli individui riferiscano atteggiamenti maggiormente positivi verso il loro corpo-come-processo e, in particolare, che gli uomini siano socializzati per dare maggiore attenzione e identificarsi soprattutto con questa prospettiva, diversamente dalle donne che tendono, invece, a preferire la prospettiva corpo-come-oggetto (Alleva & Tylka, 2021). Questa tendenza potrebbe essere spiegata dalla teoria dell'oggettivazione di Fredrickson & Roberts (1997). Essi, infatti, riferiscono che le donne siano sessualmente oggettivate, ovvero che la valutazione e il valore delle stesse dipenda in larga parte dal loro aspetto fisico e che, di conseguenza, esse tendano a vedere il loro corpo dalla prospettiva di una terza persona, concentrandosi in modo prevalente sulle caratteristiche fisiche. Ciò porta le donne a ridurre la loro sintonia con la funzionalità del corpo e le proprie caratteristiche interne (Alleva & Tylka, 2021). Alcune teorie suggeriscono che l'oggettivazione sessuale e personale sia presente anche negli uomini, anche se in misura minore (Alleva & Tylka, 2021; Calogero, 2012; Moradi & Huang, 2008).

Il modello dell'alimentazione intuitiva di Avalos & Tylka (2006) è stato creato allo scopo di poter dare una spiegazione in merito alla relazione che le ragazze e le donne hanno con il proprio corpo quando percepiscono che è accettato incondizionatamente dagli altri. Quando ciò accade, esse tendono a sviluppare un apprezzamento olistico del proprio corpo basandosi non solo sull'aspetto fisico ma anche sulla sua funzionalità e, conseguentemente, ad essere maggiormente in sintonia con il loro corpo, mangiando in modo intuitivo. L'alimentazione intuitiva si riferisce al comportamento di prendersi cura di sé, ascoltando i propri segnali interni come la fame e la sazietà e decidendo quindi, cosa, quanto e quando mangiare in base agli stessi (Alleva & Tylka, 2021; Avalos & Tylka, 2006). Apprezzare la funzionalità del corpo può indirizzare gli individui verso altri comportamenti di cura di sé più in generale, come il movimento consapevole (Alleva & Tylka, 2021). Quarta ed ultima teoria è la *Developmental Theory of Embodiment* (Alleva & Tylka, 2021; Piran, 2002; Piran, 2016; Piran, 2017; Piran & Teall 2012), di cui si è discusso nelle pagine precedenti. Un concetto che consente di mettere in relazione la *body functionality* e la BI è la *functionality appreciation* (apprezzamento della funzionalità) che fa riferimento all'apprezzamento, al rispetto dato al corpo per ciò che è in grado di fare, andando oltre all'essere consapevoli della funzionalità corporea (Alleva & Tylka, 2021; Alleva et al., 2017). L'apprezzamento della funzionalità è in linea con la più ampia concettualizzazione della BI positiva (Tylka & Wood-Barcalow, 2015), dove il *focus* non è puntato su ciò che il corpo può fare, ma sull'apprezzamento di tale aspetto. Ciò è particolarmente importante alla luce della concettualizzazione della funzionalità corporea promossa da Alleva e Tylka (2021). Negli ultimi anni, sono stati promossi interventi in grado di migliorare

l'apprezzamento, la soddisfazione delle funzionalità e l'attenzione basata sulla stessa (Alleva & Tylka, 2021). Tra questi programmi d'intervento è possibile citare la scrittura creativa, che consente di approfondire nel dettaglio cosa provochi l'attenzione posta sulla funzionalità del corpo. Un altro intervento possibile è lo *yoga*, una pratica mente-corpo che, attraverso il coinvolgimento di particolari posture fisiche, esercizi di respirazione e meditazione consente di famigliarizzare con la consapevolezza (Impett et al., 2006), di concentrarsi sul funzionamento e su come si sente il proprio corpo, anziché su come appare (Alleva & Tylka, 2021; Cook-Cottone et al., 2013; Cox et al., 2017; Cox & Tylka, 2020; Daubenmier, 2005; Impett et al., 2006; Klein, 2018; Klein & Guest-Jelley, 2014; Mahlo & Tiggemann, 2016; Neumark-Sztainer et al., 2018; Piran & Neumark-Sztainer, 2020; Tylka & Augustus-Horvath, 2011). Inoltre, l'esposizione alla natura è in grado di influenzare direttamente la BI e, grazie all'allontanamento mentale e fisico degli individui dai contesti urbani, di supportare un recupero più rapido dalle minacce alla BI (Alleva & Tylka, 2021; Hennigan, 2010; Holloway et al., 2014; Swami et al., 2018). Gli ambienti naturali, inoltre, incoraggiano l'attività fisica e il movimento, coinvolgono i sensi, favoriscono la salute, sono in grado di stimolare la cura verso di sé, le connessioni con gli altri e con la natura. Per tali ragioni possono essere un adeguato aiuto per l'apprezzamento della funzionalità (Alleva & Tylka, 2021).

### **2.3.2 Embodiment**

In relazione alla BI positiva, un altro concetto che riveste un'importanza fondamentale è quello di *embodiment*. Esso è un concetto chiave, a ponte tra la filosofia, psicologia, psichiatria e neuroscienze e fa riferimento all'incarnazione dei processi cognitivi nei circuiti cerebrali e, in particolare, a come questi processi hanno origine all'interno dell'esperienza sensitiva e motoria dell'individuo quando esso si relaziona con il suo ambiente (Siracusano et al., 2023). L'*embodiment*, dal punto di vista filosofico, trae origine dal pensiero del fenomenologo francese Merleau-Ponty (1962) che parla dell'*embodiment* come un'esperienza vissuta dall'individuo dell'impegno del proprio corpo con il mondo (Piran, 2017). Secondo questo studioso, mente e corpo non possono essere separate e il corpo non può essere ritenuto solo il centro della percezione ma anche della soggettività (Piran, 2017). Infatti, Merleau-Ponty conia il termine corpo-soggetto specificando che il corpo non deve essere associato solo ad una sensazione, ma anche ad una sentinella al fine di sperimentare, percepire e interpretare il mondo in modo significativo (Crossley, 1995). In aggiunta Merleau-Ponty riferisce la presenza di relazioni profonde e bidirezionali tra corpo e cultura: queste relazioni, infatti, consentono al corpo, attraverso un impegno dinamico con il mondo, di mettere in atto

comportamenti che siano conformi alle norme e alle pratiche culturali (Crossley, 1995) e, al tempo stesso, il corpo è in grado di alterare tali pratiche (Piran, 2017). Il termine *embodiment* indica, quindi, sia l'ampia gamma delle esperienze vissute quando l'individuo si impegna nel mondo con il proprio corpo, sia la formazione di tali esperienze da parte delle forze culturali (Piran, 2017).

Piran (2016), grazie all'analisi delle narrazioni in merito all'esperienza di vivere nel corpo in tre studi qualitativi separati, ha prodotto un costrutto multidimensionale centrale, noto come "*experience of embodiment*" (EE) (Piran, 2016; Piran et al., 2020).

L'EE si muove lungo un *continuum* i cui estremi sono rappresentati uno dall'incarnazione positiva, dove si ha la presenza di una connessione con il corpo ed esperienze di conforto positive, dell'incarnazione della capacità di agire e della passione e di una cura di sé sintonizzata e uno dall'incarnazione negativa, caratterizzata dall'interruzione di una connessione corporea, dalla presenza di disagio, auto-abbandono o danno e di limitazione della passione e della libertà d'azione (Piran, 2016; Piran et al., 2020). L'EE riflette la qualità dell'esperienza di vivere nel corpo su cinque dimensioni continue che vanno dal positivo al negativo:

- Connessione corporea e *comfort*: tale dimensione descrive il valore della connessione con il corpo, il *comfort* percepito nello stesso e la capacità di mettere in atto un dialogo interiore funzionale;
- Agency and Functionality*: tale dimensione riflette il modo in cui le esperienze nel mondo vengono affrontate attraverso il corpo;
- Cura di sé sintonizzata: tale dimensione definisce il grado di sintonizzazione e reattività in merito al sé incarnato e ai bisogni fisici, emotivi, spirituali, relazionali e d'ispirazione del sé incarnato stesso;
- Esperienza ed espressione del desiderio corporeo: in tale dimensione si affronta la relazione con il desiderio sessuale;
- Resistenza all'oggettivazione: essa riflette la capacità dell'individuo di abitare il corpo come sito soggettivo e non oggettivato, come propone, invece, la teoria dell'oggettivazione e si riferisce all'immergersi in esperienze incarnate e significative, percepite soggettivamente (Piran et al., 2020).

Menzel e Levine (2011) hanno proposto un modello che descrive come la partecipazione ad *embodying activities* possa contribuire allo sviluppo di una BI positiva e che possa portare l'individuo ad essere consapevole e a prestare attenzione al corpo, ad un senso di potenziamento fisico e di competenza e ad immergersi totalmente in ciò che sta svolgendo (Mahlo & Tiggermann, 2016; Menzel & Levine, 2011). In aggiunta Menzel e Levine (2011) propongono un percorso implicito attraverso l'incarnazione e la ridotta oggettivazione di sé: grazie a tale integrazione mente-corpo a

cui le attività conducono, infatti, si proteggerebbe l'individuo da una possibile presa di prospettiva esterna (Mahlo & Tiggermann, 2016; Menzel & Levine, 2011). Esempi di attività incarnate possono essere l'escursionismo, l'arrampicata su roccia, le immersioni, le arti marziali e, in particolare, lo *yoga*. Quest'ultimo, infatti, mette in grande risalto l'integrazione mente-corpo, la presa di consapevolezza del corpo e la reattività dello stesso e rappresenta un'attività corporea che ha il potenziale di coltivare un senso di incarnazione, combattere l'auto-oggettivazione e promuovere una BI positiva (Mahlo & Tiggermann, 2016).

#### **2.4 L'influenza dell'immagine corporea sulla messa in atto di comportamenti salutari**

Come già descritto nelle pagine precedenti, la BI è un costrutto complesso formato da differenti componenti (Verplanken & Velsvik, 2008; Zanon et al., 2016). La BI positiva, in particolare, è un costrutto variegato e caratterizzato da diversi aspetti tra cui l'apprezzamento del corpo che, come già anticipato, include il rispetto per il corpo (Avalos et al., 2005; Frisé & Holmqvist, 2010; Wood-Barcalow et al., 2010; Zanon et al., 2016). La presenza di tale apprezzamento porta gli individui a soddisfare i propri bisogni, sia interni che esterni, e a mettere in atto comportamenti volti a promuovere la loro salute (Homan & Tylka, 2014; Zanon et al., 2016). Tra tali comportamenti emerge, ad esempio, l'attività fisica: essa, infatti, se praticata regolarmente, consente di ottenere benefici per la salute fisica e mentale (Kopcakova et al., 2014) come la riduzione del rischio di obesità e depressione (Armstrong et al., 2000; Tyson et al., 2010) e, in generale, un miglioramento della qualità della vita fisica e psicologica (Penedo & Dahn, 2005; Zanon et al., 2016). Tale miglioramento si ripercuote tanto su persone senza patologie cliniche (Dashti et al., 2014) che su pazienti con malattie croniche (Christopher et al., 2015; Dashti et al., 2014). Secondo Focht e Hausenblas (2004), invece, una BI negativa può ridurre l'intenzione dell'individuo a svolgere esercizio fisico.

Secondo Tylka (2011) avere una BI positiva aumenta la probabilità che l'individuo si impegni in comportamenti di cura di sé quali esercizi cardiovascolari, yoga, meditazione o la semplice lettura di romanzi allo scopo di rilassarsi (Gillen, 2015; Tylka, 2011). In aggiunta, visto che la BI positiva è associata ad affetto, apprezzamento, accettazione e cura del proprio corpo (Tylka, 2011), gli individui aventi tale immagine hanno un minor interesse a modificare quest'ultimo allo scopo di essere conformi alle norme o agli ideali culturali di attrattiva e, conseguentemente, hanno meno probabilità di danneggiare il loro corpo con tali sforzi (Gillen, 2015). Gli individui con una BI

positiva, inoltre, eviterebbero di mettere in atto dei comportamenti alimentari dannosi (Tylka, 2011) al fine di proteggere il loro corpo dagli impatti negativi che questi comportamenti potrebbero portare come, ad esempio, fame costante, malnutrizione o perdita eccessiva di peso (Gillen, 2015). Essi, infatti, sarebbero più propensi a seguire un'alimentazione intuitiva che implica un consumo basato sui segnali corporei interni piuttosto che su altri aspetti come ansia, depressione o noia (Avalos & Tylka, 2006; Tylka & Kroon Van Diest, 2013) e, a resistere alla pressione socioculturale che propone sempre più come ideale il corpo magro (McCreary, 2011; Murnen, 2011). In aggiunta, la presenza di BI positiva, ridurrebbe i tentativi di alterare il colore della pelle (Gillen, 2015) al fine di seguire i canoni culturali di bellezza che propongono una pelle abbronzata come più attraente rispetto ad una pelle meno abbronzata (Chung et al., 2010; Grant et al., 2014). Infatti, individui con una BI positiva utilizzano maggiormente creme solari al fine di evitare di esporre la propria pelle ai danni dei raggi UV tra i quali è presente anche il cancro alla pelle (Rass & Reichrath, 2009). Ciò è stato anche confermato dallo studio di Andrew et al., (2014) nel quale si è scoperto che le donne che apprezzavano maggiormente il loro corpo si impegnavano maggiormente in comportamenti più protettivi dal sole e in *screening* della pelle (Gillen, 2015).



### **3° CAPITOLO: L'impatto dell'endometriosi sull'immagine corporea e sulla qualità della vita delle donne che presentano la patologia**

#### **3.1 L'immagine corporea nelle donne con endometriosi**

L'endometriosi, come già annunciato nel primo capitolo, è una malattia caratterizzata dalla crescita di tessuto simile all'endometrio al di fuori dell'utero che determina una risposta infiammatoria (Giudice, 2010; Van Niekerk et al., 2022). I sintomi che accompagnano la malattia minacciano la BI in merito alla percezione soggettiva degli aspetti funzionali, estetici e sensoriali del proprio corpo (Sayer-Jones & Sherman, 2022). Mills et al., (2023) riferiscono che, nonostante non esistano teorie specifiche sulla BI in persone con malattie croniche, quelle esistenti possono essere in parte d'aiuto, in particolare, la teoria socio-culturale e la teoria dell'oggettivazione (Mills et al., 2023). La teoria socio-culturale mette in evidenza che le fonti di influenza della BI sono tante e come il loro impatto dipenda da quanto la persona fa propri gli *standard* di bellezza proposti dalla società e da quanto confronti il suo corpo con quello degli altri (Mills et al., 2023; Thompson et al., 1999). La teoria dell'oggettivazione, invece, fa riferimento alla visione sociale secondo la quale il corpo della donna viene concepito come oggetto di godimento e piacere sessuale da parte degli uomini (Fredrickson & Roberts, 1997; Mills et al., 2023). Secondo una prospettiva evoluzionistica, una delle ragioni per cui gli uomini tendono ad oggettivare le donne è quella di valutare la loro fertilità (Mills et al., 2023; Nussbaum, 1995) e, quando quest'ultima e/o il suo aspetto fisico vengono compromessi a causa di una malattia cronica, è probabile che le pressioni in gioco secondo queste due teorie si possano amplificare (Mills et al., 2023). Infatti, oltre al peso, alla forma generale del corpo, alla carnagione e al tono muscolare, per le donne affette da malattie croniche e, in particolare, da endometriosi, vi sono altri elementi quali cicatrici chirurgiche e/o gonfiore addominale che accentuano la discordanza tra il loro corpo e l'ideale sociale (Mills et al., 2023). Questo aspetto viene esposto anche nel modello cognitivo-comportamentale di White (2000) che, basandosi sulla teoria dell'auto-discrepanza di Higgins (1987), suggerisce come i cambiamenti basati sull'aspetto fisico che risultano dalla malattia e dai trattamenti a essa correlati, portino a sviluppare insoddisfazione corporea allontanando, anche, le donne dal loro corpo "ideale" (Pehlivan et al., 2022).

L'endometriosi colpisce le donne soprattutto nel loro periodo riproduttivo, nel quale l'aspetto fisico è particolarmente importante (Fredrickson & Roberts, 1997; Pehlivan et al., 2022), ragione per cui le donne tendono a investire molto su di esso (Gawlik et al., 2016, Moradi et al., 2014; Pehlivan et al., 2022). In aggiunta, l'endometriosi colpisce parti del corpo femminile che sono biologicamente significative che portano ad un

investimento maggiore, con una conseguente BI negativa (Pehlivan et al., 2022). Tale aspetto risulta in accordo con il pensiero di White (2000) secondo cui si ha la presenza di una BI negativa solo quando la discrepanza è riferita a un attributo fisico in cui l'individuo ha investito (Pehlivan et al., 2022; White, 2000). Data la natura dell'endometriosi, la BD e la *body functionality*, due concetti legati alla BI, possono essere particolarmente rilevanti (Mills et al., 2023). Infatti, la presenza di BD è stata associata all'infertilità e alla dispareunia nell'endometriosi (Facchin et al., 2017; Sayer-Jones & Sherman, 2022); inoltre, i livelli di BD tendono ad aumentare soprattutto nelle fasi pre-mestruale e mestruale, caratterizzate entrambe dalla presenza di gonfiore addominale (Jappe & Gardner, 2009; Mills et al., 2023). Il gonfiore addominale rappresenta un sintomo molto comune nelle donne con endometriosi e Luscombe et al., (2009), a tale proposito, riportano come il 96% delle donne affette da endometriosi ha sperimentato gonfiore addominale durante un ciclo mestruale, rispetto al 64% delle donne senza tale patologia (Luscombe et al., 2009; Mills et al., 2023). In aggiunta, Larbi (2019) riporta come, in alcuni casi, il gonfiore addominale può essere così estremo da portare le altre persone a pensare che le donne siano incinte (Larbi, 2019; Mills et al., 2023); le donne sentono quindi il bisogno di camuffare il proprio aspetto in risposta a tale gonfiore (Jones et al., 2004; Sayer-Jones & Sherman, 2021; Sayer-Jones et al., 2022; Sullivan-Myers et al., 2023). Moradi et al., (2014) sottolineano come le donne con endometriosi si mostrano insoddisfatte del loro aspetto fisico anche a causa dell'aumento di peso, della presenza di cicatrici e/o pallore a causa di forti emorragie o anemia (Moradi et al., 2014; Van Niekerk et al., 2022). Quindi, i cambiamenti fisici associati all'endometriosi possono essere ritenuti responsabili dell'emergere di sentimenti negativi e di insoddisfazione per il proprio aspetto fisico (Mills et al., 2023). L'endometriosi, inoltre, può compromettere aspetti legati alla *body functionality* quali la mobilità generale, la digestione, l'igiene personale, l'attività sessuale e la fertilità; questi elementi, assieme a quelli legati all'aspetto fisico, creano tra le persone affette dalla patologia un senso di disconnessione tra sé e il corpo (Mills et al., 2023). Melis et al., (2014), inoltre, hanno rilevato in un loro studio una correlazione positiva tra una BI negativa ed endometriosi profonda (Melis et al., 2014; Mills et al., 2023) e un'associazione tra livelli più elevati di dolore fisico e dismenorrea e una maggiore mancanza di familiarità con il corpo (Melis et al., 2014; Van Niekerk et al., 2022). Ciò si ipotizza essere correlato con la relazione diagnosticata con il loro corpo "malato" e alla presenza di infertilità (Van Niekerk et al., 2022). In aggiunta, Rush e Misajon (2018) hanno identificato un impatto negativo notevole dell'endometriosi sulla BI anche nelle giovani donne (Rush & Misajon, 2018; Sayer-Jones & Sherman, 2022). Secondo Grundström et al., (2017), il disagio legato alla BI e l'impotenza associata

all'endometriosi tendono ad aumentare nel momento in cui le opzioni terapeutiche proposte dagli operatori sanitari si rivelano inadeguate o nel momento in cui essi chiedono alle donne come vogliono essere aiutate, mettendo su di loro tutto il peso della situazione (Grundström et al., 2017; Sayer-Jones et al., 2021).

### **3.1.1 Il rapporto negativo con il corpo nelle donne con endometriosi**

Le donne con endometriosi hanno un rapporto complesso e difficile con il proprio corpo (Mills et al., 2023), rapporto spesso caratterizzato da emozioni negative come il sentirsi poco attraenti e la tendenza continua a cercare di nascondere il proprio corpo, data la vergogna e l'imbarazzo associati al corpo stesso (Sayer-Jones & Sherman, 2022). L'endometriosi, infatti, determina un rapporto negativo con il proprio corpo, sia in termini affettivi sia percettivi (Sayer-Jones & Sherman, 2022). In uno studio qualitativo di Sayer-Jones e Sherman (2022) si è cercato di capire quali siano gli impatti percettivi e affettivi sulla BI della convivenza con endometriosi e, dall'analisi qualitativa dei dati associati a tali aspetti, sono stati sviluppati tre temi, due dei quali descrivono bene l'esperienza negativa delle donne con endometriosi con il loro corpo. Il primo tema, *"My body as a barrier"*, mette in evidenza che i sintomi dell'endometriosi sono percepiti come gravosi per la maggior parte delle donne e che, essendo tali sintomi persistenti e intermittenti, hanno un impatto pesante sulla loro vita quotidiana e ostacolano la loro capacità di sincronizzazione mente-corpo. L'endometriosi è vista come una forza "altra" o maligna che ostacola il modo in cui le donne percepiscono che i loro corpi devono funzionare, andando a ridurre il controllo e l'apprezzamento della funzionalità corporea (Sayer-Jones & Sherman, 2022), con un impatto negativo sulla BI (Alleva & Tylka, 2021). Infatti, Sayer-Jones e Sherman (2022), hanno evidenziato la presenza di una discordanza tra le aspettative e la realtà riguardo le capacità del proprio corpo, che è angosciante dal punto di vista psicologico; inoltre hanno mostrato come tale discrepanza porti le donne a diffidare e a incolpare il loro corpo. Molte donne, infatti, hanno riportato che l'endometriosi le fa sentire un pò "rotte" rispetto alle altre donne della loro età e che è difficile pensare di non avere un corpo "schifoso" quando la malattia gli impedisce di fare attività che le loro coetanee fanno senza alcun problema (Sayer-Jones & Sherman, 2022, pag. 546). Il secondo tema, *"Needing to Hide Myself"*, riflette il desiderio di ritirarsi socialmente a causa dei sintomi dell'endometriosi che portano le donne a provare vergogna. Riflette, inoltre, l'impulso delle donne di camuffarsi e nascondersi per la percezione di essere poco attraenti, in particolare a causa del gonfiore addominale e perché credono di non avere un corpo normale. I cambiamenti che l'endometriosi porta all'aspetto fisico, infatti, possono essere

considerati socialmente indesiderabili e, di conseguenza, possono svolgere un ruolo fondamentale nel creare disagio legato alla BI (Kent, 2000) e nel portare a mettere in atto comportamenti di monitoraggio del proprio corpo (McKinley & Hyde, 1996).

Rispetto a tale monitoraggio, le donne hanno descritto la presenza di comportamenti di iper-vigilanza in pubblico mentre provano un sentimento di paura in relazione al gonfiore addominale e/o di frustrazione per l'umiliazione pubblica che le motiva al ritiro sociale o a pianificare anticipatamente le scelte di abbigliamento, per ridurre al minimo il disagio. Tale monitoraggio è presente anche in contesti privati, ovvero in situazioni in cui le donne non hanno la possibilità di nascondere il proprio corpo con gli indumenti e, di conseguenza, si sentono più vulnerabili e poco attraenti a causa di cicatrici chirurgiche visibili, aumento di peso e/o gonfiore e dolore (Sayer-Jones & Sherman, 2022).

Simili risultati sono stati riscontrati anche in uno studio di Mills et al., (2023), il quale obiettivo è stato capire come le donne con endometriosi si sentano riguardo al proprio corpo. A tale proposito, sono stati identificati tre temi che descrivono il rapporto negativo delle donne con endometriosi con il proprio corpo: *"It makes me feel broken and inadequate"*, *"I feel like I'm in a war with it"* e *"I feel like my body isn't mine, it's out of control"* (Mills et al., 2023).

Il primo tema descrive come le esperienze fisiche legate all'endometriosi abbiano portato le donne a sentimenti di rottura e di fallimento, accompagnate spesso da un indebolimento del senso di identità, causato dall'impossibilità di avere figli e/o di avere rapporti sessuali e da un'affinità più stretta con un pezzo rotto di un macchinario rispetto ad una persona (Mills et al., 2023). A questo proposito, le donne coinvolte in questo studio hanno riferito di percepire il proprio corpo non solo come "anormale" o diverso, ma anche "rotto", "difettoso", "un disastro" e l'affinità che si percepisce con una macchina è rafforzata dall'idea che la chirurgia possa in qualche modo "rattopparle" (Mills et al., 2023, pag. 7). Le donne hanno percepito di essere state deluse dal proprio corpo e, allo stesso tempo, di star deludendo altre persone, coltivando emozioni quali vergogna, antipatia e odio verso il proprio corpo. Anche in questo studio viene riportata la difficoltà di socializzazione a causa della malattia poiché, data la natura imprevedibile dell'endometriosi, è difficile mantenere gli impegni sociali; infatti, le donne si sono descritte come intrappolate dai loro corpi e spesso incapaci o riluttanti a lasciare la propria casa, a causa del dolore e/o della fatica (Mills et al., 2023). Il secondo tema, *"I feel like I'm in a war with it"*, descrive un generale senso di conflitto. Infatti, le donne sono accompagnate dalla sensazione che il loro corpo sia un campo di battaglia, sede di un tiro alla fune tra la loro mente e il corpo, le loro aspettative e la realtà (Mills et al., 2023, pag. 10). Tale battaglia porta ad un notevole carico cognitivo ed emotivo

dovuto anche al fatto di doversi preparare mentalmente all'improvvisa percezione del dolore (Mills et al., 2023). Il terzo ed ultimo tema, invece, rappresenta la disconnessione che le donne con endometriosi percepiscono tra se stesse e il loro corpo (Mills et al., 2023). Le donne coinvolte in questo studio hanno riportato la sensazione di non sentire più il corpo come proprio e di non appartenere più ad esso; questo può derivare sia da cambiamenti visibili nel corpo quali gonfiore addominale, cicatrici chirurgiche e/o aumento di peso, ma anche da una diminuzione del controllo del proprio corpo. La velocità con cui l'endometriosi può cambiare, così come i molteplici ambiti della vita interessati, infatti, contribuiscono a rafforzare l'idea che il corpo sia fuori dal loro controllo e, invece, che il loro corpo le stia controllando (Mills et al., 2023).

### **3.1.2 L'apprezzamento del proprio corpo nelle donne con endometriosi**

Negli studi qualitativi citati nel paragrafo precedente, sono stati rilevati anche casi in cui le donne hanno avuto un approccio positivo nei confronti del proprio corpo, nonostante la presenza di endometriosi. Infatti, è possibile che alcune donne con endometriosi possano sviluppare un senso di apprezzamento e gratitudine nei confronti del proprio corpo, concependo l'esperienza della malattia come un'opportunità per riorganizzarsi e riconnettersi con il proprio corpo (Mills et al., 2023). In particolare, si mette in evidenza come la gratitudine nei confronti del corpo si abbia solo nel tempo, dopo aver attraversato la condizione e/o aver ottenuto qualcosa che principalmente è stato improbabile o impossibile quale, ad esempio, concepire un figlio (Mills et al., 2023). Una donna coinvolta nello studio di Mills et al., (2023), in particolare, ha riferito come la diagnosi è stata di grande aiuto per farle accettare e comprendere il suo corpo per come era diventato: “(...) *Ma poi ci sono giorni belli in cui mi dà forza, mi sento mentalmente più forte perché riesco a fare così tanto con tutto questo e guardo il mio corpo con un certo orgoglio e accettazione*” (Mills et al., 2023, pag. 10). L'importanza della diagnosi emerge anche nel terzo tema sviluppato nello studio di Sayer-Jones e Sherman (2022), ovvero “*The Body as Healer and Teacher*”. In esso si riporta come la diagnosi possa essere un evento importante e confermativo dei dubbi delle donne riguardo i loro problemi mestruali atipici (Gilmour et al., 2008) e che possa, conseguentemente, contribuire a ripristinare la fiducia nell'intuito e nella comprensione del proprio corpo e portare ad un maggior apprezzamento dello stesso e della sua funzionalità (Sayer-Jones & Sherman, 2022). L'apprezzamento per il proprio corpo e per la sua funzionalità emerge anche grazie l'educazione post-diagnosi che, attraverso la descrizione dei vari modi in cui si può manifestare la malattia e la consapevolezza dei suoi sintomi tipici, aiuta le donne a cambiare la percezione del proprio corpo, ad avere

un contesto per i loro cambiamenti sensoriali problematici quali dolore e/o problemi gastrointestinali e a mitigare le risposte affettive avverse dell'ansia associata all'incertezza dei sintomi (Sayer-Jones & Sherman, 2022).

Inoltre, il tema "*The Body as Healer and Teacher*" ha permesso di evidenziare le strategie utilizzate dalle donne per superare i disturbi della BI legati all'endometriosi, facendo riferimento al tema del "*Restoring continuity*" identificato da Facchin et al., (2018). Infatti, le donne meno angosciate hanno rivoluzionato positivamente il loro stile di vita, allo scopo di ridurre al minimo e/o gestire i sintomi problematici (Sayer-Jones & Sherman, 2022). Ciò costituisce un supporto per la teoria secondo cui un migliore apprezzamento della funzionalità del proprio corpo (Alleva & Tylka, 2021) corrisponde a una BI positiva, avvalorando ricerche passate sull'endometriosi che hanno evidenziato come strategie di autogestione possano contribuire alla creazione di un senso di autonomia psicologica (Karlsson et al., 2020; Sayer-Jones & Sherman, 2022).

### **3.2 L'impatto dell'endometriosi sulla qualità della vita delle donne che presentano la patologia**

L'OMS definisce la qualità della vita (QoL) come la percezione di un individuo della propria posizione nella vita in un contesto culturale e dei sistemi di valori in cui vive e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, *standard* e preoccupazioni, come determinati dalle condizioni ambientali (Bieñ et al., 2020; WHOQOL, 1998). I sintomi dell'endometriosi e, in particolare, il dolore pelvico, determinano gravi sofferenze fisiche e/o psichiche che causano una riduzione significativa della QoL nelle donne che ne sono affette, andando a compromettere la loro possibilità di condurre una normale vita lavorativa, affettiva e relazionale (Geremia et al., 2012). Infatti, secondo Rush e Misajon (2018), l'endometriosi incide a livello psico-sociale portando le donne affette da questa condizione ad avere un benessere soggettivo significativamente inferiore rispetto alla popolazione generale e ad altre condizioni di salute croniche (Mills et al., 2023; Rush & Misajon, 2018). In aggiunta, secondo Denny (2004), le sofferenze dovute all'endometriosi sono aggravate dagli effetti collaterali dei trattamenti medici e chirurgici e dall'impossibilità di comunicare in modo appropriato la propria condizione ai familiari, sul posto di lavoro e ai medici, per la paura di non essere credute o che gli altri banalizzino il loro problema (Denny, 2004; Geremia et al., 2012). A tale proposito, in uno studio di Matías-González et al., (2020), è stato messo in evidenza come le donne con endometriosi abbiano sperimentato esperienze negative e che siano state etichettate come *changa* (persona che piange o si lamenta eccessivamente senza alcuna ragione apparente) sia in contesti familiari che in contesti sanitari e sociali. In

particolare, i coniugi o familiari delle donne affette da endometriosi non sono disposti a riconoscere la gravità del loro dolore e non ritengono che le loro esperienze siano legittime e debilitanti; inoltre, gli operatori sanitari tendono a normalizzare la presenza dei sintomi (Matías-González et al., 2020; Sims et al., 2021) o, addirittura, a liquidare la loro esperienza dolorosa come esagerata o irrealistica, causando notevoli ritardi nella diagnosi della malattia (Facchin et al., 2015; Manderson et al., 2008). Considerando che la malattia si presenta principalmente in età giovanile, l'endometriosi incide su tre aspetti fondamentali della QoL: il lavoro, la sessualità e le relazioni sociali (Geremia et al., 2012).

Per quanto riguarda la sfera lavorativa, Fourquet et al., (2010), in un loro studio, hanno esaminato l'impatto che i sintomi della malattia correlati e/o coesistenti hanno sulla capacità delle donne con endometriosi (auto-riferita o diagnosticata chirurgicamente) di avere successo lavorativo o di essere in grado di lavorare. Essi hanno identificato come fattori predittivi di scarso rendimento lavorativo i dolori mestruali, il dolore invalidante, il dolore addominale e la depressione (Fourquet et al., 2010; Geremia et al., 2012). Inoltre, la crescita professionale delle donne coinvolte in questo studio si è vista essere influenzata negativamente dagli alti tassi di assenteismo e/o scarse prestazioni, dalla mancata promozione, dal mancato ricevimento di premi di merito/eccellenza, dall'assenza di seminari professionali e dalla perdita di clienti (Fourquet et al., 2010). In aggiunta, le donne coinvolte in questo studio hanno riportato come le limitazioni fisiche causate dalla malattia disturbino anche le proprie normali attività quali i lavori domestici, l'esercizio fisico, il sonno, l'appetito, le attività sociali e i rapporti sessuali. In particolare, i cambiamenti nell'appetito si verificano a causa dell'ansia e della depressione e i deficit negli aspetti sociali e sessuali derivano dalla presenza di dolore invalidante e dispareunia (Fourquet et al., 2010; Geremia et al., 2012).

La compromissione della vita sessuale è considerata il principale fattore che compromette la QoL delle donne con endometriosi (Bernuit et al., 2011; Della Corte et al., 2020). La sessualità e la soddisfazione sessuale delle donne con endometriosi risulta essere pesantemente ridotta dai sintomi della malattia e, in particolare, dal dolore pelvico cronico (DPC) e dalla dispareunia profonda (DD) (Geremia et al., 2012; Tripoli et al., 2011), oltre che da fattori psicologici quali la depressione (Della Corte et al., 2020; La Rosa et al., 2019; La Rosa et al., 2020). In aggiunta, Ferrero et al., (2005) hanno dimostrato come le donne con DD e quelle con endometriosi profonda e infiltrazione del legamento utero sacrale presentino la più grave compromissione della funzione sessuale. In particolare, le donne con endometriosi profonda e infiltrazione del legamento utero sacrale presentano, rispetto alle altre, un punteggio del dolore più elevato, una riduzione dei rapporti sessuali settimanali, un orgasmo meno soddisfacente

e un minor senso di rilassamento e appagamento dopo il rapporto sessuale (Ferrero et al., 2005; Geremia et al., 2012).

L'endometriosi, come si è già evidenziato, ha un impatto negativo anche sulle relazioni. Ciò avviene soprattutto per la mancanza di comprensione e sostegno da parte degli altri (Della Corte et al., 2020; Rush & Misajon, 2018), il che porta le donne a sentirsi isolate e sole con l'endometriosi (Della Corte et al., 2020; Culley et al., 2013) e a una più frequente tendenza a evitare o a ritirarsi dall'impegno sociale (Della Corte et al., 2020; Sims et al., 2021; Van Niekerk et al., 2021). L'endometriosi causa nelle donne anche importanti effetti psicologici (Della Corte et al., 2020; La Rosa et al., 2019). La letteratura, infatti, è d'accordo sul fatto che la depressione, l'ansia e il disagio emotivo siano maggiormente presenti nelle donne con endometriosi rispetto alla popolazione senza la patologia (Della Corte et al., 2020; Culley et al., 2013). La depressione, in particolare, influisce negativamente su diversi aspetti della QoL quali, ad esempio, la qualità del sonno che può incidere negativamente, a sua volta, sulla capacità di svolgere attività funzionali quotidiane (Arion et al., 2020; Della Corte et al., 2020), e portare a un aggravamento del dolore pelvico che influisce negativamente sulla QoL (Della Corte et al., 2020; Finan et al., 2013; Roehrs et al., 2006; Roehrs et al., 2012).

Un altro fenomeno sociale che, sebbene non sia stato esaustivamente considerato nella letteratura, favorisce la diminuzione del benessere psico-sociale delle donne che vivono con endometriosi è lo stigma (Sims et al., 2021). Lo stigma è stato definito primariamente da Goffman (1963) come un attributo o caratteristica vista come socialmente indesiderabile da due gruppi di persone, ovvero, coloro che stigmatizzano e coloro che subiscono la stigmatizzazione. Essa porta a squalificare la persona che possiede quella caratteristica o attributo dalla piena accettazione sociale e la riduce ad una persona scontata (Goffman, 1963; Sims et al., 2021). Lo stigma, che sia interiorizzato o presente in ambito familiare, intimo, lavorativo e/o sanitario, ha la capacità di aggravare gli effetti negativi dell'endometriosi e rappresenta un ostacolo alla sua diagnosi tempestiva (Bernuit et al., 2011; Hudelist et al., 2012; Nnoaham et al., 2011; Sims et al., 2021).

### **3.2.1 La relazione tra l'immagine corporea e la qualità della vita nelle donne con endometriosi**

L'endometriosi, come già affermato in precedenza, può alterare la BI delle donne affette da tale patologia, causare una diminuzione dell'autostima e portare a sensi di colpa e isolamento sociale (Choi & Jun, 2005; Geremia et al., 2012). In uno studio di Geller et al., (2021) è stato esaminato il ruolo della BI, dell'autocritica e dell'intensità del dolore

sul disagio correlato all'endometriosi ed è stato messo in luce come le discrepanze tra i punteggi su depressione e ansia del gruppo di controllo rispetto a quelli delle donne con endometriosi siano mediate dalla BI e dall'autocritica (Geller et al., 2021; Van Niekerk et al., 2022). La ricerca che affronta la relazione tra le donne con endometriosi e il proprio corpo nel contesto della loro qualità della vita correlata alla salute (HRQoL), tuttavia, è limitata (Van Niekerk et al., 2022). A tale proposito, uno studio condotto da Van Niekerk et al., (2022) si è posto l'obiettivo di approfondire le differenze nell'HRQoL e nella BI tra un campione di donne con endometriosi e un gruppo di controllo e, in particolare, di esaminare l'influenza dello stato patologico (la presenza o meno della malattia), del benessere psicologico (la presenza o meno di depressione, ansia e preoccupazione somatica) e della BI sull'HRQoL generale, emotiva e fisica. I risultati di questo studio hanno mostrato che le donne a cui è stata diagnosticata la malattia riportano livelli significativamente più bassi di HRQoL rispetto al gruppo di controllo. In particolare, in tutti i modelli di regressione lo stato della malattia (la presenza di endometriosi) e la preoccupazione somatica rappresentano le variabili più influenti in grado di ridurre drasticamente l'HRQoL. In particolare, per l'HRQoL generale, i fattori legati alla BI non sono risultati significativi dal punto di vista dell'influenza e il BMI è risultato l'unico correlato significativo rispetto al corpo; per quanto riguarda l'HRQoL fisica, invece, insieme al BMI è emersa anche la mancanza di familiarità con il corpo e, insieme, costituiscono gli unici correlati negativi legati al corpo. Infine, per l'HRQoL emotiva, il BMI è risultato correlare positivamente con l'HRQoL emotivo, mentre la mancanza di familiarità con il corpo è emersa come correlato negativo significativo (Van Niekerk et al., 2022). La riduzione dell'HRQoL nelle donne con endometriosi può essere affrontata lavorando su un aumento della compassione per il sé e per il proprio corpo (Soliman et al., 2017; Van Niekerk et al., 2022; Van Niekerk et al., 2023). Questi due aspetti, infatti, sono componenti fondamentali per il miglioramento di tutti gli ambiti della HRQoL nelle donne con endometriosi. In particolare, la compassione corporea può agire come mediatore nella relazione tra auto-compassione e HRQoL; questo suggerisce che l'auto-compassione può favorire un aumento della gentilezza e compassione verso il proprio corpo che, a sua volta, induce ad una maggiore probabilità di adottare atteggiamenti e comportamenti che migliorano l'HRQoL (Van Niekerk et al., 2023). In aggiunta, la compassione corporea può essere considerata un cuscinetto protettivo contro la psicopatologia correlata al corpo (De Carvalho Barreto et al., 2018; Oliveira et al., 2018), e può riflettere un'abilità che, se insegnata, è in grado di migliorare l'HRQoL e aumentare i comportamenti legati alla salute (Van Niekerk et al., 2023). Quindi, gli interventi psicologici per le donne con endometriosi devono focalizzarsi sullo sviluppo di abilità

generali di auto-compassione e, in particolare, sull'apprendimento di strategie volte alla promozione di capacità di decentramento, del riconoscimento che la sofferenza è parte della condizione umana e dello sviluppo di un atteggiamento di accettazione dei difetti percepiti del sé e del corpo; questo può portare a un miglioramento della loro HRQoL (Van Niekerk et al., 2023).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Nel corso del presente elaborato si è illustrato l'impatto dell'endometriosi sull'immagine corporea e sulla qualità della vita delle donne che ne soffrono. Il primo capitolo è stato sviluppato con lo scopo di definire in modo specifico la patologia. È stato messo in luce come l'endometriosi sia associata alla presenza di endometrio all'esterno della cavità uterina (Acién et al., 2013; Giudice & Kao, 2004; Kennedy et al., 2005; Kiesel & Sourouni, 2019; Zondervan et al., 2018; Zondervan et al., 2020). Attraverso l'analisi della sua epidemiologia si è riscontrato come l'endometriosi sia una malattia molto diffusa e che colpisca circa il 10-15% delle donne in età riproduttiva (Fukunaga, 2001; Mehedintu et al., 2014); solo in Italia, si riscontrano 3 milioni di casi (WHOQOL, 1996), anche se la sua prevalenza globale sembra essere sottostimata (Ardenti, 2014; Fauconnier & Chapron, 2005; Farquhar, 2007; Giudice & Kao, 2004; Viganò et al., 2004). Questa sottostima è correlata alla diagnosi tardiva causata, spesso, dalla presenza di sintomi aspecifici della malattia, dalla poca serietà degli operatori sanitari che normalizzano la presenza del dolore non dando la giusta importanza ai sintomi delle donne che cercano possibili risposte riguardo la loro condizione e dall'utilizzo di tecniche diagnostiche non sempre efficaci. Si rileva di fondamentale importanza, quindi, aumentare la consapevolezza dei medici e delle pazienti allo scopo di ridurre i tempi della diagnosi e il carico complessivo della malattia sulla popolazione femminile. Successivamente, sono stati analizzati i sintomi correlati all'endometriosi e quelli più diffusi e caratterizzanti della malattia sono risultati essere la dismenorrea, la dispareunia, il dolore pelvico cronico e l'infertilità (Liu, 2022).

Sono state in seguito descritte cinque teorie relative alle possibili cause dello sviluppo delle lesioni endometriosiche. La "Teoria del trasporto retrogrado tubarico" di Sampson (1925) che ha proposto come possibile causa dell'endometriosi il percorso retrogrado dei detriti mestruali che erano in grado di diffondersi nei tessuti limitrofi passando per le tube di Falloppio nella cavità pelvica (Mehedintu et al., 2014); la "Teoria dell'endometriosi metastatica" di Sampson (1927) che ha suggerito come fattore scatenante il passaggio di tessuto endometriale attraverso i vasi linfatici uterini (Lamceva et al., 2023; Sampson, 1927); la "Teoria della metaplasia dell'epitelio celomatico" di Meyer (1942) che ha avanzato l'ipotesi di una possibile trasformazione delle cellule mesoteliali nell'endometrio funzionale in qualsiasi organo (Mehedintu et al., 2014); la "Teoria del riposo embrionale" secondo la quale i residui di cellule embrionali possono trasformarsi in lesioni endometriosiche (Maruyama & Yoshimura, 2012; Signorile et al., 2022) e la "Teoria del reclutamento delle cellule staminali endometriali" che ha messo in luce la possibile migrazione di cellule staminali endometriali verso siti ectopici (Figueira et al., 2011). Queste teorie mettono in evidenza

la complessità e la multifattorialità della patologia e la necessità di sviluppare ricerche aggiuntive che consentano di comprendere meglio i meccanismi sottostanti e di sviluppare approcci diagnostici e terapeutici personalizzati. Successivamente sono stati presi in esame i principali sistemi di classificazione della patologia dei quali, tuttavia, nessuno si è affermato come *gold standard*. Si rivela essenziale, quindi, sviluppare un sistema di classificazione più preciso e condiviso al fine di migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e le pazienti, con il fine di favorire la gestione clinica della patologia. A conclusione del primo capitolo sono state descritte le principali terapie e le conseguenze che potrebbero scaturire dalle stesse. In particolare, si sono analizzate le terapie ormonali finalizzate all'inibizione della crescita degli impianti endometriotici (Mehedintu et al., 2014; Sutton & Jones, 2005). Nonostante i farmaci portino ad effetti positivi in termini di sintomatologia clinica, è stata messa in evidenza anche la presenza di potenziali effetti collaterali. Per tale ragione si rivela necessario lo sviluppo di terapie ormonali più efficaci allo scopo di migliorare la qualità della vita delle pazienti. Per quanto concerne le terapie chirurgiche si è parlato della laparotomia e della laparoscopia (Acién et al., 2013), utilizzate al fine di rimuovere o distruggere gli impianti endometriotici (Mehedintu et al., 2014; Sutton & Jones 2005). È noto come la chirurgia possa ridurre notevolmente il dolore e, in alcuni casi, aumentare la possibilità di gravidanza; tuttavia è importante che la scelta del trattamento venga personalizzata in base alle esigenze delle pazienti.

Il secondo capitolo è stato redatto allo scopo di analizzare il costrutto di immagine corporea (BI), presentando diverse definizioni proposte da differenti autori, tracciandone l'evoluzione nel tempo e sottolineandone la natura multicomponentiale. A tale proposito si è messa in evidenza la presenza di una componente cognitiva, percettiva, affettiva e di una componente comportamentale (Nerini et al., 2009; Slade, 1994). Inoltre, si è fatto riferimento a due aspetti fondamentali quali la *Body Image Evaluation* e la *Body Image Investment* (Cash, 2002; Nerini et al., 2009) per sottolineare la dinamicità del processo di sviluppo della BI e l'importanza di una valutazione che dia attenzione ad aspetti culturali, sociali, cognitivi, biologici e affettivi (Silva et al., 2019; Slade, 1994). Successivamente è stata descritta la BI negativa, la quale è risultata essere composta da due sotto-dimensioni, ovvero la dimensione percettiva e la dimensione affettivo-attitudinale-cognitiva (Bulik et al., 2006; Burychka et al., 2021), e il quale sviluppo è stato associato a fattori di rischio quali *disembodiment* e auto-oggettivazione (Burychka et al., 2021). In seguito è stato esposto il costrutto di insoddisfazione corporea, ed è stata delineata la sua diffusione nella popolazione femminile e nella popolazione maschile. L'analisi successiva della BI positiva ha messo in evidenza le sue

principali caratteristiche quali accettazione, apprezzamento e rispetto per il proprio corpo (Burychka et al., 2021; Tylka, 2013) e come la sua promozione possa portare ad effetti positivi a lungo termine. Restando nel campo della BI positiva sono stati approfonditi i concetti di *body appreciation*, *body functionality* ed *embodiment*. A conclusione del secondo capitolo ci si è soffermati sull'influenza della BI sulla messa in atto di comportamenti salutari e, dall'analisi effettuata, è emerso come la presenza di una BI positiva porti gli individui ad ascoltare e a soddisfare maggiormente i propri bisogni interni e/o esterni del proprio corpo e a mettere in atto comportamenti finalizzati alla cura di sé. Sulla base delle evidenze presentate si può affermare che la promozione di una BI positiva è fondamentale per il benessere psico-fisico degli individui, per il miglioramento della loro salute e per contrastare l'impatto negativo della pressione socio-culturale sulla BI.

Nel terzo capitolo, infine, è stata descritta l'immagine corporea nelle donne con endometriosi. A tale proposito è emerso come i sintomi che accompagnano la malattia e i trattamenti ad essa correlati abbiano una ripercussione sia a livello fisico che a livello psicologico, in quanto portano a distorcere la percezione soggettiva dei vari aspetti del proprio corpo (Sayer-Jones & Sherman, 2022), all'emergere di sentimenti negativi e all'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico (Mills et al., 2023). L'impatto negativo si è riscontrato anche in relazione alla *body functionality* in quanto le donne affette da endometriosi hanno generalmente difficoltà a svolgere anche le normali attività quotidiane (Mills et al., 2023). In seguito, è stato indagato il rapporto delle donne con endometriosi con il proprio corpo facendo riferimento, in particolare, agli studi qualitativi di Sayer-Jones e Sherman (2022) e Mills et al., (2023). Dall'analisi di essi è emerso come sia maggiormente presente un rapporto difficile e complesso con il proprio corpo; infatti, le esperienze di percepirsi "rotte" e "difettose", la necessità di ritirarsi dal contesto sociale per la vergogna provata e la percezione di non poter controllare il proprio corpo sono temi ricorrenti che emergono in entrambe le ricerche. Tuttavia, considerando nuovamente i due studi citati in precedenza, è stato messo in luce come possa emergere anche l'aspetto della resilienza e dell'adattamento positivo. Infatti, alcune donne sono state in grado di sviluppare, nel corso del tempo, un senso di apprezzamento e gratitudine nei confronti del proprio corpo, concependo la diagnosi come un'opportunità per riconnettersi con se stesse. È necessario, quindi, rimarcare l'importanza di una diagnosi in tempi brevi, la quale può consentire alle donne di prendere consapevolezza della loro condizione e aiutarle ad avere una migliore comprensione e accettazione del proprio corpo, come è emerso nel tema "*The Body as Healer and Teacher*" dello studio di Sayer-Jones e Sherman (2022). Successivamente,

sono stati annoverati i diversi aspetti della qualità della vita sui quali incide l'endometriosi e, tra di essi, sono stati presi in analisi la sfera lavorativa, le relazioni sociali e la sfera sessuale, la quale è risultata essere la più compromessa. A conclusione del terzo capitolo si è posta attenzione alla relazione tra immagine corporea e qualità della vita delle donne con endometriosi. A tale proposito, considerando lo studio di Van Niekerk et al., (2022) è emerso come la mancanza di familiarità con il corpo e lo stato della malattia compromettano soprattutto l'HRQoL fisico ed emotivo e come lo stato della malattia e la preoccupazione somatica impattino sull'HRQoL generale.

Alla luce della revisione della letteratura effettuata, si rivela necessario adottare un approccio terapeutico che sia il più completo possibile. Esso dovrebbe comprendere un adeguato supporto medico, in grado di fornire un'ampia conoscenza sulla malattia, sui suoi sintomi e che tenga in considerazione l'impatto sulla vita quotidiana che la patologia comporta nelle donne che presentano la patologia (Bień et al., 2020); questo potrebbe contribuire all'ottenimento di una diagnosi in tempi brevi e alla messa in atto di trattamenti precoci (Bień et al., 2020) che consentano di avere un miglioramento della HRQoL nelle donne con endometriosi. Inoltre, dovrebbe comprendere interventi psicologici focalizzati sullo sviluppo della compassione per il sé e per il proprio corpo (Soliman et al., 2017; Van Niekerk et al., 2022; Van Niekerk et al., 2023). A tale proposito un possibile intervento psicologico è la *Compassion Focused Therapy* (CFT) che, basandosi sulle componenti della compassione corporea come, ad esempio, l'accettazione dei difetti corporei percepiti, è in grado di ridurre la vergogna del peso corporeo, di aumentare la compassione e di migliorare i comportamenti correlati alla salute (Carter et al., 2023; Van Niekerk et al., 2023). Un secondo intervento basato sulle componenti dell'autocompassione è l'*Acceptance and commitment therapy* (ACT), che può aiutare anche ad affrontare il dolore e il disagio psicologico associato all'endometriosi (Van Niekerk et al., 2023). Inoltre, un'altra tipologia di intervento che potrebbe migliorare il rapporto delle donne con il loro corpo è la pratica dello *yoga* (Alleva & Tylka, 2021) che, attraverso l'integrazione mente-corpo e l'utilizzo di particolari posture fisiche, esercizi di respirazione e meditazione, consentirebbe di diventare maggiormente consapevoli del proprio corpo (Alleva & Tylka, 2021; Impett et al., 2006), di sviluppare un'immagine corporea positiva attraverso maggior incarnazione e meno auto-oggettivazione (Alleva & Tylka, 2021; Mahlo & Tiggemann, 2016) e un aumento della soddisfazione corporea (Alleva & Tylka, 2021; Neumark-Sztainer et al., 2018).

## BIBLIOGRAFIA

- Abbott, J. A., Hawe, J., Clayton, R. D., & Garry, R. (2003). The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Human reproduction (Oxford, England)*, *18*(9), 1922–1927. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg275>
- Acién, P., & Velasco, I. (2013). Endometriosis: a disease that remains enigmatic. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2013/242149>
- ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology (2004). ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstetrics and gynecology*, *103*(3), 589–605.
- Adamson, G. D. (2011). Endometriosis classification. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology/Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, With Evaluated MEDLINE*, *23*(4), 213–220. <https://doi.org/10.1097/gco.0b013e328348a3ba>
- Ainley, V., Maister, L., Brokfeld, J., Farmer, H., & Tsakiris, M. (2013). More of myself: Manipulating interoceptive awareness by heightened attention to bodily and narrative aspects of the self. *Consciousness and Cognition*, *22*(4), 1231–1238. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.08.004>
- Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image*, *15*, 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001>
- Alleva, J. M., Sheeran, P., Webb, T. L., Martijn, C., & Miles, E. (2015). A Meta-Analytic Review of Stand-Alone interventions to improve Body image. *PloS One*, *10*(9), e0139177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139177>
- Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Van Diest, A. M. K. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, *23*, 28–44. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.008>
- Alleva, J. M., & Tylka, T. L. (2021). Body functionality: A review of the literature. *Body Image*, *36*, 149–171. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.006>
- Alvarado, R. G., Liu, J. Y., & Zwolak, R. M. (2001). Danazol and limb-threatening arterial thrombosis: Two case reports. *Journal of Vascular Surgery*, *34*(6), 1123–1126. <https://doi.org/10.1067/mva.2001.118078>

Amro, B., Ramirez Aristondo, M. E., Alsuwaidi, S., Almaamari, B., Hakim, Z., Tahlak, M., Wattiez, A., & Koninckx, P. R. (2022). New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6725. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116725>

Andersen, A.E., & Di Domenico, L. (1992). Diet versus shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283-287.

Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2014). Positive body image and young women's health: Implications for sun protection, cancer screening, weight loss and alcohol consumption behaviours. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 28–39. <https://doi.org/10.1177/1359105314520814>

Ardenti, R. (2014). Endometriosi e femminilità. In R. Ardenti, *Dialoghi Adleriani* (pp. 19-20). Istituto Alfred Adler di Milano.

Arion, K., Orr, N. L., Noga, H., Allaire, C., Williams, C., Bedaiwy, M. A., & Yong, P. J. (2020). A Quantitative Analysis of Sleep Quality in Women with Endometriosis. *Journal of Women's Health*, 29(9), 1209–1215. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8008>

Armstrong, T., Bauman, A. E., & Davies, J. (2000). Physical activity patterns of Australian adults: Results of the 1999 National Physical Activity Survey.

As-Sanie, S., Black, R., Giudice, L. C., Valbrun, T. G., Gupta, J., Jones, B., Laufer, M. R., Milspaw, A. T., Missmer, S. A., Norman, A., Taylor, R. N., Wallace, K., Williams, Z., Yong, P. J., & Nebel, R. A. (2019). Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(2), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.033>

Augustus-Horvath, C. L., & Tylka, T. L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 110–125. <https://doi.org/10.1037/a0022129>

Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>

Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486–497. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486>

Ballard, K., Lowton, K., & Wright, J. (2006). What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility*, *86*(5), 1296–1301. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.04.054>

Bandiera, S., Cavallaro, A., Aloisi, A., Vitale, S. G., Morello, R., Matarazzo, M. G., Giunta, G., Raciti, G., Rapisarda, F., & Cianci, A. (2009). Management dell'endometriosi: Diagnosi e Terapia, 311-317. CNR Solar

Bearman, S.K., Presnell, K., Martinez, E. & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *35* (2), 229- 241.

Bernuit, D., Ebert, A. D., Halis, G., Strothmann, A., Gerlinger, C., Geppert, K., & Faustmann, T. (2011). Female Perspectives on Endometriosis: Findings from the Uterine Bleeding and Pain Women'S Research Study. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, *3*(2), 73–85. <https://doi.org/10.5301/je.2011.8525>

Bień, A., Rzońca, E., Zarajczyk, M., Wilkosz, K., Wdowiak, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2020). Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, *29*(10), 2669–2677. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02515-4>

Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*, *17*, 117–131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>

Brotto, L. A., Basson, R., & Gehring, D. (2003). Psychological profiles among women with vulvar vestibulitis syndrome: a chart review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology/Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *24*(3), 195–203. <https://doi.org/10.3109/01674820309039673>

Brown, T. A., Shott, M. E., & Frank, G. K. (2021). Body size overestimation in anorexia nervosa: Contributions of cognitive, affective, tactile and visual information. *Psychiatry Research*, *297*, 113705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113705>

Buhling, K. J., Schmidt, S., Robinson, J. N., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology/European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *124*(1), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.04.008>

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *63*(3), 305. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.305>

Bulletti, C., Flamigni, C., Polli, V., Giacomucci, E., Albonetti, A., Negrini, V., Galassi, A., & Morselli-Labate, A. (1996a). The efficacy of drugs in the management of endometriosis. *the Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 3(4), 495–501. [https://doi.org/10.1016/s1074-3804\(05\)80157-4](https://doi.org/10.1016/s1074-3804(05)80157-4)

Bulletti, C., Rossi, S., Albonetti, A., Polli, V., D, D. Z., Massoneau, M., & Flamigni, C. (1996b). Uterine contractility in patients with endometriosis. *the Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 3(4), S5. [https://doi.org/10.1016/s1074-3804\(96\)80143-5](https://doi.org/10.1016/s1074-3804(96)80143-5)

Bulletti, C., DeZiegler, D., Stefanetti, M., Cincinelli, E., Pelosi, E., & Flamigni, C. (2001). Endometriosis: absence of recurrence in patients after endometrial ablation. *Human Reproduction*, 16(12), 2676–2679. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.12.2676>

Bulletti, C., M.D., Cerni, A., Coccia, M. E., M.D. (2012). Endometriosi. <http://www.carlobulletti.me/md/pdf/Endometriosi2012definitivo.pdf>

Burychka, D., Miragall, M., & Baños, R. M. (2021). Towards a Comprehensive Understanding of Body Image: Integrating Positive Body Image, Embodiment and Self-Compassion. *Psychologica Belgica*, 61(1), 248–261. <https://doi.org/10.5334/pb.1057>.

Buttram, V. C., Belue, J. B., & Reiter, R. (1982). Interim report of a study of danazol for the treatment of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 37(4), 478–483. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)46151-0](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)46151-0).

Coffee, A. L., Sulak, P. J., & Kuehl, T. J. (2007). Long-term assessment of symptomatology and satisfaction of an extended oral contraceptive regimen. *Contraception*, 75(6), 444–449. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.01.014>.

Calogero, R. M. (2012). Objectification theory, self-objectification, and body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 574–580). Elsevier Academic Press.

Campo, S., & Campo, V. (2005). Approccio diagnostico all'endometriosi in età adolescenziale. *Giornale italiano di ostetricia e ginecologia*, 27 (9), 338-343.

Carpinello, O. J., Sundheimer, L. W., Alford, C. E., Taylor, R. N., & DeCherney, A. H. (2017, October 22). *Endometriosis*. Endotext-NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278996/>

Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2023). A systematic review of compassion-based interventions for individuals struggling with body weight shame. *Psychology & health*, 38(1), 94–124. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1955118>

Cash, T.F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash e T. Pruzinsky (eds), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). New York: Guilford Press.

Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, *1*(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/s1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/s1740-1445(03)00011-1)

Cash, T. F., Jakatdar, T. A., & Williams, E. F. (2004). The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women. *Body Image*, *1*(3), 279–287. [https://doi.org/10.1016/s1740-1445\(03\)00023-8](https://doi.org/10.1016/s1740-1445(03)00023-8)

Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the appearance schemas inventory. *the International Journal of Eating Disorders/International Journal of Eating Disorders*, *35*(3), 305–316. <https://doi.org/10.1002/eat.10264>

Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A Cross-Sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(6), 1081–1089. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.6.1081>

Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, *1*(4), 363–372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001>

Cash, T. (2012). Cognitive-Behavioral perspectives on body image. In *Elsevier eBooks* (pp. 334–342). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-384925-0.00054-7>

Chapron, C., Fauconnier, A., Vieira, M., Barakat, H., Dousset, B., Pansini, V., Vacher-Lavenu, M. C., & Dubuisson, J. B. (2003). Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Human Reproduction*, *18*(1), 157–161. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg009>

Cho, M. K., Kim, C. H., & Oh, S. T. (2009). Endometriosis in a patient with Rokitansky–Kuster–Hauser syndrome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *35*(5), 994–996. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01025.x>

Choi, S. Y., & Jun, E. M. (2005). Influencing Factors of Depression in Women with Endometriosis. *Daehan Ganho Haghojeji*, *35*(5), 879-87. <https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.5.879>

Christopher, L. K. S., Kosai, N. R., Reynu, R., Levin, K. B., Taher, M. M., Sutton, P. A., Sukor, N., & Das, S. (2015). Effect of exercise on pulmonary function tests in obese Malaysian patients. *PubMed*, *166*(3), 105–109. <https://doi.org/10.7417/ct.2015.1838>

Chung, V. Q., Gordon, J. S., Veledar, E., & Chen, S. C. (2010). Hot or Not—Evaluating the effect of artificial tanning on the public’s perception of attractiveness. *Dermatologic Surgery*, 36(11), 1651–1655. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2010.01713.x>

Coccia, M. E., Nardone, L., & Rizzello, F. (2022). Endometriosis and Infertility: A Long-Life Approach to Preserve Reproductive Integrity. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 6162. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106162>

Coco A. S. (1999). Primary dysmenorrhea. *American family physician*, 60(2), 489–496.

Conn, A., & Hodges, K. R. (2023, July 12). *Disturbo del dolore genitopelvico/disturbo della penetrazione*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/ginecologia-e-ostetricia/funzione-e-disfunzione-sessuale-femminile/disturbo-del-dolore-genitopelvico-disturbo-della-penetrazione>

Cook-Cottone, C. (2006). The attuned representation model for the primary prevention of eating disorders: An overview for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 43(2), 223–230. <https://doi.org/10.1002/pits.20139>

Cook-Cottone, C., Beck, M., & Kane, L. (2008). Manualized group treatment of eating disorders: Attunement in mind, body, and relationship (AMBR). *Journal for Teamwork Specialists*, 33 (1), 61–83. DOI: 10.1080/01933920701798570

Cook-Cottone, C. P., Kane, L. S., Keddie, E., & Haugli, S. (2013). Girls growing in wellness and balance: Yoga and life skills to empower. Schoolhouse Educational Services, LLC.

Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>

Cook-Cottone, C. (2016). Embodied self-regulation and mindful self-care in the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 24(1), 98–105. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1118954>

Counseller, V. S., & Crenshaw, J. L. (1951). A clinical and surgical review of endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 62(4), 930–942. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(51\)90180-9](https://doi.org/10.1016/0002-9378(51)90180-9)

Cox, A. E., Ullrich-French, S., Howe, H. S., & Cole, A. N. (2017). A pilot yoga physical education curriculum to promote positive body image. *Body Image*, 23, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.007>

Cox, A. E., & Tylka, T. L. (2020). A conceptual model describing mechanisms for how yoga practice may support positive embodiment. *Eating Disorders*, 28(4), 376–399. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2020.1740911>

Crossley, N. (1995). Merleau-Ponty, the elusive body and carnal sociology. *Body and Society*, 1, 43-63.

Culley, L., Law, C., Hudson, N., Denny, E., Mitchell, H., Baumgarten, M., & Raine-Fenning, N. (2013). The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Human Reproduction Update*, 19(6), 625–639. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt027>

Dashti, S., Esfehiani, A. J., & Joseph, H. J. L. (2014). The preventive effect of physical activity on weight maintenance in overweight and obese women. *PubMed*, 165(3), 155–161. <https://doi.org/10.7417/ct.2014.1715>

Daubenmier, J. J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 207–219. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00183.x>

Dawood, M. (1981). Dysmenorrhoea and prostaglandins. *Drugs*, 22(1), 42–56. <https://doi.org/10.2165/00003495-198122010-00003>

Dawood, M. Y. (2006). Primary dysmenorrhea. *Obstetrics and Gynecology (New York. 1953. Online)/Obstetrics and Gynecology*, 108(2), 428–441. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000230214.26638.0c>

Daye, C. A., Webb, J. B., & Jafari, N. (2014). Exploring self-compassion as a refuge against recalling the body-related shaming of caregiver eating messages on dimensions of objectified body consciousness in college women. *Body Image*, 11(4), 547–556. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.08.001>

De Almeida, G. a. N., Santos, J. E. D., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia Em Estudo/Psicologia Em Estudo*, 10(1), 27–35. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722005000100005>

De Carvalho Barreto, M., Ferreira, C., Marta-Simões, J., & Mendes, A. L. (2018). Exploring the paths between self-compassionate attributes and actions, body compassion and disordered eating. *Eating and Weight Disorders*, 25(2), 291–297. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0581-3>

- De Graaff, A., Van Lankveld, J., Smits, L., Van Beek, J., & Dunselman, G. (2016). Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. *Human Reproduction*, *31*(11), 2577–2586. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew215>
- Della Corte, L., Di Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., La Rosa, V. L., Ragusa, R., Fichera, M., Commodari, E., Bifulco, G., & Giampaolino, P. (2020). The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of life and Psychosocial Wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(13), 4683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134683>
- Denny, E. (2004). Women's experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, *46*(6), 641–648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03055.x>
- Denny, E., & Mann, C. H. (2007). Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *33*(3), 189–193. <https://doi.org/10.1783/147118907781004831>
- Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. (1998). *Psychological medicine*, *28*(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Diamond, M. P., Daniell, J. F., Johns, D. A., Everett, R., Hill, G. A., Reich, H., Martin, D. C., Maxson, W. S., Hoffman, D. I., & Feste, J. (1991). Postoperative adhesion development after operative laparoscopy: Evaluation at early second-look procedures. *Fertility and sterility*, *55*(4), 700-704. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)54233-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)54233-2)
- D'Hooghe, T. M. (2002). Endometriosis, retrograde menstruation and peritoneal inflammation in women and in baboons. *Human Reproduction Update*, *8*(1), 84–88. <https://doi.org/10.1093/humupd/8.1.84>
- Djokovic, D., & Calhaz-Jorge, C. (2015). Somatic stem cells and their dysfunction in endometriosis. *Frontiers in Surgery*, *1*. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2014.00051>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2014). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy/Clinical Psychology and Psychotherapy*, *22*(6), 656–666. <https://doi.org/10.1002/cpp.1925>
- Dyson, M. T., & Bulun, S. E. (2012). Cutting SRC-1 down to size in endometriosis. *Nature Medicine*, *18*(7), 1016–1018. <https://doi.org/10.1038/nm.2855>

Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology/Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *36*(4), 135–141. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2015.1074173>

Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Human Reproduction*, *32*(9), 1855–1861. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex249>

Facchin, F., Saita, E., Barbara, G., Dridi, D., & Vercellini, P. (2017). “Free butterflies will come out of these deep wounds”: A grounded theory of how endometriosis affects women’s psychological health. *Journal of Health Psychology*, *23*(4), 538–549. <https://doi.org/10.1177/1359105316688952>

Farquhar, C. (2007). Endometriosis. *BMJ. British Medical Journal*, *334*(7587), 249–253. <https://doi.org/10.1136/bmj.39073.736829.be>

Fauconnier, A., Chapron, C., Dubuisson, J., Vieira, M., Dousset, B., & Bréart, G. (2002). Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertility and Sterility*, *78*(4), 719–726. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(02\)03331-9](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)03331-9)

Fauconnier, A., & Chapron, C. (2005). Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Human Reproduction Update*, *11*(6), 595–606. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi029>

Fedele, L., Bianchi, S., Zanconato, G., Portuese, A., & Raffaelli, R. (2001). Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility and Sterility*, *75*(3), 485–488. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(00\)01759-3](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(00)01759-3)

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, *14*(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>

Ferrero, S., Esposito, F., Abbamonte, L. H., Anserini, P., Remorgida, V., & Ragni, N. (2005). Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertility and Sterility*, *83*(3), 573–579. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.07.973>

Ferrero, S., Ragni, N., & Remorgida, V. (2008). Deep dyspareunia: causes, treatments, and results. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology/Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, With Evaluated MEDLINE*, 20(4), 394–399. <https://doi.org/10.1097/gco.0b013e328305b9ca>

Figueira, P. G. M., Abrão, M. S., Krikun, G., & Taylor, H. (2011). Stem cells in endometrium and their role in the pathogenesis of endometriosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1221(1), 10–17. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.05969.x>

Finan, P. H., Goodin, B. R., & Smith, M. T. (2013). The association of sleep and pain: an update and a path forward. *The journal of pain*, 14(12), 1539–1552. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.08.007>

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 3–20). New York: Guilford Press.

Focht, B. C., & Hausenblas, H. A. (2004). Perceived evaluative threat and state anxiety during exercise in women with social physique anxiety. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16(4), 361–368. <https://doi.org/10.1080/10413200490517968>

Fourquet, J., Gao, X., Zavala, D., Orengo, J. C., Abac, S., Ruiz, A., Laboy, J., & Flores, I. (2010). Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and sterility*, 93(7), 2424–2428. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.017>

Fraga, M. F., Ballestar, E., Paz, M. F., Ropero, S., Setien, F., Ballestar, M. L., Heine-Suñer, D., Cigudosa, J. C., Urioste, M., Benitez, J., Boix-Chornet, M., Sanchez-Aguilera, A., Ling, C., Carlsson, E., Poulsen, P., Vaag, A., Stephan, Z., Spector, T. D., Wu, Y. Z., Plass, C., & Esteller, M. (2005). Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(30), 10604–10609. <https://doi.org/10.1073/pnas.0500398102>

Franzoi, S. (1995). The body-as-object versus the body-as-process: Gender differences and gender considerations. *Sex Roles*, 33(5-6), 417–437. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01954577>

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. (1997). Objectification Theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>

Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7(3), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.04.001>

Fukunaga, M. (2001). Uterus-like mass in the uterine cervix: superficial cervical endometriosis with florid smooth muscle metaplasia? *Virchows Archiv*, 438(3), 302–305. <https://doi.org/10.1007/s004280000299>

Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87(2), 327–337. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1996.tb02593.x>

Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2014). Body size estimation in anorexia nervosa: A brief review of findings from 2003 through 2013. *Psychiatry Research*, 219(3), 407–410. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.029>

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1982). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(3), 263–284. <https://doi.org/10.2190/r55q-2u6t-lam7-rqr7>

Gawlik, N. R., Elias, A. J., & Bond, M. J. (2016). Appearance Investment, Quality of Life, and Metabolic Control Among Women with Type 1 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 348–354. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9524-9>

Geller, S., Levy, S., Ashkeloni, S., Roeh, B., Sbiet, E., & Avitsur, R. (2021). Predictors of Psychological Distress in Women with Endometriosis: The Role of Multimorbidity, Body Image, and Self-Criticism. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073453>

Geremia, L., Ippolito, R., Belluomo, G., Cariola, M., Vitale, S. G., Sudano, M.C., Minona, P., Vaccaro, G., Sapia, F., Rapisarda, A., Salerno, F., & Bruno, M. T. (2012). Qualità della vita nelle pazienti con endometriosi: tendenze recenti. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia*, 34, 475-481.

Gila, A., Castro, J., Toro, J., & Salamero, M. (2004). Subjective Body Image Dimensions in Normal Female Population: Evolution through Adolescence and Early Adulthood. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (1), 1-10.

Gilbert, P., & Miles, J. (Eds.). (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment (1st ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315820255>

- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Deleted Journal*, 70(4), 1205–1230. <https://doi.org/10.1353/sor.2003.0013>
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, 13, 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>
- Gilmour, J. A., Huntington, A., & Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International Journal of Nursing Practice*, 14(6), 443–448. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2008.00718.x>
- Giudice, L. C., & Kao, L. C. (2004). Endometriosis. *Lancet*, 364(9447), 1789–1799. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17403-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17403-5)
- Giudice L. C. (2010). Clinical practice. Endometriosis. *The New England journal of medicine*, 362(25), 2389–2398. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1000274>
- Giudice, L. C., As-Sanie, S., Arjona Ferreira, J. C., Becker, C. M., Abrao, M. S., Lessey, B. A., Brown, E., Dynowski, K., Wilk, K., Li, Y., Mathur, V., Warsi, Q. A., Wagman, R. B., & Johnson, N. P. (2022). Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomised, double-blind, studies (SPIRIT 1 and 2). *Lancet (London, England)*, 399(10343), 2267–2279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00622-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00622-5)
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Gordts, S., Koninckx, P., & Brosens, I. (2017). Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertility and Sterility*, 108(6), 872–885.e1. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.036>
- Granner, M. L., Black, D. R., & Abood, D. A. (2002). Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *American Journal of Health Behavior*, 26(1), 43–55. <https://doi.org/10.5993/ajhb.26.1.5>
- Grant, R. L., Gillen, M. M., & Bernstein, M. J. (2014). The Tan Bias: perceptions of tan and non-tan Caucasian faces. *Health Behavior and Policy Review*, 1(6), 484–489. <https://doi.org/10.14485/hbpr.1.6.6>
- Graziottin, A. (2001). Clinical approach to dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 489–501. <https://doi.org/10.1080/713846803>
- Graziottin, A. (2003). Etiology and diagnosis of coital pain. *Journal of endocrinological investigation*, 26(3 Suppl), 115–121.

- Graziottin, A., & Brotto, L. A. (2004). Vulvar Vestibulitis Syndrome: a Clinical Approach. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(3), 125–139. <https://doi.org/10.1080/00926230490258866>
- Graziottin, A. (2004). Sexuality in postmenopause and senium. In C. Lauritzen & J. Studd (Eds), *Current Management of the Menopause* (pp. 185-203). Martin Duniz, London, UK.
- Graziottin, A. (2007). *Female sexual dysfunction*. In Ketel, Bo et al., (Eds), *Evidence based physiotherapy for the pelvic floor* (pp. 379-382). Bridging Research and Clinical Practice, Elsevier: Oxford, UK.
- Gruenwald, P. (1942). Origin of endometriosis from the mesenchyme of the celomic walls. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 44(3), 470–474. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(42\)90484-8](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(42)90484-8)
- Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhed, P., & Berterö, C. (2017). The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 205–211. <https://doi.org/10.1111/jocn.13872>
- Guo, S. (2009). Recurrence of endometriosis and its control. *Human Reproduction Update*, 15(4), 441–461. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp007>
- Guzick, D. S., Bross, D. S., & Rock, J. A. (1982). Assessing the efficacy of The American Fertility Society's classification of endometriosis: application of a dose-response methodology. *Fertility and Sterility*, 38(2), 171–176. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)46454-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)46454-x)
- Guzick, D. S., Silliman, N. P., Adamson, G. D., Buttram, V. C., Canis, M., Malinak, L. R., & Schenken, R. S. (1997). Prediction of pregnancy in infertile women based on the American Society for Reproductive Medicine's revised classification of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 67(5), 822–829. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81392-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81392-1)
- Hadfield, R., Mardon, H., Barlow, D., & Kennedy, S. (1996). Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Human Reproduction*, 11(4), 878–880. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019270>
- Hadfield, R. M., Mardon, H. J., Barlow, D. H., & Kennedy, S. H. (1997). Endometriosis in monozygotic twins. *Fertility and Sterility*, 68(5), 941–942. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)00359-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)00359-2)

- Hagman, J., Gardner, R. M., Brown, D. L., Gralla, J., Fier, J. M., & Frank, G. K. W. (2015). Body size overestimation and its association with body mass index, body dissatisfaction, and drive for thinness in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 20(4), 449–455. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0193-0>
- Halme, J., Hammond, M. G., Hulka, J. F., Raj, S. G., & Talbert, L. M. (1984). Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstetrics and gynecology*, 64(2), 151–154.
- Hennigan, K. (2010). Therapeutic Potential of Time in Nature: Implications for body image in women. *Ecopsychology*, 2(3), 135–140. <https://doi.org/10.1089/eco.2010.0017>
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.94.3.319>
- Hill, D. A., & Taylor, C. A. (2021). Dyspareunia in Women. *American family physician*, 103(10), 597–604.
- Hofmeyr, G. J. (1996). Dismenorrea. In J. Bassino (a cura di), *Argomenti di ostetricia e ginecologia* (pp. 269-374). Johannesburg: Comunicazioni Julmar
- Holloway, J. A., Murray, J., Okada, R., & Emmons, A. L. (2014). Ecopsychology and Relationship Competency: the empowerment of women graduate students through nature experiences. *Women & Therapy*, 37(1–2), 141–154. <https://doi.org/10.1080/02703149.2014.850343>
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body Image*, 11(2), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.01.003>
- Hornstein, M. D., Gleason, R. E., Orav, J., Haas, S. T., Friedman, A. J., Rein, M. S., Hill, J. A., & Barbieri, R. L. (1993). The reproducibility of the revised American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 59(5), 1015–1021. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)55921-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)55921-4)
- Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2023, September 4). *Body image distortion (Archived)*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/>
- Hsu, A. L., Khachikyan, I., & Stratton, P. (2010). Invasive and noninvasive methods for the diagnosis of endometriosis. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(2), 413–419. <https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181db7ce8>

Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., Tammaa, A., & Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction*, 27(12), 3412–3416. <https://doi.org/10.1093/humrep/des316>

Hughes, E. G., Fedorkow, D. M., & Collins, J. A. (1993). A quantitative overview of controlled trials in endometriosis-associated infertility. *Fertility and Sterility*, 59(5), 963–970. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)55911-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)55911-1)

Hung, H. H., Lai, J. N., Chen, W. C., Chen, Y. H., Chiu, L. T., & Chen, H. Y. (2021). Evaluation of the efficacy of traditional Chinese medicine for the reproductive and pregnancy outcomes in women with endometriosis: A nationwide population-based study. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 60(4), 685–689. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2021.05.017>

Iacovides, S., Avidon, I., & Baker, F. C. (2015). What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Human Reproduction Update*, 21(6), 762–778. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv039>

Impett, E. A., Daubenmier, J. J., & Hirschman, A. L. (2006). Minding the body: Yoga, embodiment, and well-being. *Sexuality Research & Social Policy/Sexuality Research and Social Policy*, 3(4), 39–48. <https://doi.org/10.1525/srsp.2006.3.4.39>

Iannantuono, A. C., & Tylka, T. L. (2012). Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. *Body Image*, 9(2), 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.004>

Inoue, M., Kobayashi, Y., Honda, I., Awaji, H., & Fujii, A. (1992). The impact of endometriosis on the reproductive outcome of infertile patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167(1), 278–282. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(11\)91675-5](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(11)91675-5)

Jacobson, T. Z., Duffy, J. M., Barlow, D., Koninckx, P. R., & Garry, R. (2009). Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD001300. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001300.pub2>

Jacobson, T. Z. (2011). Potential cures for endometriosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1221(1), 70–74. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05933.x>

Jannini, E. A., Lenzi, A., & Maggi, M. (2007). *Sessuologia Medica. Trattato di psicosessuologia e medicina della sessualità* (pp. 379-382). Elsevier Masson, Milano.

Jappe, L. M., & Gardner, R. M. (2009). Body-Image perception and dissatisfaction throughout phases of the female menstrual cycle. *Perceptual and Motor Skills*, *108*(1), 74–80. <https://doi.org/10.2466/pms.108.1.74-80>

Jerman, L. F., & Hey-Cunningham, A. J. (2015). The role of the lymphatic System in Endometriosis: A Comprehensive Review of the literature1. *Biology of Reproduction*, *92*(3). <https://doi.org/10.1095/biolreprod.114.124313>

Jones, G. L., Kennedy, S. H., & Jenkinson, C. (2002). Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *187*(2), 501–511. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.124940>

Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, *40*(5), 823–835. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.5.823>

Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). Evaluating the responsiveness of the endometriosis health profile questionnaire: The EHP-30. *Quality of Life Research*, *13*(3), 705–713. <https://doi.org/10.1023/b:qure.0000021316.79349.af>

Jones, D. C., & Crawford, J. K. (2006). The peer appearance Culture during Adolescence: gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(2), 257-269.

Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (2006). Body image and attitudes toward male roles in Anabolic-Androgenic Steroid users. *the American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 697–703. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.697>

Karlsson, J. V., Patel, H., & Premberg, A. (2020). Experiences of health after dietary changes in endometriosis: a qualitative interview study. *BMJ Open*, *10*(2), e032321. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032321>

Kazakov, D. V., Ondic, O., Zamecnik, M., Shelekhova, K. V., Mukensnabl, P., Hes, O., Dvorak, V., & Michal, M. (2007). Morphological variations of scar-related and spontaneous endometriosis of the skin and superficial soft tissue: A study of 71 cases with emphasis on atypical features and types of müllerian differentiations. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *57*(1), 134–146. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2006.11.036>

Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Miller, K. E. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image*, *11*(4), 446–453. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.005>

- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., Hummelshoj, L., Prentice, A., & Saridogan, E. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, *20*(10), 2698–2704. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei135>
- Kent, G. (2000). Understanding the experiences of people with disfigurements: An integration of four models of social and psychological functioning. *Psychology, Health & Medicine*, *5*(2), 117–129. <https://doi.org/10.1080/713690187>
- Kiesel, L., & Sourouni, M. (2019). Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric*, *22*(3), 296–302. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1578743>
- Kim, D., Cho, Y., Cho, S., & Lim, I. (2009). Body weight perception, unhealthy weight control behaviors, and suicidal ideation among Korean adolescents. *Journal of School Health*, *79*(12), 585–592. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00452.x>
- King, I. C. C. (2018). Body image in paediatric burns: a review. *Burns and Trauma*, *6*. <https://doi.org/10.1186/s41038-018-0114-3>
- Kinkel, K., Chapron, C., Balleyguier, C., Fritel, X., Dubuisson, J. B., & Moreau, J. F. (1999). Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis. *Human Reproduction*, *14*(4), 1080–1086. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.4.1080>
- Kirkcaldy, B. D., Shephard, R. J., & Siefen, R. G. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(11), 544–550. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0554-7>
- Kitawaki, J., Kado, N., Ishihara, H., Koshiba, H., Kitaoka, Y., & Honjo, H. (2002). Endometriosis: the pathophysiology as an estrogen-dependent disease. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology/the Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, *83*(1–5), 149–155. [https://doi.org/10.1016/s0960-0760\(02\)00260-1](https://doi.org/10.1016/s0960-0760(02)00260-1)
- Klein, M. C. (2018). *Yoga rising: 30 Empowering Stories from Yoga Renegades for Every Body*. Llewellyn Worldwide
- Klein, M. C., & Guest-Jelley, A. (2014). *Yoga and body image: 25 Personal Stories About Beauty, Bravery & Loving Your Body*. Llewellyn Worldwide.
- Koninckx, P. R., Ussia, A., Adamyan, L., Wattiez, A., Gomel, V., & Martin, D. C. (2019). Pathogenesis of endometriosis: the genetic/epigenetic theory. *Fertility and Sterility*, *111*(2), 327–340. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.10.013>

Kopcakova, J., Veselska, Z. D., Geckova, A. M., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2014). Is Being a Boy and Feeling Fat a Barrier for Physical Activity? The Association between Body Image, Gender and Physical Activity among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(11), 11167–11176. <https://doi.org/10.3390/ijerph111111167>

Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent Body Image Dissatisfaction: Relationships with Self-esteem, Anxiety, and Depression Controlling for Body Mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *39*(2), 255–262. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00319>

Kostanski, M., Fisher, A., & Gullone, E. (2004). Current conceptualisation of body image dissatisfaction: have we got it wrong? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *45*(7), 1317–1325. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00315.x>

La Rosa, V. L., Barra, F., Chiofalo, B., Platania, A., Di Guardo, F., Conway, F., Di Angelo Antonio, S., & Lin, L. (2019). An overview on the relationship between endometriosis and infertility: the impact on sexuality and psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology/Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *41*(2), 93–97. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2019.1659775>

La Rosa, V. L., De Franciscis, P., Barra, F., Schiattarella, A., Tropea, A., Tesarik, J., Shah, M., Kahramanoglu, I., Cerentini, T. M., Ponta, M., & Ferrero, S. (2020). Sexuality in women with endometriosis: a critical narrative review. *Minerva Medica*, *111*(1). <https://doi.org/10.23736/s0026-4806.19.06299-2>

Lamceva, J., Uljanovs, R., & Strumfa, I. (2023). The main theories on the pathogenesis of endometriosis. *International Journal of Molecular Sciences*, *24*(5), 4254. <https://doi.org/10.3390/ijms24054254>

Larbi, M. (2019, May 2). Women share photos of their bloated bellies to show painful reality of living with endometriosis. *The Sun*. <https://www.thesun.co.uk/fabulous/8986666/endometriosis-bloated-bellies/>

Larosa, M., Facchini, F., Pozzoli, G., Leone, M., Grande, M., & Monica, B. (2010). Endometriosis: le basi eziopatogenetiche [Endometriosis: aetiopathogenetic basis]. *Urologia*, *77 Suppl 17*, 1–11.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*, *281*(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>

- Lee, S., & Koo, Y. (2021). Classification of endometriosis. *Yeungnam University Journal of Medicine*, 38(1), 10–18. <https://doi.org/10.12701/yujm.2020.00444>
- Leit, R. A., Pope, H. G., Jr, & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds. *The International journal of eating disorders*, 29(1), 90–93. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200101\)29:1<90::aid-eat15>3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200101)29:1<90::aid-eat15>3.0.co;2-f)
- Lewis, J. S., Kersten, P., McCabe, C. S., McPherson, K. M., & Blake, D. R. (2007). Body perception disturbance: A contribution to pain in complex regional pain syndrome (CRPS). *Pain*, 133(1), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.03.013>
- Liu, J. H. (2022, April 5). *Endometriosi*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/ginecologia-e-ostetricia/endometriosi/endometriosi>
- Lockhat, F. B., Emembolu, J. O., & Konje, J. C. (2004). The evaluation of the effectiveness of an intrauterine-administered progestogen (levonorgestrel) in the symptomatic treatment of endometriosis and in the staging of the disease. *Human reproduction (Oxford, England)*, 19(1), 179–184. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh004>
- Lotze, M., & Moseley, G. L. (2007). Role of distorted body image in pain. *Current rheumatology reports*, 9(6), 488–496. <https://doi.org/10.1007/s11926-007-0079-x>
- Lundberg, W. I., Wall, J. E., & Mathers, J. E. (1973). Laparoscopy in evaluation of pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 42, 872-76.
- Luscombe, G. M., Markham, R., Judio, M., Grigoriu, A., & Fraser, I. S. (2009). Abdominal bloating: an under-recognized endometriosis symptom. *JOGC/Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(12), 1159–1171. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34377-8](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34377-8)
- Mahlo, L., & Tiggemann, M. (2016). Yoga and positive body image: A test of the Embodiment Model. *Body Image*, 18, 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.008>
- Manderson, L., Warren, N., & Markovic, M. (2008). Circuit Breaking: Pathways of treatment seeking for women with endometriosis in Australia. *Qualitative Health Research*, 18(4), 522–534. <https://doi.org/10.1177/1049732308315432>
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357–372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>

Maruyama, T., & Yoshimura, Y. (2012). Stem cell theory for the pathogenesis of endometriosis. *Frontiers in bioscience (Elite edition)*, 4(8), 2754–2763. <https://doi.org/10.2741/e589>

Matías-González, Y., Sánchez-Galarza, A. N., Flores-Caldera, I., & Rivera-Segarra, E. (2020). “Es que tú eres una changa”: stigma experiences among Latina women living with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology/Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 42(1), 67–74. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2020.1822807>

Matorras, R., Elorriaga, M. A., Pijoan, J. I., Ramón, O., & Rodríguez-Escudero, F. J. (2002). Recurrence of endometriosis in women with bilateral adnexectomy (with or without total hysterectomy) who received hormone replacement therapy. *Fertility and Sterility*, 77(2), 303–308. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(01\)02981-8](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(01)02981-8)

Mawhinney, R. R., Powell, M. C., Worthington, B. S., & Symonds, E. M. (1988). Magnetic resonance imaging of benign ovarian masses. *the British Journal of Radiology/British Journal of Radiology*, 61(723), 179–186. <https://doi.org/10.1259/0007-1285-61-723-179>

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 22(1), 39–46.

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 675–685. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00129-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00129-6)

McCreary, D. R. (2011). Body image and muscularity. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 198–205). The Guilford Press.

McKinley, N. M., & Hyde, J. S. (1996). The objectified body consciousness scale. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 181–215. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00467.x>

Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1997). Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *the Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 561–569. <https://doi.org/10.1097/00005053-199709000-00005>

Mehedintu, C., Plotogea, M. N., Ionescu, S., & Antonovici, M. (2014). Endometriosis still a challenge. *Journal of medicine and life*, 7(3), 349–357.

- Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G. B., & Angioni, S. (2014). Sexual Function in Women with Deep Endometriosis: Correlation with Quality of Life, Intensity of Pain, Depression, Anxiety, and Body Image. *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 175–185. <https://doi.org/10.1080/19317611.2014.952394>
- Melnyk, S. E., Cash, T. F., & Janda, L. H. (2004). Body image ups and downs: prediction of intra-individual level and variability of women's daily body image experiences. *Body Image*, 1(3), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.03.003>
- Menzel, J. E., & Levine, M. P. (2011). Embodying experiences and the promotion of positive body image: The example of competitive athletics. In R. M. Calogero, S. Tantleff-Dunn, & J. K. Thompson (Eds.), *Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions* (pp. 163–186). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12304-008>
- Meresman, G. F., Augé, L., Barañao, R. I., Lombardi, E., Tesone, M., & Sueldo, C. (2002). Oral contraceptives suppress cell proliferation and enhance apoptosis of eutopic endometrial tissue from patients with endometriosis. *Fertility and Sterility*, 77(6), 1141–1147. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(02\)03099-6](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)03099-6)
- Mills, J., Shu, C., Misajon, R., & Rush-Privitera, G. (2023). 'My body is out to wreck everything I have': a qualitative study of how women with endometriosis feel about their bodies. *Psychology & Health*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2218404>
- Miner-Rubino, K., Twenge, J. M., & Fredrickson, B. L. (2002). Trait Self-Objectification in women: affective and personality correlates. *Journal of Research in Personality*, 36(2), 147–172. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2001.2343>
- Ministero della Salute (2021). Giornata mondiale dell'Endometriosi: il Ministero della Salute si illumina di giallo. Indetto bando da tre milioni per la ricerca.
- Mölbart, S. C., Klein, L., Thaler, A., Mohler, B. J., Brozzo, C., Martus, P., Karnath, H., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2017). Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 57, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.005>
- Mölbart, S. C., Thaler, A., Mohler, B. J., Streuber, S., Romero, J., Black, M. J., Zipfel, S., Karnath, H., & Giel, K. E. (2018). Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtual reality: Attitudinal components rather than visual body size estimation are distorted. *Psychological Medicine*, 48(4), 642–653. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002008>

- Moore, J., Copley, S., Morris, J., Lindsell, D., Golding, S., & Kennedy, S. (2002). A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, *20*(6), 630–634. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.2002.00862.x>
- Moradi, B., & Huang, Y. (2008). Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychology of Women Quarterly*, *32*(4), 377–398. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x>
- Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., & Ellwood, D. (2014). Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Women's Health*, *14*(1), 123. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-123>
- Mosewich, A. D., Kowalski, K. C., Sabiston, C. M., Sedgwick, W. A., & Tracy, J. L. (2011). Self-Compassion: a potential resource for young women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *33*(1), 103–123. <https://doi.org/10.1123/jsep.33.1.103>
- Mounsey, A. L., Wilgus, A., & Slawson, D. C. (2006). Diagnosis and management of endometriosis. *American family physician*, *74*(4), 594–600.
- Murnen, S. K. (2011). Gender and body images. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 173–179). The Guilford Press.
- Nagashima, N., Hirata, T., Arakawa, T., Neriishi, K., Sun, H., Harada, M., Hirota, Y., Koga, K., Wada-Hiraike, O., & Osuga, Y. (2022). Long-term conservative management of symptomatic bladder endometriosis: A case series of 17 patients. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, *61*(4), 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.02.044>
- Namnoum, A. B., Hickman, T. N., Goodman, S. B., Gehlbach, D. L., & Rock, J. A. (1995). Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. *Fertility and Sterility*, *64*(5), 898–902. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)57899-6](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)57899-6)
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure Self-Compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, *74*(1), 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Nemeroff, C. J., Stein, R. I., Diehl, N. S., & Smilack, K. M. (1994). From the Cleavers to the Clintons: role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *The International journal of eating disorders*, *16*(2), 167–176. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199409\)16:2<167::aid-eat2260160208>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199409)16:2<167::aid-eat2260160208>3.0.co;2-d)

- Nerini, A., Stefanile, C., & Mercurio, C. (2009). L'immagine corporea. In D. Dettore (Ed.), *I disturbi dell'immagine corporea* (pp. 1-13). Milano: McGraw-Hill
- Neumark-Sztainer, D., MacLehose, R. F., Watts, A. W., Pacanowski, C. R., & Eisenberg, M. E. (2018). Yoga and body image: Findings from a large population-based study of young adults. *Body Image*, 24, 69–75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.12.003>
- Neumark-Sztainer, D., Watts, A. W., & Rydell, S. (2018). Yoga and body image: How do young adults practicing yoga describe its impact on their body image? *Body Image*, 27, 156–168. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.09.001>
- Nisolle, M., & Donnez, J. (1997). Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertility and Sterility*, 68(4), 585–596. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)00191-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)00191-x)
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., D'Hooghe, T., De Cicco Nardone, F., De Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, S. H., & Zondervan, K. T. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96(2), 366-373.e8. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>
- Nussbaum, M. C. (1995). Objectification. *Philosophy and Public Affairs/Philosophy & Public Affairs*, 24(4), 249–291. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1995.tb00032.x>
- Olive, D. L. (2003). Medical therapy of endometriosis. *Seminars in Reproductive Medicine*, 21(2), 209–222. <https://doi.org/10.1055/s-2003-41327>
- Olive, D. (Ed.). (2004). *Endometriosis in Clinical Practice* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.3109/9780203319390>
- Oliveira, S., Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2018). The buffer effect of body compassion on the association between shame and body and eating difficulties. *Appetite*, 125, 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.01.031>
- Olivennes, F., Feldberg, D., Liu, H., Cohen, J., Moy, F., & Rosenwaks, Z. (1995). Endometriosis: a stage by stage analysis—the role of in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 64(2), 392–398. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)57740-1](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)57740-1)
- Oshinowo, A., Ionescu, A., Anim, T. E., & Lamvu, G. (2016). Dyspareunia and vulvodynia. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 44–57). <https://doi.org/10.1093/med/9780199393039.003.0006>

Pehlivan, M. J., Sherman, K. A., Wuthrich, V., Horn, M., Basson, M., & Duckworth, T. (2022). Body image and depression in endometriosis: Examining self-esteem and rumination as mediators. *Body Image*, *43*, 463–473. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.10.012>

Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*(2), 189–193. <https://doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013>

Petta, C. A., Ferriani, R. A., Abrao, M. S., Hassan, D., Rosa E Silva, J. C., Podgaec, S., & Bahamondes, L. (2005). Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, *20*(7), 1993–1998. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh869>

Pinkerton, J. V. (2023, January 10). *Dismenorrhea*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/ginecologia-e-ostetricia/anomalie-del-ciclo-mestruale/dismenorrea>

Piran, N. (2002). Embodiment: A mosaic of inquiries in the area of body weight and shape preoccupation. In S. Abbey (Ed.), *Ways of knowing in and through the body: Diverse perspectives on embodiment* (pp. 211–214). Soleil Publishing.

Piran, N., & Teall, T. (2012). The developmental theory of embodiment. In G. McVey, M. P. Levine, N. Piran & H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 169–198). Wilfrid Laurier University Press.

Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, *14*, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008>

Piran, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*, *18*, 43–60. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.007>

Piran, N. (2017). *Journeys of embodiment at the intersection of body and culture: The developmental theory of embodiment*. Academic Press.

Piran, N., & Neumark-Sztainer, D. (2020). Yoga and the experience of embodiment: a discussion of possible links. *Eating Disorders*, *28*(4), 330–348. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1701350>

- Piran, N., Teall, T. L., & Counsell, A. (2020). The experience of embodiment scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, *34*, 117–134. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.05.007>
- Pope, H. G., Jr, Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *The International journal of eating disorders*, *26*(1), 65–72. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199907\)26:1<65::aid-eat8>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199907)26:1<65::aid-eat8>3.0.co;2-d)
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2006). Endometriosis and infertility. *Fertility and sterility*, *86*(5 Suppl 1), S156–S160. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.08.014>
- Proctor, M., & Farquhar, C. (2006). Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ (Clinical research ed.)*, *332*(7550), 1134–1138. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7550.1134>
- Pruzinsky, T., & Cash, T. F. (2002). Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 3-12). New York: Guilford Press.
- Rass, K., & Reichrath, J. (2009). UV damage and DNA repair in malignant melanoma and nonmelanoma skin cancer. In *Advances in experimental medicine and biology* (pp. 162–178). [https://doi.org/10.1007/978-0-387-77574-6\\_13](https://doi.org/10.1007/978-0-387-77574-6_13)
- Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. (1997). *Fertility and sterility*, *67*(5), 817–821. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x)
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Lillis, J., & Thomas, K. (2006). A longitudinal investigation of the development of weight and muscle concerns among preadolescent boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *2*, 177-187.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Holt, K. E., & Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *24*(4), 475–495. [https://doi.org/10.1016/s0193-3973\(03\)00070-4](https://doi.org/10.1016/s0193-3973(03)00070-4)
- Rierdan, J., & Koff, E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, *32*(127), 615–624.

- Riva, G., Gaudio, S., & Dakanalis, A. (2015). The Neuropsychology of Self-Objectification. *European Psychologist*, *20*(1), 34–43. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000190>
- Roehrs, T., Hyde, M., Blaisdell, B., Greenwald, M., & Roth, T. (2006). Sleep Loss and REM Sleep Loss are Hyperalgesic. *Sleep*, *29*(2), 145–151. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.2.145>
- Roehrs, T. A., Harris, E., Randall, S., & Roth, T. (2012). Pain sensitivity and recovery from mild chronic sleep loss. *Sleep*, *35*(12), 1667–1672. <https://doi.org/10.5665/sleep.2240>
- Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (2000). The Investigation and Management of Endometriosis. Guideline No. 24. London: RCOG.
- Ruoff, G., & Lema, M. (2003). Strategies in pain management: new and potential indications for COX-2 specific inhibitors. *Journal of pain and symptom management*, *25*(2 Suppl), S21–S31. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00628-0](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00628-0)
- Rush, G., & Misajon, R. (2018). Examining subjective wellbeing and health-related quality of life in women with endometriosis. *Health Care for Women International*, *39*(3), 303–321. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1397671>
- Ruszała, M., Dłuski, D. F., Winkler, I., Kotarski, J., Rechberger, T., & Gogacz, M. (2022). The State of Health and the Quality of Life in Women Suffering from Endometriosis. *Journal of clinical medicine*, *11*(7), 2059. <https://doi.org/10.3390/jcm11072059>
- Sagsveen, M., Farmer, J. E., Prentice, A., & Breeze, A. (2003). Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis: bone mineral density. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2003*(4), CD001297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001297>
- Sampson, J.A. (1921). Perforating Hemorrhagic (Chocolate) cysts of the ovary: their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial type (“Adenomyoma” of the uterus, rectovaginal septum, sigmoid, etc.). *Archives of Surgery*, *3*(2), 245-323. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1921.01110080003001>
- Sampson, J. A. (1927). Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *The American journal of pathology*, *3*(2), 93–110.43.

Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1–2), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>

Sayer-Jones, K., & Sherman, K. A. (2021). Body image concerns in individuals diagnosed with benign gynaecological conditions: scoping review and meta-synthesis. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 456–479. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1920949>

Sayer-Jones, K., & Sherman, K. A. (2022). “My body...tends to betray me sometimes”: a Qualitative Analysis of Affective and Perceptual Body Image in Individuals Living with Endometriosis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 543–554. <https://doi.org/10.1007/s12529-022-10118-1>

Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body; studies in the constructive energies of the psyche*. New York, International Universities Press.

Schwartz, D., & Mayaux, M. J. (1982). Female fecundity as a function of age: results of artificial insemination in 2193 nulliparous women with azoospermic husbands. Federation CECOS. *The New England Journal of Medicine/the New England Journal of Medicine*, 306(7), 404–406. <https://doi.org/10.1056/nejm198202183060706>

Serracchioli, R., Frascà, C., & Matteucci, C. (2012). *L'endometriosi*, Roma: L'Asino d'oro, 2012.

Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). Review of body image and some of contributing factors in Iranian population. *International Journal of Preventive Medicine/International Journal of Preventive Medicine.*, 10(1), 19. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm\\_293\\_18](https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_293_18)

Signorile, P. G., Viceconte, R., & Baldi, A. (2022). New insights in pathogenesis of endometriosis. *Frontiers in Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.879015>

Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Revista Da Associação Médica Brasileira (1992)*, 65(5), 731–738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>

Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., Brodsky, V., Canis, M., Colombo, G. L., DeLeire, T., Falcone, T., Graham, B., Halis, G., Horne, A., Kanj, O., Kjer, J. J., Kristensen, J., Lebovic, D., Mueller, M., . . . D'Hooghe, T. (2012). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*, 27(5), 1292–1299. <https://doi.org/10.1093/humrep/des073>

Simpson, J. L., Elias, S., Malinak, L. R. , & Buttram, V. C. (1980). Heritable aspects of endometriosis. I. Genetic studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 137(3), 327–331. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(80\)90917-5](https://doi.org/10.1016/0002-9378(80)90917-5)

Sims, O. T., Gupta, J., Missmer, S. A., & Aninye, I. O. (2021). Stigma and Endometriosis: A Brief Overview and Recommendations to Improve Psychosocial Well-Being and Diagnostic Delay. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8210. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158210>

Siracusano, A., Niolu, C., & Bianciardi, E. (2023, January 1). *Embodiment e disembodiment*. 29(1):3-12 Néos. <https://www.e-noos.com/archivio/4108/articoli/41042/>

Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (2), 20–22.

Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497–502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)

Smolak, L. (2012). Appearance in childhood and adolescence. In N. Rumsey & D. Harcourt (Eds.), *The Oxford handbook of the psychology of appearance* (pp. 123–144). OUP Oxford. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199580521.001.0001>

Soliman, A. M., Coyne, K. S., Zaiser, E., Castelli-Haley, J., & Fuldeore, M. J. (2017). The burden of endometriosis symptoms on health-related quality of life in women in the United States: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology/Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 38(4), 238–248. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1289512>

Spitzer, B. L., Henderson, K.A., & Zivian, M.T. (1999). Gender differences in population versus media body sizes: A comparison over four decades. *Sex Roles*, 40, 545-565.

Stice, E., & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 985–993. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00488-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00488-9)

Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual review of clinical psychology*, 3(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>

Sullivan-Myers, C., Sherman, K. A., Beath, A. P., Duckworth, T. J., & Cooper, M. J. W. (2021). Delineating sociodemographic, medical and quality of life factors associated with psychological distress in individuals with endometriosis. *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab138>

Sullivan-Myers, C., Sherman, K. A., Beath, A. P., Cooper, M. J. W., & Duckworth, T. J. (2023). Body image, self-compassion, and sexual distress in individuals living with endometriosis. *Journal of psychosomatic research*, *167*, 111197. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111197>

Sutton, C., & Hill, D. (1990). Laser laparoscopy in the treatment of endometriosis. A 5-year study. *British journal of obstetrics and gynaecology*, *97*(2), 181–185. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb01746.x>

Sutton, C., Adamson, G.D., & Jones, K.D. (Eds.). (2005). *Modern Management of Endometriosis* (1st ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b14621>

Swami, V., Barron, D., & Furnham, A. (2018). Exposure to natural environments, and photographs of natural environments, promotes more positive body image. *Body Image*, *24*, 82–94. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.12.006>

Tangney, J., & Dearing, R. (2002). *Emotions and social behavior. Shame and guilt*. Guilford Press. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>

Thompson, J.K., Heinberg, L., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.

Thomas, K., Ricciardelli, L.A., & Williams, R.J. (2000). Gender traits and self-concept as indicators of problem eating and body dissatisfaction among children. *Sex Roles*, *43* (7/8), 441-458.

Thompson, J.K. (ed.) (2004). *Handbook of eating disorders and obesity*. New York, NY: Wiley.

Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body image*, *10*(4), 624–627. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>

Tomori, M., & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *26*(5), 361–367. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00042-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00042-1)

Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girão, M. J., & Schor, E. (2011). Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *The journal of sexual medicine*, 8(2), 497–503. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x>

Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 56–64). The Guilford Press.

Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2011). Fighting self-objectification in prevention and intervention contexts. In J. K. Thompson & S. Tantleff-Dun (Eds.), *Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions* (pp. 187–214). American Psychological Association.

Tylka, T. (2012). Positive Psychology Perspectives on Body Image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 657–663). Academic Press. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00104-8>

Tylka, T. (2013). Evidence for the body appreciation scale's measurement equivalence/invariance between U.S. college women and men. *Body Image*, 10(3), 415–418. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.006>

Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of counseling psychology*, 60(1), 137–153. <https://doi.org/10.1037/a0030893>

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body image*, 14, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

Tylka, T. (2018). Overview of the Field of Positive Body Image. In E. Daniels, M. Gillen & C. Markey (Eds.), *Body Positive* (pp. 6–33). Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/9781108297653.002>

Tyson, P., Wilson, K., Crone, D., Brailsford, R., & Laws, K. (2010). Physical activity and mental health in a student population. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 19(6), 492–499. <https://doi.org/10.3109/09638230902968308>

Van den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body image*, 4(3), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.04.003>

Van Niekerk, L. M., Schubert, E., & Matthewson, M. (2021). Emotional intimacy, empathic concern, and relationship satisfaction in women with endometriosis and their partners. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 42(1), 81–87. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1774547>

Van Niekerk, L., Johnstone, L., & Matthewson, M. (2022). Health-related quality of life in endometriosis: The influence of endometriosis-related symptom presence and distress. *Journal of health psychology*, 27(14), 3121–3135. <https://doi.org/10.1177/13591053221085051>

Van Niekerk, L., Steains, E., & Matthewson, M. (2022). Correlates of health-related quality of life: The influence of endometriosis, body image and psychological wellbeing. *Journal of psychosomatic research*, 161, 110993. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110993>

Van Niekerk, L. M., Dell, B., Johnstone, L., Matthewson, M., & Quinn, M. (2023). Examining the associations between self and body compassion and health related quality of life in people diagnosed with endometriosis. *Journal of psychosomatic research*, 167, 111202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111202>

Vercellini, P., Fedele, L., Molteni, P., Arcaini, L., Bianchi, S., & Candiani, G.B. (1990). Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 32, 261-265.

Vercellini, P., Trespidi, L., Colombo, A., Vendola, N., Marchini, M., & Crosignani, P. G. (1993). A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. *Fertility and sterility*, 60(1), 75–79.

Vercellini, P., Trespidi, L., De Giorgi, O., Cortesi, I., Parazzini, F., & Crosignani, P. G. (1996). Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertility and sterility*, 65(2), 299–304.

Vercellini P. (1997). Endometriosis: what a pain it is. *Seminars in reproductive endocrinology*, 15(3), 251–261. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1068755>

Vercellini, P., Aimi, G., Panazza, S., De Giorgi, O., Pesole, A., & Crosignani, P. G. (1999). A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility and sterility*, 72(3), 505–508. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(99\)00291-5](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(99)00291-5)

Vercellini, P., Fedele, L., Pietropaolo, G., Frontino, G., Somigliana, E., & Crosignani, P. G. (2003). Progestogens for endometriosis: forward to the past. *Human reproduction update*, 9(4), 387–396. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmg030>

Vercellini, P., Somigliana, E., Daguati, R., Viganò, P., Meroni, F., & Crosignani, P. G. (2008). Postoperative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence. *American journal of obstetrics and gynecology*, *198*(5), 504.e1–504.e5045. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.11.010>

Vercellini, P., Somigliana, E., Viganò, P., Abbiati, A., Barbara, G., & Crosignani, P. G. (2009). Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. *Drugs*, *69*(6), 649–675. <https://doi.org/10.2165/00003495-200969060-00002>

Verplanken, B., & Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body image*, *5*(2), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.11.001>

Viganò, P., Parazzini, F., Somigliana, E., & Vercellini, P. (2004). Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, *18*(2), 177–200. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.01.007>

Vinoski Thomas, E., Warren-Findlow, J., Webb, J. B., Quinlan, M. M., Laditka, S. B., & Reeve, C. L. (2019). "It's very valuable to me that I appear capable": A qualitative study exploring relationships between body functionality and appearance among women with visible physical disabilities. *Body image*, *30*, 81–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.05.007>

Volker, C., & Mills, J. (2022). Endometriosis and body image: Comparing people with and without endometriosis and exploring the relationship with pelvic pain. *Body image*, *43*, 518–522. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.10.014>

Waller, K. G., & Shaw, R. W. (1993). Gonadotropin-releasing hormone analogues for the treatment of endometriosis: long-term follow-up. *Fertility and sterility*, *59*(3), 511–515. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)55791-4](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)55791-4)

Wang, Y., Nicholes, K., & Shih, I. M. (2020). The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. *Annual review of pathology*, *15*, 71–95. <https://doi.org/10.1146/annurev-pathmechdis-012419-032654>

Wang, P. H., Yang, S. T., Chang, W. H., Liu, C. H., Lee, F. K., & Lee, W. L. (2022). Endometriosis: Part I. Basic concept. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, *61*(6), 927–934. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.08.002>

Wagensveld, L., van Nimwegen, C., & Bakkes, S. (2023). Identifying Body Appreciation by Visualising Actual/Ideal Self-Discrepancy: An Avatar Creation Task. *In Proceedings of the 18th International Conference on the Foundations of Digital Games (FDG '23)*. Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, Article 34, 1–11. <https://doi.org/10.1145/3582437.3582450>

Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body image, 9*(2), 236–245. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.007>

Webb, J. B., Butler-Ajibade, P., & Robinson, S. A. (2014). Considering an affect regulation framework for examining the association between body dissatisfaction and positive body image in Black older adolescent females: does body mass index matter?. *Body image, 11*(4), 426–437. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.002>

Webb, J. B., Wood-Barcalow, N. L., & Tylka, T. L. (2015). Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body image, 14*, 130–145. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.010>

Wertheim, E., & Paxton, S. (2011). Body image development in adolescent girls. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 76–84). The Guilford Press

What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. (1996). *World health forum, 17*(4), 354–356.

Wheeler, J. M., & Malinak, L. R. (1987). Recurrent endometriosis. *Contributions to gynecology and obstetrics, 16*, 13–21.

White C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology, 9*(3), 183–192. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3<183::aid-pon446>3.0.co;2-l](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::aid-pon446>3.0.co;2-l)

Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). "But I Like My Body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body image, 7*(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>

Woodward, P. J., & Gilfeather, M. (1998). Magnetic resonance imaging of the female pelvis. *Seminars in ultrasound, CT, and MR, 19*(1), 90–103. [https://doi.org/10.1016/s0887-2171\(98\)90026-9](https://doi.org/10.1016/s0887-2171(98)90026-9)

[www.treccani.it/vocabolario](http://www.treccani.it/vocabolario)

Yamamotova, A., Bulant, J., Bocek, V., & Papezova, H. (2017). Dissatisfaction with own body makes patients with eating disorders more sensitive to pain. *Journal of pain research, 10*, 1667–1675. <https://doi.org/10.2147/JPR.S133425>

Zanon, A., Tomassoni, R., Gargano, M., & Granai, M. G. (2016). Body image and health behaviors: is there a relationship between lifestyles and positive body image?. *La Clinica terapeutica, 167*(3), e63–e69. <https://doi.org/10.7417/CT.2016.1935>

Zondervan, K. T., Becker, C. M., Koga, K., Missmer, S. A., Taylor, R. N., & Viganò, P. (2018). Endometriosis. *Nature reviews. Disease primers*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0008-5>

Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. *The New England journal of medicine*, 382(13), 1244–1256. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>