



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN
Scienze Cliniche

CICLO XXXIV

COORDINATORE Prof. COSMI LORENZO

Il Prima e il Dopo: Tumore al Seno, Insoddisfazione Corporea, Self-Compassion e Benessere Psicologico

Settore Scientifico Disciplinare M-PSI/05

Dottoranda

Dott.ssa POLICARDO GIULIA ROSA

Tutore

Prof. NERINI AMANDA

Giulia Rosa Policardo

Amanda Nerini

Coordinatore

Prof. COSMI LORENZO

Prof. COSMI LORENZO
Matr. 999314

Anni 2018/2022

Premessa.....	I -VII
----------------------	---------------

INTRODUZIONE

1. Immagine corporea: definizione e processi associati	1
1.1. Prospettiva cognitivo comportamentale e immagine corporea: il modello di Thomas Cash.....	2
1.1.1. Influenze storiche e di sviluppo.....	5
1.1.2. Eventi prossimali e processi associati.....	7
1.2. Immagine corporea negativa: quando la mia percezione corporea ostacola il mio benessere.....	9
1.3. L'immagine corporea positiva: amo e apprezzo il mio corpo così come è.....	13
1.3.1. L'apprezzamento corporeo: apprezzo le caratteristiche diverse ed uniche del mio corpo.....	17
1.3.2. L'apprezzamento per la funzionalità corporea: rispetto il mio corpo per le funzioni che esso esercita.....	19
1.4. Self-Compassion: valida risorsa per la costruzione di un'immagine corporea positiva?.....	23
1.4.1. Body Compassion: un costrutto promettente per l'immagine corporea positiva?	27
2. Il mio corpo e (è) la mia salute: il ruolo dell'immagine corporea nella prevenzione del tumore al seno	32
2.1. Salute e strategie di prevenzione: l'importanza della prevenzione a tutti i livelli.....	32
2.2. Tumore al seno: dati epidemiologici in Italia e nel mondo.....	34
2.3. Prevenzione del tumore al seno: strategie di prevenzione selettive.....	37
2.3.1. Autoesame al seno (<i>Breast Self-Examination - BSE</i>)	38
2.3.2. Esame clinico al seno (<i>Clinical Self-Examination - CSE</i>) o visita senologica.....	39
2.3.3. Mammografia	40
2.3.4. Ecografia mammaria	41
2.4. Quali fattori ostacolano la messa in atto dei comportamenti di prevenzione per il tumore al seno?.....	42
2.4.1. Immagine corporea negativa e comportamenti di prevenzione per il tumore al seno.....	45
2.4.2. Immagine corporea positiva e comportamenti di prevenzione per il tumore al seno.....	47
3. I'm a "Breast Cancer Survivors": immagine corporea nelle donne che hanno avuto un tumore mammario	50
3.1. Il trattamento chirurgico: quali conseguenze sull'immagine corporea?.....	52
3.2. La terapia sistemica e adiuvante: quali conseguenze sull'immagine corporea?.....	55
3.3. Interventi self-compassion based: conseguenze su immagine corporea e qualità della vita delle <i>breast cancer survivors</i>	61
4. Obiettivo della ricerca	63

STUDIO 1**Body Compassion Scale: uno studio di validazione del contesto italiano**

1. Introduzione.....	68
1.1 Il presente studio.....	73
2. Metodo.....	74
2.1. Partecipanti e procedure	74
2.2. Strumenti	75
2.3. Analisi dei dati.....	77
3. Risultati	78
4. Discussione e conclusioni	82

STUDIO 2**Intenzioni di effettuare l'autoesame al seno: il ruolo dell'immagine corporea e la Teoria del Comportamento Pianificato.**

1. Introduzione.....	85
1.1 Il presente studio	89
2. Metodo.....	91
2.1. Partecipanti e procedure	91
2.2. Strumenti	92
2.3. Analisi dei dati.....	94
3. Risultati	95
4. Discussione e conclusioni	98

STUDIO 3**Benessere e flessibilità psicologica nelle donne che hanno avuto un tumore al seno: il ruolo dell'immagine corporea.**

1. Introduzione.....	104
1.1 Il presente studio.....	107
2. Metodo.....	108
2.1. Partecipanti e procedure	108
2.2. Strumenti	111
2.3. Analisi dei dati.....	113
3. Risultati	114
4. Discussione e conclusioni	119

CONCLUSIONE	125
--------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA	128
---------------------------	------------

INDICE DI TABELLE E FIGURE

INTRODUZIONE

Figura 1. Immagine corporea: dimensioni, determinanti e processi (fonte: Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, Volume 1, Cash, 2011 p. 2)4

STUDIO 1: Body Compassion Scale: uno studio di validazione del contesto italiano

Tabella 1.1. Statistiche descrittive dei 23 item della BCS (N = 695) 78

Figura 1.1. Modello dell'Analisi Fattoriale Confermativa, saturazioni fattoriali dei 23 item della BCS e correlazioni tra fattori (N = 695)79

Tabella 1.2. Statistiche descrittive e alpha di Cronbach della BCS punteggio totale, BCS sottoscale (defusion, common humanity e acceptance), insoddisfazione corporea, inflessibilità psicologica, e benessere psicologico (N = 198)80

Tabella 1.3. Correlazioni bivariate tra BCS punteggio totale, BCS sottoscale, insoddisfazione corporea, inflessibilità psicologica, e benessere psicologico (N = 198).....81

STUDIO 2: Intenzioni di effettuare l'autoesame al seno: il ruolo dell'immagine corporea e la Teoria del Comportamento Pianificato.

Figura 2.1. Modello ipotizzato 95

Tabella 2.1. Statistiche descrittive e correlazioni tra le variabili oggetto di studio (N = 409).....96

Figura 2.2. Modello finale (N = 409)96

Tabella 2.2. Effetti indiretti (N = 409) 97

STUDIO 3: Benessere e flessibilità psicologica nelle donne che hanno avuto un tumore al seno: il ruolo dell'immagine corporea.

Figura 3.1. Percentuali relative alle tipologie di trattamento chirurgico a cui si sono sottoposte le donne partecipanti allo studio (N=114) 111

Figura 3.2. Percentuali relative alle tipologie di trattamento adiuvante (singolo o combinato) a cui si sono sottoposte le donne partecipanti allo studio (N=114)111

Tabella 3.1. Statistiche descrittive e correlazioni tra le variabili oggetto di studio (N = 114) 115

Tabella 3.2. Modello di regressione gerarchica relativo alla variabile criterio benessere psicologico (N = 114) 117

Tabella 3.3. Modello di regressione gerarchica relativo alla variabile criterio inflessibilità psicologica (N = 114).....118

Tabella 3.4. Modello di regressione gerarchica alternativo relativo alla variabile criterio benessere psicologico (N = 114)..... 119

Tabella 3.5. Modello di regressione gerarchica alternativo relativo alla variabile criterio inflessibilità psicologica (N = 114)..... 119

Premessa

Il cancro al seno è attualmente la neoplasia più frequentemente diagnosticata nel mondo (Sung et al., 2021) e in Italia (AIRTUM, 2020) e rappresenta una delle maggiori cause di decessi causati da carcinoma nelle donne in Europa (Wojtyla et al., 2021). Le tendenze demografiche indicano un continuo aumento delle diagnosi di tumore al seno che rappresentano un sostanziale problema di salute pubblica (AIRTUM, 2020). Tuttavia, in Italia le statistiche rispetto alla mortalità mostrano un ottimo trend: essa risulta in calo in tutte le classi di età, infatti rispetto al 2015, nel 2020 il tasso di mortalità per i tumori mammari risulta diminuito di oltre il 6%. La sopravvivenza a 5 anni delle donne con tumore alla mammella è dell'87% mentre la sopravvivenza dopo 10 anni dalla diagnosi è uguale all'80% (AIRTUM, 2020). Grazie alla prevenzione precoce e ai più recenti trattamenti medici, le aspettative di vita delle donne affette da questo tipo di tumore sono sensibilmente migliorate (Carioli et al. 2020). Nonostante la diagnosi precoce e l'adozione di misure preventive rappresentino elementi importanti per contenere l'indice di mortalità di tale tipo di tumore, emerge il dato, particolarmente rilevante nel contesto nazionale, che un numero significativo di donne adulte non partecipano ai programmi di prevenzione programmati (AIRTUM, 2020) e le donne più giovani non eseguono o eseguono molto raramente gli screening che possono permettere l'individuazione precoce della neoplasia, come l'autoesame al seno (e.g., Arcarisi et al., 2019). Considerati i bassi tassi di adesione a tale pratica di prevenzione secondaria, gli studiosi si sono quindi proposti di comprendere i potenziali fattori che ostacolano l'attuazione di tale comportamento. Tra questi una certa attenzione è stata posta anche all'immagine corporea, infatti, poichè l'autoesame al seno, per essere eseguito correttamente, richiede un'approfondita ispezione visiva e tattile di alcune parti del proprio corpo nonché un'adeguata consapevolezza di esso, la sua esecuzione potrebbe essere influenzata dalla valutazione che la persona fa del proprio corpo.

L'immagine corporea è un costrutto multidimensionale che si riferisce all'esperienza (e.g., percettiva, cognitiva, affettiva e comportamentale) che l'individuo fa del proprio corpo, includendo l'aspetto fisico, lo stato di salute del corpo, le abilità e le competenze corporee (Cash & Pruzinsky, 2002). Fino a poco tempo fa, la teoria e la ricerca sull'immagine corporea è stata

in gran parte *pathology-driven* ovvero le ricerche empiriche si sono focalizzate su caratteristiche (e.g., insoddisfazione corporea, vergogna corporea) e conseguenze associate ad un'immagine corporea negativa (e.g., comportamenti sessuali a rischio, disturbi alimentari, uso di alcool e sostanze) (Smolak & Cash, 2011). Recentemente invece l'interesse degli studiosi si è rivolto anche verso gli aspetti positivi dell'immagine corporea. Tuttavia, come sottolinea Tylka (2011), inizialmente l'immagine corporea positiva è stata concettualizzata come l'estremo opposto di un continuum, che andava da un'immagine corporea negativa ad una positiva, rappresentando quindi l'equivalente della soddisfazione corporea. Questo ristretto focus empirico ha limitato la comprensione della natura multidimensionale dell'immagine corporea tralasciando gli aspetti legati ad abilità e competenze corporee nonché i potenziali benefici derivanti dal possedere un'immagine corporea positiva. Successivamente, infatti, l'immagine corporea positiva è stata definita come un atteggiamento di amore, rispetto, di apprezzamento del proprio corpo e delle funzionalità che esso svolge per l'individuo comprendendo anche gli aspetti legati alle caratteristiche fisiche/estetiche del corpo ma non centrandosi esclusivamente su di esse (Wood-Barcalow et al., 2010). Ci sono varie evidenze che mostrano interessanti associazioni tra immagine corporea positiva e indicatori di salute. Nelle donne, l'apprezzamento corporeo ha mostrato forti associazioni positive con fattori legati al benessere come l'autostima, la soddisfazione di vita, l'affettività positiva e l'ottimismo (Dalley & Vidal, 2013). La *body appreciation* è anche fortemente correlata ad *outcome* comportamentali associati alla salute, tra cui l'*intuitive eating* (Augustus-Horvath & Tylka, 2011; Oh et al., 2012), il funzionamento sessuale (Satinsky et al., 2012), e la messa in atto di comportamenti di screening e di prevenzione della salute (Andrew et al., 2016; Gillen, 2015).

Tra i costrutti psicologici associati ad una valutazione positiva della propria immagine corporea emerge la *body compassion* (Altman et al., 2017). La *body compassion* viene definita come un atteggiamento di accettazione compassionevole del proprio corpo derivante dalla capacità di osservare i propri pensieri negativi associati a inadeguatezze fisiche percepite senza fondersi con essi, unitamente alla consapevolezza che i propri limiti e difetti corporei rappresentano un tipo di preoccupazione condivisa da molte altre persone (Altman et al., 2017). Gli studi sulla *body compassion* sono agli albori; tuttavia, le poche evidenze sul tema mostrano sia un ruolo protettivo e positivo della *body compassion* rispetto alla percezione che l'individuo

ha della propria immagine corporea e ai disturbi alimentari (e.g., Oliveira et al., 2018) e sul benessere emotivo (e.g., Altman et al., 2017) sia delle forti associazioni con la *body appreciation* (componente centrale dell'immagine corporea positiva) (Ferreira et al., 2018).

Dato il potenziale coinvolgimento dell'immagine corporea rispetto all'intenzione di eseguire pratiche di prevenzione secondaria per il cancro al seno che prevedono un contatto prioritario con il proprio corpo, come la *Breast Self-Examination* (BSE), alcuni studi (e.g., Clark et al., 2009; Samah & Ahmadian, 2014) si sono focalizzati inizialmente sul potenziale ruolo svolto dall'immagine corporea negativa (e.g., insoddisfazione/soddisfazione corporea e vergogna corporea) come fattore di ostacolo nella messa in atto di tali comportamenti di screening. Da tali studi, tuttavia, sono emersi risultati contrastanti. Mentre alcuni studi hanno mostrato che un'immagine corporea negativa si associava ad una bassa frequenza nell'attuazione della BSE (Clark et al., 2009; Samah & Ahmadian, 2014); altri studi non hanno trovato alcuna associazione significativa tra immagine corporea negativa e BSE (Ahmadian et al., 2016; Chait et al., 2009). Un solo studio (Swami & Furnham, 2018) ha mostrato come non sia l'insoddisfazione corporea generale ad essere associata ad una minore frequenza della BSE quanto piuttosto un'elevata insoddisfazione verso taglia e dimensione del proprio seno. In breve, il rapporto tra immagine corporea negativa e BSE sembra essere non ancora chiaro e, come sottolineano Ridolfi e Crowther (2013), poiché gli studi riguardanti il ruolo che il rapporto con il proprio corpo può avere sull'intenzione di attuare tale comportamento preventivo si sono focalizzati esclusivamente sul ruolo predittivo dell'immagine corporea negativa, la conoscenza al riguardo rimane frammentaria e parziale. Nonostante gli importanti avanzamenti teorici della ricerca scientifica riguardo le caratteristiche e i benefici (in termini di salute) derivanti dal possedere un'immagine corporea positiva e la presa di coscienza circa la rilevanza che tale costrutto potrebbe avere rispetto all'attuazione di comportamenti di rilevamento delle malattie (e.g., screening e strategie di prevenzione primaria) (Tylka, 2011), allo stato attuale sono poche le ricerche che si sono occupate di indagare il ruolo dell'immagine corporea positiva su comportamenti orientati alla prevenzione del tumore al seno. Dall'analisi della letteratura emerge infatti solo uno studio che ha esplorato il ruolo che l'apprezzamento per il proprio corpo può avere nel favorire l'intenzione di partecipazione allo screening mammografico (Andrew et al., 2016) evidenziando come la *body appreciation* risulti predire l'attuazione di tale

comportamento preventivo. Dato che i tassi di adesione ad alcune specifiche procedure di prevenzione secondaria come l'autoesame al seno risultano ancora molto bassi (Arcarisi et al., 2019; Yeshitila et al., 2021), diventa importante indagare il ruolo dell'immagine corporea positiva sulle intenzioni di effettuare tale pratica preventiva.

Un lavoro sostanziale rispetto allo studio dell'immagine corporea sta avvenendo anche in altre aree della psicologia (e.g., psico-oncologia) e in numerosi campi della salute e medicina che si occupano di carcinoma mammario. Tale interesse deriva dalla constatazione generale che le malattie fisiche congenite e/o traumatiche (e.g., tumori, malattie della pelle) e i trattamenti associati, possono cambiare drasticamente il funzionamento e l'aspetto del corpo, e incidere sul benessere psicosociale della persona nella vita di tutti i giorni. Il trattamento per il tumore al seno (sistemico, chirurgico e adiuvante) ha un impatto notevole sia sullo stato di salute delle donne sia sulle caratteristiche corporee con importanti ripercussioni sul piano psicologico.

Dati gli alti tassi di incidenza del carcinoma mammario (AIRTUM, 2020) e le forti ripercussioni sulla qualità della vita delle pazienti in parte dovute ai drastici cambiamenti, conseguenti ai trattamenti oncologici (sistemico, chirurgico e adiuvante), circa il funzionamento e l'aspetto del corpo (e.g., alopecia, aumento di peso, cicatrici, perdita del seno/i) (Chua et al., 2015; Cordero, 2015; Falk Dahl et al., 2010), l'interesse degli studiosi si è gradualmente incentrato sul rapporto tra immagine corporea e benessere nelle *breast cancer survivors*. Il benessere e la qualità della vita di queste donne sono infatti influenzati da molti fattori: la donna si trova a dover combattere contro una malattia che è potenzialmente mortale, affrontando trattamenti disabilitanti e dolorosi, dovendosi successivamente adattare ad un cambiamento sostanziale nel proprio corpo e nella propria vita (Helms et al., 2008). La relazione tra effetti del trattamento per il cancro al seno, immagine corporea negativa e qualità della vita è stata confermata da recenti studi (e.g., Favez & Cairo-Notari, 2021; Olfatbakhsh et al., 2018). Da alcuni primissimi studi emergono evidenze sul ruolo giocato anche dall'immagine corporea positiva rispetto allo stato di salute delle *breast cancer survivors*. In particolare, è stato visto come in tali donne emergano forti associazioni negative tra *body appreciation*, disturbi dell'immagine corporea e distress psicologico (Przedziecki & Sherman, 2016). Le ricerche in tale ambito specifico, sebbene riportino iniziali risultati promettenti, sono tuttavia ancora embrionali, sarebbe quindi rilevante condurre ulteriori ricerche che possano ampliare la

conoscenza sul ruolo che molteplici componenti, positive e funzionali, dell'immagine corporea (e.g., *body compassion* e *functionality appreciation*) potrebbero avere nel favorire il benessere psicologico delle *breast cancer survivors*.

A partire da tali premesse, la presente ricerca si propone di analizzare, attraverso tre studi, il ruolo che l'immagine corporea (positiva e negativa) riveste rispetto alle intenzioni di sottoporsi a procedure di prevenzione secondaria per il tumore al seno (i.e., autoesame al seno) e al benessere delle donne che si sono sottoposte ad un trattamento per il tumore al seno in seguito ad una diagnosi di carcinoma mammario (i.e., *breast cancer survivors*).

Nel primo capitolo dell'elaborato verrà trattato il costrutto dell'immagine corporea prendendo come riferimento teorico generale il modello cognitivo comportamentale dell'immagine corporea teorizzato da Thomas Cash (2004). Successivamente, all'interno del capitolo, verranno descritti gli studi che si sono occupati di indagare le caratteristiche e gli *outcomes* di salute associati ai costrutti di immagine corporea negativa e positiva.

Nel secondo capitolo verrà fornita una panoramica relativa alle strategie di prevenzione riguardanti il cancro al seno. Verranno approfonditi inoltre gli studi presenti in letteratura sul ruolo dell'immagine corporea, negativa in primis e più recentemente positiva, come predittore delle intenzioni di eseguire o meno strategie di prevenzione secondaria per il tumore al seno.

Nel terzo capitolo verranno passati in rassegna gli studi che si sono occupati di indagare il ruolo dell'immagine corporea nelle donne che hanno ricevuto un trattamento per il cancro al seno. Tali studi saranno presentati facendo riferimento ai vari tipi di trattamento (chirurgico, sistemico e adiuvante) a cui viene sottoposta una donna che riceve una diagnosi di tumore mammario e le conseguenze degli effetti collaterali di tali trattamenti su immagine corporea e qualità della vita.

Successivamente verranno presentati i tre studi caratterizzanti il presente lavoro di ricerca. Lo studio 1 si è proposto di validare la *Body Compassion Scale* nel contesto italiano. Considerate le prime evidenze che suggeriscono l'importante ruolo protettivo della *body compassion* sulla valutazione dell'immagine corporea (Oliveira et al., 2018) e il benessere emotivo (Altman et al., 2017). È di particolare importanza disporre di uno strumento valido e affidabile, volto a misurare le abilità di compassion specificatamente rivolte verso il corpo, anche nel contesto italiano.

Dalla letteratura emerge l'importanza di analizzare il ruolo delle caratteristiche dell'immagine corporea positiva come potenziali predittori delle intenzioni di effettuare pratiche di prevenzione della malattia (e.g., Andrew et al., 2016). I bassi tassi di adesione all'autoesame al seno sono evidenti nel contesto nazionale (Arcarisi et al., 2019) dunque è particolarmente importante indagare i fattori che possano incrementare l'intenzione di mettere in atto tale buona prassi di individuazione precoce di eventuali difformità nel seno. In linea con ciò, il secondo studio si propone di studiare i predittori dell'intenzione di effettuare l'autoesame al seno in un ampio campione di giovani donne italiane considerando anche il ruolo svolto dall'immagine corporea positiva e negativa. Utilizzando come framework teorico la Teoria del Comportamento Pianificato (TCP; Ajzen, 1991), lo studio si propone di analizzare se le norme soggettive, il controllo comportamentale percepito e alcune componenti dell'immagine corporea positiva (*body appreciation, body compassion*) e negativa (insoddisfazione corporea generale e specifica per il seno) risultano predire in modo statisticamente significativo le intenzioni di eseguire la BSE. Nello specifico, sono stati esplorati i legami tra immagine corporea (positiva e negativa) e intenzioni di eseguire la BSE sia diretti che indiretti, tramite la mediazione del controllo comportamentale percepito.

Un recentissimo sviluppo in letteratura riguarda lo studio dell'immagine corporea positiva nelle *breast cancer survivors*. Il rationale di tale interesse deriva dall'ipotesi che promuovere un'immagine corporea positiva potrebbe aiutare le donne sopravvissute al tumore al seno ad apprezzare il proprio corpo, nonostante limiti e difetti percepiti, influenzando, conseguentemente, in modo positivo il benessere percepito (Brunet et al., 2013; Lehardy, 2019). A partire da tali considerazioni il terzo studio si propone di esplorare il ruolo predittivo di alcune componenti dell'immagine corporea positiva (i.e., *functionality appreciation* e *body compassion*) e negativa (i.e., insoddisfazione corporea specifica per le donne che hanno ricevuto un trattamento per il cancro al seno) sul benessere psicologico e sull'inflessibilità psicologica di un campione di donne italiane che hanno ricevuto una diagnosi di carcinoma mammario e hanno terminato il trattamento oncologico da almeno 5 anni.

Nel complesso i risultati della ricerca potranno offrire, in primo luogo, un importante contributo nell'ampliare il panorama teorico sull'immagine corporea positiva, confermando l'importanza delle componenti dell'immagine corporea positiva (*body appreciation* e

functionality appreciation) rispetto ad *outcomes* associati alla salute nella popolazione generale (i.e., maggiori intenzioni di eseguire la BSE) e in popolazioni cliniche (i.e., benessere psicologico e inflessibilità psicologica nelle donne sopravvissute al cancro al seno); inoltre le evidenze di tali ricerca potrebbero colmare alcune lacune presenti in letteratura riguardo all'esplorazione e operazionalizzazione di recenti costrutti associati all'immagine corporea positiva (i.e., *body compassion*). In secondo luogo, i risultati della presente ricerca potrebbero aiutare ad identificare nuovi target di intervento per la promozione di comportamenti orientati alla salute nell'ambito del cancro al seno (sia in un'ottica preventiva che di promozione del benessere).

Introduzione

«*Speak to your body in a loving way. It's the only one you've got; it's your home and it deserves your respect*»

-Iskra Lawrence

1. Immagine corporea: definizione e processi associati

L'aspetto e il corpo hanno assunto un ruolo sempre più centrale all'interno delle società occidentali. Questa centralità dell'aspetto fisico è andata aumentando con la proliferazione dei media e new media comprendendo società e culture differenti (Tiggemann, 2011). La ricerca ha ampiamente dimostrato che, tale centralità attribuita all'aspetto fisico, ha portato, soprattutto la popolazione femminile, a vivere in modo negativo la propria immagine corporea e ad esperire una certa insoddisfazione rispetto al proprio corpo, tanto che tale insoddisfazione è stata definita da alcuni studiosi come "*normative discontent*", una sorta di malcontento normativo (Littleton, 2008). L'importanza di queste considerazioni è ancora più evidente se si considera che l'immagine corporea e la soddisfazione corporea rappresentano una componente fondamentale dell'autostima e del benessere psicologico delle persone (Chang & Suttikun, 2017; Sánchez-Miguel et al., 2019).

Il costrutto di *body image* rappresenta la percezione e la valutazione che un individuo fa del proprio aspetto fisico (Cash, 2002). La ricerca sull'immagine corporea ha avuto origine con lo studio degli aspetti neurologici e neuropsicologici riguardanti gli effetti di danni cerebrali su processi psicologici, come la consapevolezza spaziale e la localizzazione di specifiche parti del corpo nello spazio fisico. Nel corso del tempo sono state date diverse definizioni di immagine corporea, ognuna di esse si concentra sul ruolo della corporeità nel modificare, plasmare e sviluppare il senso di identità personale (Kołodziejczyk & Pawłowski, 2019). Schilder (1935) fu tra i primi a definire l'immagine corporea come l'immagine del corpo che ogni individuo crea all'interno della propria mente, esaltando dunque i processi psicologici connessi all'immagine corporea. Sicuramente considerato il periodo storico in cui è stata teorizzata, una delle

definizioni più complete e significative rispetto all'immagine corporea è quella di Slade (1994) che descrive l'immagine corporea come l'immagine che abbiamo nella nostra mente della forma, dimensione, taglia del nostro corpo e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche e rispetto alle singole parti del nostro corpo. Nella visione dello studioso, l'immagine corporea risulta essere un concetto multi-componenziale, comprendente una componente percettiva, una attitudinale, una affettiva ed infine una comportamentale. Dall'interazione di queste componenti si struttura l'immagine corporea che determina la persona nella sua totalità, in tutti gli aspetti che la caratterizzano (Slade, 1994). Successivamente Krueger (2002) ha posto attenzione all'essenza dell'immagine corporea nel "processo di formazione" della persona, ovvero nella costruzione della propria identità, con riferimento alla percezione di sé stessi ma anche alle funzioni che il proprio corpo assolve per noi. Lowen (in Gamelli, 2011) ha attribuito un ruolo fondamentale all'immagine corporea nell'esistenza umana, egli ha definito il concetto di *tradimento* del corpo, riferendosi alla sensazione di perdita del controllo sul proprio corpo, con conseguente mancanza di accettazione di questo e sentimenti negativi associati, tale concetto sembra essere centrale nel contesto delle malattie croniche.

1.1. Prospettiva cognitivo comportamentale e immagine corporea: il modello di Thomas Cash

Ad oggi nel mondo della ricerca e della clinica psicologica il modello teorico-applicativo che integra ed amplia le definizioni e le concettualizzazioni sopraesposte è quello di Thomas Cash che dagli anni 90' ha concentrato il focus dei suoi studi sullo sviluppo di un modello teorico generale (non specifico per una determinata psicopatologia) che potesse spiegare come l'immagine corporea si sviluppi nel corso di vita di un individuo. Nel suo modello teorico lo studioso ha analizzato processi e fattori concorrenti alla formazione dell'immagine corporea sviluppando nelle ultime decadi un programma cognitivo-comportamentale *evidence-based* volto al miglioramento della propria immagine corporea (Cash, 2008). Cash ha anche sviluppato la maggior parte delle misure di assessment volte a misurare le varie componenti, percettive,

attitudinali e comportamentali dell'immagine corporea (e.g., *Appearance Schemas Inventory*; Cash et al., 2004; *Body Image Coping Strategies Inventory*; Cash et al., 2005).

Cash (2012) definisce l'immagine corporea come l'esperienza che le persone fanno del proprio aspetto fisico, focalizzandosi in particolare sull'aspetto fisico ma non solo, includendo aspetti funzionali e biologici come lo stato di salute corporea, le capacità atletiche e la coordinazione motoria. Secondo la prospettiva cognitivo comportamentale l'immagine corporea avrebbe alla base due processi chiave: *evaluation* e *investment* (Cash, 2002). La *body evaluation* riguarda la soddisfazione o l'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, che deriva da una congruenza/incongruenza tra il proprio aspetto e i canoni estetici interiorizzati; il *body image investment* si riferisce all'importanza psicologica che le persone attribuiscono al proprio aspetto fisico (Cash, 2002). Riguardo a quest'ultimo processo, l'autore individua due modalità di investimento differenti. La prima riguarda l'importanza che la persona dà alla gestione del proprio aspetto per apparire al meglio o per aumentare la propria attrazione e riflette una tendenza a prendersi cura del proprio aspetto o ad essere orgogliosi di esso; tale componente non deve essere considerata necessariamente maladattiva. La seconda modalità d'investimento riguarda la ragione per la quale le persone giudicano il proprio aspetto come parte integrante del proprio valore. In questo caso l'investimento può essere considerato anche maladattivo per come si riflette nel suo rapporto con la valutazione dell'immagine corporea, con i disturbi dell'alimentazione e con altri aspetti psicosociali non funzionali (come il comportamento di mascheramento del proprio corpo ovvero sforzarsi di nascondere le parti di sé stessi che non vengono accettate) (Cash et al., 2004; Melnyk et al., 2004).

Cash e collaboratori (2011; 2012) elaborano un modello esplicativo che non riflette un singolo modello teorico ma si basa piuttosto su una tradizione empirica che, attraverso solide evidenze, ha sottolineato l'importanza dell'apprendimento osservativo, del condizionamento sociale e dei processi cognitivi-emozionali e comportamentali associati allo sviluppo dell'immagine corporea. Il modello è presentato in figura 1, come è possibile osservare l'autore distingue tra fattori storici/di sviluppo e prossimali/concorrenti entrambe le influenze incidono su cognizioni, emozioni e comportamenti riguardanti l'immagine corporea.

Con influenze storiche/di sviluppo (*historical/developmental influences*) si fa riferimento alla socializzazione culturale, alle esperienze interpersonali, alle proprie

caratteristiche fisiche e temperamentali che contribuiscono, primordialmente, al modo in cui la persona valuta il proprio corpo.

Le influenze prossimali/concorrenti si riferiscono a situazioni o eventi (*activating situations and events*) che attivano schemi cognitivi che l'individuo ha costruito rispetto al proprio corpo (*appearance schematic processing*) influenzando gli atteggiamenti riguardanti la propria immagine corporea (*body image attitudes*) e favorendo un processamento cognitivo delle informazioni riguardanti il proprio corpo rigido e inflessibile (*cognitive processing and internal dialogues*). Tali processi cognitivi e dialoghi interni criticanti portano poi ad esperire delle emozioni negative (*body image emotions*) che l'individuo tenta di attenuare o ridurre attraverso strategie di coping o di autoregolazione (*coping and self-regulatory strategies and behaviour*).

Questo modello risulta essere un valido strumento di generazione di ipotesi di ricerca volte ad esplorare fattori di rischio e processi di mantenimento di un'immagine corporea negativa, ma anche un valido framework teorico da utilizzare come supporto nella creazione di strumenti di misura dell'immagine corporea.

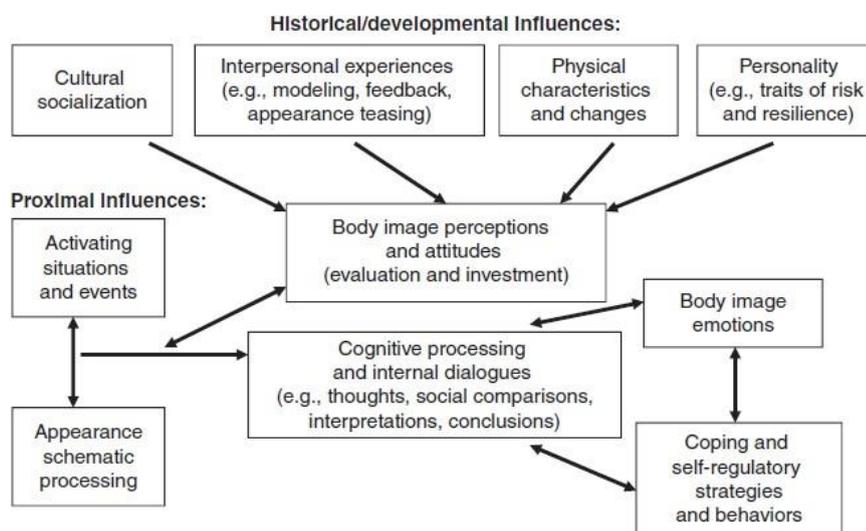


Figura 1. Immagine corporea: dimensioni, determinanti e processi (fonte: Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, Volume 1, Cash, 2011 p. 2)

1.1.1. Influenze storiche e di sviluppo

I fattori storici e di sviluppo fanno riferimento alla socializzazione circa il significato dell'aspetto fisico e alle esperienze relative al proprio corpo durante infanzia e adolescenza. Tali influenze sono riconducibili a quattro macrocategorie (vedi fig.1):

- socializzazione culturale
- esperienze interpersonali
- caratteristiche fisiche e cambiamenti indotti biologicamente o dall'ambiente
- tratti di personalità

Come risultato di tali influenze le persone acquisiscono atteggiamenti di base sull'immagine corporea, che a loro volta, condizionano il modo in cui percepiscono, interpretano e reagiscono agli eventi di vita (Cash, 2011).

La *socializzazione culturale* fa riferimento al fatto che le società trasmettono standard e aspettative circa l'aspetto, non solo in riferimento alle caratteristiche fisiche ideali (magrezza, muscolosità e atleticismo), ma anche rispetto al genere, associando ad esempio alla femminilità e alla mascolinità certe caratteristiche fisiche; inoltre, essa promuove modalità diverse per modificare il corpo in base alle aspettative della società di appartenenza, come, per esempio, diete, esercizio fisico, prodotti di bellezza, procedure mediche o chirurgiche (Cash, 2012). Secondo la prospettiva socioculturale dell'immagine corporea, gli ideali sociali di bellezza vengono trasmessi pervasivamente e trasversalmente attraverso una varietà di canali socioculturali e successivamente tali canoni estetici vengono interiorizzati dagli individui. A sua volta, la soddisfazione o l'insoddisfazione per il proprio aspetto dipenderà da quanto strettamente il proprio corpo incarna tali ideali (Tiggemann, 2011).

Le *esperienze interpersonali* influenzano lo sviluppo e la valutazione della propria immagine corporea attraverso le reciproche interazioni con genitori, fratelli, parenti, amici e altre persone significative che possono esprimere, modellare o rinforzare le aspettative culturali (Cash, 2012). Gli altri significativi attraverso feedback o prese in giro orientate sull'aspetto fisico possono veicolare informazioni salienti su come il proprio corpo deve essere per essere "accettabile" o "desiderabile" sottolineando l'eventuale discrepanza tra il proprio corpo e quello

ideale condiviso socialmente (Carriere & Kluck, 2014; Herbozo & Thompson, 2006; Menzel et al., 2010). Il modeling è concettualizzato come processo di apprendimento osservativo per cui gli altri significativi esibiscono atteggiamenti e comportamenti riguardanti la propria immagine corporea (e.g., osservare un'amica che si alimenta in modo restrittivo per ottenere un corpo magro) e le persone attorno a loro osservano e successivamente interiorizzano come "linee guida" tali comportamenti volti a raggiungere l'ideale corporeo desiderato (Smolak et al., 1999). Coerentemente con il modello socioculturale di Stice (2002), che rende saliente il ruolo delle pressioni socioculturali sull'aspetto fisico, i commenti sull'aspetto fisico e il modeling rappresentano i principali veicoli attraverso i quali gli altri significativi esercitano le loro influenze (Kichler & Crowther, 2009).

La percezione corporea individuale si modifica e si struttura anche sulla base delle proprie *caratteristiche fisiche biologiche* e degli eventi di vita avversi che interessano il corpo (malattie croniche, incidenti ecc.). Ad esempio, nonostante la perdita di peso possa portare miglioramenti nella valutazione della propria immagine corporea, una storia passata di grave sovrappeso o obesità può anche condurre a ciò che è stato definito "*phantom fat*", ovvero uno stato persistente di preoccupazione relativo all'immagine corporea riguardante peso e forma corporea anche quando l'individuo raggiunge una condizione di normopeso (Busetto et al., 2018). Questa vulnerabilità può derivare dall'aver sperimentato in precedenza esperienze di stigmatizzazione che hanno portato ad un'immagine corporea negativa interiorizzata che non si estingue con una oggettiva perdita di peso (Busetto et al., 2018). Durante il corso della vita il corpo continua costantemente a modificarsi e conseguentemente anche la valutazione della propria immagine corporea può andare incontro a dei mutamenti. Ad esempio, in età adulta, le rughe facciali e l'aumento di peso possono peggiorare la valutazione della propria immagine corporea, in particolare nelle donne che sono state particolarmente esposte a pressioni socioculturali volte a raggiungere un determinato canone di bellezza (Cash, 2012). Inoltre, le condizioni di "deturpazione" congenite o acquisite (a seguito di condizioni traumatiche) possono presentare sfide molto significative per l'immagine corporea che possono portare l'individuo a valutare negativamente il proprio corpo (Vuotto et al., 2018).

Infine, il quarto fattore relativo alle influenze di sviluppo è rappresentato dai *tratti di personalità* e da altre *differenze individuali* (e.g., autostima, automonitoraggio) considerate

possibili variabili moderatrici, che potrebbero proteggere o predisporre lo sviluppo di un'immagine corporea negativa. Ad esempio, una bassa autostima, alti livelli di nevroticismo e perfezionismo possono predisporre le persone a valutare più negativamente il proprio aspetto; oppure avere una maggiore *public self-consciousness* (tendenza individuale a monitorare o ad essere focalizzati sul proprio aspetto e sui propri comportamenti osservabili) può aumentare il monitoraggio corporeo e l'elaborazione distorta delle informazioni relative all'aspetto fisico (Cash, 2012).

1.1.2. Eventi prossimali e processi associati

Per quanto riguarda gli eventi prossimali e i processi associati a questi; nella seconda parte del modello (vedi fig. 1) vengono operazionalizzate le esperienze riguardanti l'immagine corporea più immediate, che si manifestano nel qui e ora, operanti nel flusso della vita quotidiana. Queste esperienze riguardano l'inizio o la conclusione di eventi e situazioni che coinvolgono l'individuo, il modo in cui questi stimoli vengono elaborati cognitivamente e il modo in cui si traducono in emozioni e comportamenti riguardanti la propria corporeità. Questi eventi e processi rappresentano fattori precipitanti o di mantenimento della valutazione dell'individuo della propria immagine corporea nella vita di tutti i giorni.

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale (Cash, 2012), gli eventi prossimali ovvero situazioni o eventi attivanti per la propria immagine corporea (*activating situations or events*) innescano processi cognitivi come l'elaborazione delle informazioni guidata dalle auto-valutazioni sul proprio aspetto fisico (*appearance schematic processing*). Pertanto, le persone che attribuiscono maggiore importanza al proprio aspetto fisico o che prestano maggiore attenzione ad esso elaborano le informazioni derivanti dalla situazione od evento focalizzandosi sulle proprie auto-valutazioni corporee negative, incorporando le informazioni provenienti dall'esterno attraverso meccanismi di attenzione selettiva. Gli eventi attivanti possono includere, ad esempio, situazioni che hanno come oggetto il proprio aspetto, scambi di feedback interpersonali relativi al proprio aspetto, osservazione del proprio corpo allo specchio (come indossare determinati vestiti, fare attività fisica in palestra) o semplicemente situazioni in cui

l'individuo è esposto a contenuti mediatici riguardanti l'aspetto fisico ideale (Jakatdar et al., 2006). Questi eventi, sia esterni che interni, producono dialoghi interni (definiti "dialoghi interni sul proprio corpo") che coinvolgono pensieri automatici carichi di emozioni, inferenze, interpretazioni e conclusioni negative sul proprio aspetto fisico (Cash, 2002). Tra gli individui con valutazioni dell'immagine corporea problematiche, questi dialoghi interiori sono abituali e orientati all'autocritica. Tali processi sono caratterizzati da vari errori o distorsioni cognitive, come il pensiero dicotomico, le inferenze arbitrarie, il ragionamento emotivo, l'eccessiva generalizzazione, i confronti sociali distorti e l'esagerazione delle carenze fisiche percepite (Cash, 2012).

Le persone imparano e mettono in atto una serie di strategie per gestire o far fronte a pensieri ed emozioni angoscianti riguardanti la propria immagine corporea come ad esempio strategie evitanti, strategie correttive, strategie orientate al supporto sociale e compensative. Gli individui possono usare strategie evitanti che includono l'evitamento comportamentale di determinate situazioni o interazioni sociali attivanti (e.g., un individuo evitante può usare indumenti che nascondono il corpo, al fine di mascherare le proprie forme fisiche) (Cash et al., 2005). Le strategie di correzione dell'aspetto includono azioni per alterare una caratteristica del proprio corpo, percepita come difettosa, attraverso diete restrittive, esercizio fisico eccessivo oppure attraverso la ricerca di interventi di modifica del proprio corpo più pervasivi e non esenti da rischi come chirurgia estetica o altre procedure chirurgiche (Cash et al., 2005). Cercare feedback sociali è un'altra tipologia di strategia di coping in base alla quale le persone sollecitano rassicurazioni da parte degli altri per negare o diminuire le proprie preoccupazioni, chiedendo alla persone con cui si entra in interazione "Sembro grassa in questo vestito?" (Cash et al., 2005). Le strategie compensative invece rappresentano delle azioni mirate, con focus l'aspetto fisico, come il miglioramento dell'acconciatura o dell'abbigliamento per compensare le preoccupazioni legate al peso o alla forma corporea (Choma et al., 2009).

L'immagine corporea, dunque, come emerge dal modello cognitivo-comportamentale di Thomas Cash, è un costrutto multidimensionale (componenti cognitive, affettive e comportamentali) che rappresenta la visione interiorizzata che ogni individuo ha del proprio corpo. Sebbene il concetto di immagine corporea sia molto ampio, i ricercatori, inizialmente, hanno posto la loro attenzione sugli aspetti negativi legati all'immagine corporea poiché sono

questi aspetti che più frequentemente si associano ad esiti fisici e psicologici negativi. Negli ultimi anni però gli aspetti positivi dell'immagine corporea, al pari di quelli negativi, sono stati sempre più studiati e implementati per le importanti conseguenze positive che sembrano avere sul benessere e la qualità della vita individuale (e.g., Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

1.2. Immagine corporea negativa: quando la mia percezione corporea ostacola il mio benessere

L'immagine corporea negativa viene definita come un modo di pensare e sentire il proprio corpo che influenza negativamente la stima e la soddisfazione corporea (Barlett et al., 2008). Mentre bassi livelli di stima corporea fanno riferimento principalmente ai sentimenti negativi relativi al proprio corpo (Franzoi & Herzog, 1986), una scarsa soddisfazione corporea riguarda una valutazione negativa del proprio aspetto in termini, non solo emotivi, ma anche percettivi, cognitivi e comportamentali (Beranowski et al., 2003).

Gli individui con immagine corporea negativa presentano quindi percezioni, pensieri e sentimenti negativi riguardanti il proprio corpo e aspetto fisico. Queste persone spesso si impegnano in comportamenti ripetitivi e stereotipati che richiedono tempo ed energia (come il check allo specchio e la ricerca di rassicurazioni rispetto al proprio aspetto fisico) e/o in comportamenti di evitamento legati all'immagine corporea (come l'evitamento di situazioni sociali o di performance) al fine di non entrare in contatto con le emozioni negative associate al proprio corpo (Stefano et al., 2016). Tali comportamenti si associano ad alti livelli di distress psicologico, scarsa qualità della vita e compromissione significativa nel funzionamento generale dell'individuo (Latner et al., 2012; Walker et al., 2018). Inoltre, le persone con immagine corporea negativa spesso si impegnano in comportamenti malsani come dieta estrema e/o comportamenti compensatori per controllare il loro peso (Taylor et al., 2006; Ribeiro-Silva et al., 2018). La ricerca mostra come un'immagine corporea negativa sia piuttosto diffusa tra le giovani donne occidentali (e.g., Bornioli et al., 2019; Cass et al., 2020) e come essa costituisca un fattore di rischio per la salute psicofisica specialmente in tale popolazione.

Un aspetto centrale dell'immagine corporea negativa è l'insoddisfazione corporea. L'insoddisfazione corporea (l'atteggiamento negativo nei confronti del proprio aspetto fisico) deriva da una discrepanza percepita tra il proprio aspetto fisico attuale e l'aspetto fisico ideale da raggiungere (Cash, 1990). Nelle donne e nelle ragazze, l'insoddisfazione corporea di solito ha come tema le preoccupazioni per il peso e la forma corporea, queste preoccupazioni sottostanno al desiderio di voler raggiungere un corpo esile e magro in linea con gli standard della cultura d'appartenenza (ideali spesso estremi e irraggiungibili) (Thompson et al., 1999); negli uomini e nei ragazzi, tale insoddisfazione generalmente si riferisce alle preoccupazioni rispetto alla percentuale di massa grassa o rispetto al non essere adeguatamente alti, ma la preoccupazione principale è quella di non essere adeguatamente muscolosi (Quittkat et al., 2019). In un'ampia indagine condotta con 1.997 giovani adulti caucasici (1.031 donne e 966 uomini) è emerso come il 33% delle donne e il 15.2% degli uomini riportavano di essere soggettivamente a disagio e insoddisfatti della propria forma e peso corporeo (Griffiths et al., 2018). Queste recenti evidenze suggeriscono come tale valutazione negativa della propria immagine corporea rappresenti una preoccupazione pervasiva e trasversale che coinvolge sia uomini che donne, in particolare appartenenti alla cultura occidentale.

Una tendenza simile sembra riflettersi anche nel contesto italiano. In una ampia e recente survey condotta con 5,207 giovani adulti italiani, di cui 2,525 donne, circa un partecipante su tre ha riferito di essere altamente insoddisfatto del proprio aspetto fisico (Pirani & Matera, 2020). Nel contesto italiano un numero crescente di donne riferisce di impegnarsi in comportamenti deleteri di controllo del peso e della forma del proprio corpo (e.g., diete restrittive, uso di pillole dietetiche ed esercizio compulsivo) per ridurre il grasso corporeo e diventare più magri o più muscolosi (e.g., Dakanalis et al., 2012; Riva et al., 2013). Dai dati provenienti dai registri sanitari sulla salute pubblica emerge come le problematiche associate all'immagine corporea rappresentano un grande costo per lo Stato ma soprattutto rappresentano un antecedente di varie altre condizioni mediche e psichiatriche (Bornioli et al., 2019; Bucchianeri & Neumark-Sztainer, 2014).

L'insoddisfazione corporea è associata a disagio e compromissione della qualità della vita sia in termini di salute fisica che psichica. In particolare, tale percezione predice lo sviluppo di bassa autostima e sintomi depressivi negli adolescenti (Paxton & Heinicke, 2018; Ferreira et

al., 2011). La ricerca ha identificato l'insoddisfazione corporea come un forte predittore di una serie di comportamenti non salutari tra cui un aumento della quantità di sigarette fumate (Khoury et al., 2014), comportamenti sessuali a rischio (vedi review, Gillen & Markey, 2019) e un uso massiccio di alcool (Strand et al., 2021). La letteratura scientifica ha costantemente osservato e confermato empiricamente la relazione positiva tra insoddisfazione corporea e Disturbi Alimentari (DA) (vedi review, Lantz et al., 2018). L'insoddisfazione corporea, con particolare attenzione alle preoccupazioni relative al peso e alla forma corporea, è stata identificata come uno tra i fattori di rischio principali e maggiormente predittivi per la Bulimia Nervosa (BN) e, in misura minore, per l'Anoressia Nervosa (AN) (Naumann et al., 2018). Alla luce dell'alta frequenza e dell'impatto profondamente negativo dell'insoddisfazione corporea sul benessere individuale, è giustificata l'attenzione che negli anni i ricercatori hanno posto a tale costrutto.

È importante considerare anche l'evidenza che suggerisce che l'insoddisfazione per il proprio corpo non è sempre indice di comportamenti disfunzionali: dall'analisi della letteratura emerge, infatti, che livelli alti e moderati di insoddisfazione per il proprio peso e per la propria forma corporea possono motivare gli individui in sovrappeso a mettere in atto comportamenti salutari come ridurre grassi e calorie in eccesso intraprendendo una dieta salutare o o fare esercizio fisico (Jung et al., 2017; Heinberg et al., 2001).

Un ulteriore ambito dell'immagine corporea recentemente preso in considerazione dalla ricerca scientifica è la valutazione e percezione della propria immagine corporea nel contesto dei cambiamenti fisici indesiderati conseguenti a malattie, incidenti o semplicemente causati dal fisiologico invecchiamento; tali cambiamenti corporei possono influenzare la valutazione che l'individuo fa del proprio corpo andando a ridurre notevolmente autostima, self-confidence e qualità della vita (Hamlet et al., 2021; Zucchelli et al., 2020). Studiare l'immagine corporea e i processi ad essa associati nel contesto della malattia è particolarmente importante, poiché in questo contesto spesso si assiste ad un'effettiva variazione della propria corporeità: l'individuo percepisce negativamente non solo la parte del corpo coinvolta nella malattia, bensì la propria immagine corporea in generale. Nelle malattie di tipo acuto questi cambiamenti corporei potrebbero essere a breve termine (come avviene in alcune malattie in cui, dopo la risoluzione della patologia, il corpo torna al suo stato pre-esordio della patologia); nelle malattie croniche, invece, le percezioni ed emozioni negative circa la propria immagine corporea potrebbero durare

a lungo e i cambiamenti fisici (che in questo contesto di malattia solitamente sono permanenti, vedi, ad esempio, l'artrite reumatoide) potrebbero portare ad un aumento di depressione e ansia nel paziente, influenzando anche la sua aderenza al trattamento e la sua disponibilità nella gestione della malattia (Taylor, 2017; Williamson et al., 2018).

La cronicità della malattia, il tipo di trattamento e gli effetti di questo sul corpo, possono influenzare l'immagine corporea in varie popolazioni di pazienti e con varia intensità (Fingeret et al., 2013; Rhondali et al., 2013; Saha et al., 2015; Trindade et al., 2018). Lo studio di Saha e collaboratori (2015) condotto su pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di *Inflammatory Bowel Disease* (IBD) e che al momento dello studio si trovavano nella fase post-trattamento, dimostra l'importante ruolo dell'immagine corporea nel determinare la qualità della vita del paziente: i risultati mostrano come, il trattamento migliori il decorso e la sintomatologia della malattia riducendo i livelli di ansia e di dolore percepito, mentre rimangono elevati i livelli di insoddisfazione corporea che incidono negativamente sulla qualità della vita. Uno studio simile ma condotto nel contesto della malattia oncologica mostra come donne che si sono sottoposte a mastectomia radicale per il tumore al seno, (trattamento medico-chirurgico che ne ha garantito la guarigione e la sopravvivenza) riportino elevati livelli di insoddisfazione corporea post-trattamento, i quali si associano ad elevati livelli di distress psicologico e peggiore qualità della vita (Trindade et al., 2018).

Da questa prima rassegna di evidenze appare saliente la motivazione che ha spinto i ricercatori a strutturare e condurre studi sull'immagine corporea negativa sugli antecedenti, processi sottostanti, sulle conseguenze considerata l'influenza che essa può avere sulla salute (fisica e psicologica) degli individui. Lo studio dell'immagine corporea positiva e degli aspetti e processi ad essa associati sono stati, perlomeno inizialmente, trascurati. Tuttavia, la prospettiva salutogenica (Antonovsky, 1987) suggerisce che, esaminare il benessere delle persone è altrettanto importante quanto esaminarne il malessere. Allo stesso modo, Seligman (2002), fautore della psicologia positiva, sostiene che la psicologia non sia semplicemente lo studio della malattia e delle debolezze, ma anche lo studio dei fattori di resilienza e di virtù umane. Sulla scia di tali premesse teoriche, i ricercatori nel campo dell'immagine corporea, negli ultimi anni sono stati invitati ad un "cambiamento di paradigma", caratterizzato da uno spostamento del

focus empirico dallo studio dei fattori di rischio allo studio della promozione dell'immagine corporea (Cash & Pruzinsky, 2002).

1.3. L'immagine corporea positiva: amo e apprezzamento il mio corpo così come è

Lo studio dell'immagine corporea originariamente si è focalizzato sui suoi aspetti negativi: dai tentativi storici di comprendere le esperienze corporee anomale di pazienti con lesioni cerebrali sino al più recente boom nello studio dei DA e del disturbo da dismorfismo corporeo. La ricerca sull'immagine corporea positiva si è sviluppata in tempi più lunghi e recenti proprio perché inizialmente essa veniva concettualizzata come il polo opposto, lungo un continuum, dell'immagine corporea negativa, pertanto, visto che possedere una bassa immagine corporea negativa significava automaticamente avere un'immagine corporea positiva elevata e viceversa, lo studio di quest'ultima non era ritenuto necessario (Tylka, 2011). Negli ultimi anni è emerso in letteratura un interesse più spiccato per il versante positivo dell'immagine corporea, sicuramente influenzato dai lavori di Thomas Cash (2002), fondamentali per comprendere e valutare l'immagine corporea, ma anche, come accennato prima, dall'imponente contributo di importanti tradizioni teoriche-applicative provenienti dalla Psicologia Umanistica di Carl Rogers (1961) e dalla Psicologia Positiva (Seligman, 2002).

Dalla Psicologia Umanistica sono stati incorporati concetti come quello di accettazione positiva incondizionata (ovvero l'atteggiamento di accettazione incondizionata dell'altro in quanto persona, senza aspettative o giudizi, in un clima di rispetto profondo per la sua storia) che, applicato allo studio dell'immagine corporea positiva, comporta l'introduzione del principio per cui il proprio corpo venga accettato e amato per come esso è sia dagli altri significativi che da se stessi (Avalos & Tylka, 2006). Anche l'andare oltre l'apparenza, la forma o il peso corporeo, concentrandosi sul valore spirituale e funzionale del corpo, è un concetto fondamentale introdotto dalla psicologia umanistica che torna particolarmente utile nella concettualizzazione dell'immagine corporea positiva (Jacobson et al., 2013). Dal counseling psicologico invece è stata incorporata l'importanza di osservare i punti di forza del proprio corpo, oltre alle sue debolezze, apprezzandolo dunque nella sua diversità e nelle sue imperfezioni (Gelso & Fretz, 2001).

La psicologia positiva, essendo una prospettiva teorica che ruota intorno al concetto di promozione della salute, offre un valido framework teorico per lo studio dell'immagine corporea positiva. I ricercatori appartenenti a questo specifico settore della psicologia ritengono che la rimozione di caratteristiche negative o disadattive, in assenza dell'apprendimento di caratteristiche positive o adattive, creerebbe uno stato di salute mentale intermedio, caratterizzato da assenza di malattia ma anche da mancanza di vitalità (Fredrickson & Losada, 2005; Csikszentmihalyi & Seligman, 2000). Le caratteristiche positive dell'immagine corporea, infatti, non rappresentano unicamente l'assenza dei suoi aspetti negativi e quindi lavorare solo per ridurre gli aspetti negativi dell'immagine corporea potrebbe essere insufficiente da un punto di vista terapeutico per raggiungere una visione positiva del proprio corpo e un maggiore benessere individuale; al contrario al fine di costruire una sana e funzionale relazione con il proprio corpo potrebbe risultare più vantaggioso lavorare proattivamente allo sviluppo delle caratteristiche positive dell'immagine corporea (Fredrickson & Losada, 2005).

Il concetto di *embodiment* rappresenta un'ulteriore e recente base teorica fondante della ricerca orientata all'esplorazione dei costrutti associati all'immagine corporea positiva ma anche dell'importanza che un'immagine corporea positiva riveste per il benessere psicofisico. La teoria dello sviluppo dell'*embodiment* proposta da Piran (2019), che integra concetti afferenti alla Psicologia Buddista e alla *mindfulness*, sostiene che l'esperienza di *embodiment* si esplica attraverso cinque processi principali: (1) una connessione positiva con il proprio corpo, manifestata dal sentirsi a proprio agio quando si interagisce con il mondo esterno attraverso il proprio corpo; (2) un aumentato senso di *agency* corporeo unitamente ad una rinnovata consapevolezza delle funzionalità del proprio corpo (e.g., cosa il mio corpo è capace di fare); (3) un'aumentata percezione e consapevolezza dei propri bisogni corporei (e.g., percepire la fame o il desiderio sessuale); (4) un processo di auto-cura in risposta alle esigenze corporee percepite (e.g., concedersi il riposo quando si è stanchi o mangiare quando si ha fame); e (5) il processo di "abitare" e conoscere il proprio corpo in prima persona (al contrario di una prospettiva oggettivante, parziale e critica del proprio corpo). Il concetto di *embodiment* differisce da altri costrutti, come l'insoddisfazione del corpo e la *body-esteem*, che valutano come gli individui vivono la relazione con il proprio corpo in termini parziali o meramente estetici, l'esperienza di *embodiment* non si concentra esclusivamente sull'aspetto valutativo

dell'aspetto fisico ma comprende tutte le esperienze corporee (negative e positive) che l'individuo sperimenta interagendo e agendo con il proprio corpo nel mondo esterno. Recenti studi hanno dimostrato come tale processo di *embodiment* promuove lo sviluppo di un'immagine corporea positiva: sperimentare una profonda connessione, costruttiva e funzionale con il proprio corpo, porta l'individuo a prendersi maggiormente cura del proprio corpo trattandolo con accettazione e rispetto (Cook-Cottone, 2015; Piran, 2015).

L'immagine corporea positiva presenta, oltre a queste solide fondamenta teoriche, specifiche caratteristiche distintive (e.g., apprezzamento corporeo, spiritualità, funzionalità corporea, amore e accettazione corporea) indagate attraverso studi empirici quantitativi e qualitativi. Utilizzando come metodo la Cluster Analysis, Williams et al. (2004), attraverso interviste semi-strutturate con donne universitarie, hanno evidenziato come le partecipanti che definiscono positivamente il rapporto con il proprio corpo (ovvero che si ritengono soddisfatte di esso) riportano una minore internalizzazione delle influenze mediatiche, minori atteggiamenti, comportamenti alimentari meno dannosi, maggiore autostima, soddisfazione corporea, maggiore supporto sociale e svolgono una regolare attività fisica, rispetto alle donne che percepiscono una moderata insoddisfazione corporea ("*normative discontent*") e a coloro che presentano un'immagine corporea negativa.

Successivamente, Wood-Barcalow e collaboratori (2010), attraverso uno studio qualitativo condotto intervistando giovani adulti uomini e donne (N=125), si pongono come pionieri dell'analisi e sistematizzazione delle caratteristiche e processi prototipici di un'immagine corporea positiva. Lo scopo dello studio era quello di raccogliere percezioni, sentimenti e opinioni relative al proprio corpo e alla relazione con esso in un gruppo di giovani adulti che ad uno studio preliminare presentavano alti livelli di soddisfazione corporea, al fine di comprendere i nuclei salienti dell'immagine corporea positiva e proporre una definizione preliminare di questa. Dai risultati è emerso come l'immagine corporea positiva presentasse specifiche caratteristiche e aspetti:

- Apprezzamento corporeo (e.g., "*Il mio corpo è importante, esso mi permette di fare attività fisica come le escursioni a piedi e in bicicletta*")

- Accettazione incondizionata da parte degli altri (e.g., *“Un giorno, mentre parlavo con mio padre, mi disse: "Sei così in salute. Hai un bell'aspetto. Sono contento che tu stia bene”*)
- Amore ed accettazione corporea (e.g., *“Non lascio che i miei difetti corporei mi inglobino. Non rappresentano un grosso problema per me”*)
- Elevata spiritualità/religione (e.g., *"Sento che Dio mi ha fatto esattamente come vuole che io sia. Dio non ha commesso un errore nel crearmi"*)
- Entrare in interazione con altre persone che accettano se stessi (e.g., *"Penso che avere persone attorno che hanno un bel rapporto con il proprio corpo ti faccia sentire più sicuro di chi sei"*)
- Prendersi cura del proprio corpo attraverso comportamenti salutari (e.g., *"Mi prendo cura del mio corpo mentalmente, fisicamente, in tutti gli aspetti. Non faccio davvero nulla che possa essere dannoso per il mio corpo"*)
- Filtrare le informazioni in maniera protettiva (e.g., *"La maggior parte delle immagini di donne nei media sono ritoccate. Potrebbero essere molto simili a come appaiono effettivamente, ma sono sempre molto più perfette di come in realtà siano"*)
- Essere positivi e agire in linea con tale positività interiore (e.g., *"Se sei felice e stai bene con te stessa, allora naturalmente questo si mostrerà all'esterno, ed altre persone risponderanno a questo in modo positivo"*)
- Condividere un concetto di bellezza generale e ampio (e.g., *“Nessuno può definire la bellezza. Non puoi guardare una persona e dire "questa è bellezza" e se non sei quella? Allora non sei bella? Tutti sono belli in un modo o nell'altro. Apprezzo i diversi look e le diverse tonalità della pelle"*)

Dunque, da questo studio pionieristico, emerge come l'immagine corporea positiva in generale faccia riferimento all'amore e apprezzamento che l'individuo prova verso il proprio corpo, questo permette alla persona di apprezzarne la bellezza unica e le funzioni che esso svolge. Il corpo viene stimato ed apprezzato nonostante non rispecchi a pieno le immagini idealizzate nella società d'appartenenza, gli individui si sentono a proprio agio e felici nella relazione con esso, riescono ad enfatizzare i punti di forza piuttosto che soffermarsi sulle imperfezioni. In un'ottica di immagine corporea positiva, le informazioni riguardanti il corpo

vengono accettate ed interiorizzate quando positive, mentre vengono rifiutate quando sono negative (“più informazioni positive interiorizzo rispetto al mio corpo meno informazioni negative utilizzerò per valutare la mia immagine corporea”) (Wood-Barcalow et al., 2010). Gli individui che hanno un’immagine corporea positiva si sentono belli, sicuri di sé, confidenti e felici con il loro corpo e spesso si definiscono come raggianti o brillanti rispetto alla propria apparenza fisica (Tylka, 2011). Inoltre, un’immagine corporea positiva sembra correlare con la percezione che il proprio corpo sia accettato e apprezzato dagli altri significativi. Questa percezione, a sua volta, risulta essere, nelle donne, un predittore di minori preoccupazioni relative al proprio corpo e di una più bassa tendenza a porre attenzione sulle sue caratteristiche esteriori (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

In linea con tali risultati, da uno studio longitudinale condotto da Frisèn e Holmquist (2010) è emerso come la soddisfazione per il proprio aspetto fisico riferita dagli adolescenti intervistati, veniva connotata da una visione funzionale del corpo e dall'accettazione delle proprie imperfezioni corporee percepite. La stragrande maggioranza degli adolescenti partecipanti allo studio era fisicamente attiva e trovava l'esercizio fisico un'attività gioiosa e salutare. Infine, sebbene alcuni degli adolescenti avessero dichiarato di aver ricevuto commenti negativi sul loro aspetto da parte di familiari e amici, a tali commenti non era stata data da parte loro alcuna importanza. Gli autori concludono quindi che gli individui che hanno un rapporto positivo con il proprio corpo riportano, unanimemente, come nuclei dell'immagine corporea aspetti funzionali e di accettazione e che tali nuclei sembrano rappresentare non tanto una visione di accettazione puramente estetica del proprio corpo, quanto piuttosto una visione caratterizzata da accettazione e consapevolezza delle funzioni corporee.

Gli individui con immagine corporea positiva non giudicano, né tantomeno ignorano gli aspetti corporei, piuttosto si impegnano nella cura di questi ultimi, investendo nel loro aspetto in una modalità funzionale (Cook-Cottone, 2015). Questo investimento non riguarda l'uso di metodi potenzialmente disadattivi che modificano l'aspetto corporeo per adeguarsi agli standard sociali di bellezza, al contrario prevede la messa in atto di comportamenti salutari (Cook-Cottone, 2015).

Gli studi che hanno esplorato il costrutto generale di immagine corporea positiva suggeriscono che essa è associata a ulteriori variabili oltre alla soddisfazione corporea, come il

benessere edonico (emozionale) ed eudaimonico (psicologico e sociale) (Swami et al., 2018). L'immagine corporea positiva, dunque, non è un costrutto unidimensionale, non può essere misurato tenendo in considerazione la sola soddisfazione per le proprie caratteristiche fisiche o la valutazione positiva dell'aspetto fisico, in quanto essa comprende l'apprezzamento e l'accettazione di competenze e funzioni corporee (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Nel complesso, le evidenze suggeriscono che l'immagine corporea positiva e negativa rappresentano due costrutti distinti, ma negativamente correlati, dell'immagine mentale che l'individuo crea del proprio corpo (Menzel & Levine, 2011).

Dato che l'immagine corporea positiva si presenta come un costrutto, con componenti e processi unici, distinto e diverso dall'immagine corporea negativa (Tylka, 2011), i ricercatori sono stati invitati a definirne in modo più chiaro e operationalizzarne gli aspetti caratterizzanti emersi attraverso gli studi iniziali di tipo qualitativo (e.g., Frisen & Holmquist, 2010; Wood-Barcalow et al., 2010). Tra tali aspetti i due costrutti principali emersi come maggiormente rappresentativi dell'immagine corporea positiva sono risultati essere l'apprezzamento corporeo (*body appreciation*) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015) e l'apprezzamento per la funzionalità corporea (*functionality appreciation*) (Alleva et al., 2015).

1.3.1. L'apprezzamento corporeo: apprezzamento le caratteristiche diverse ed uniche del mio corpo

L'apprezzamento corporeo (*body appreciation*) è stata la prima componente dell'immagine corporea positiva ad essere stata operationalizzata. Attraverso la *Body Appreciation Scale* (BAS; Avalos et al., 2005) e successivamente con la versione rivista della scala (BAS-2; Tylka & Wood-Barcalow, 2015) i ricercatori hanno potuto trovare molte conferme circa l'importante ruolo dell'apprezzamento corporeo sia per quanto riguarda la valutazione dell'immagine corporea sia per il benessere psicologico e la salute fisica individuale.

L'apprezzamento corporeo si riferisce all'abilità di riuscire ad apprezzare e rispettare il proprio corpo, non considerandone soltanto l'aspetto estetico e ciò che è linea con gli ideali proposti dalla cultura di riferimento, ma cercando piuttosto di apprezzarlo per ciò che

rappresenta e per le sue caratteristiche uniche (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Questo costrutto è stato definito integrando alcune delle componenti e processi principali dell'immagine corporea positiva derivanti dallo studio di Wood-Barcalow e colleghi (2010) quali: apprezzamento; amore e accettazione corporea; prendersi cura del proprio corpo attraverso comportamenti salutari; filtrare le informazioni che lo riguardano in maniera protettiva (ad esempio, prendere le distanze dalle immagini mediatiche raffiguranti ideali corporei idealizzati e irrealistici).

A differenza dell'insoddisfazione corporea, l'apprezzamento corporeo risulta aumentare con l'età, inoltre, all'aumentare dell'età, la relazione tra apprezzamento e insoddisfazione sembra indebolirsi suggerendo che le donne più adulte possano apprezzare il proprio corpo anche se insoddisfatte di alcuni suoi aspetti, più di quanto non facciano le donne più giovani (Tiggemann & McCourt, 2013); tale evidenza mostra infine come è possibile per le donne sperimentare contemporaneamente un certo livello di insoddisfazione corporea, ma anche apprezzare e rispettare il proprio corpo in altri modi.

In linea con tali risultati, recenti studi sul rapporto tra Indice di Massa Corporea (IMC) e *body appreciation* (Alleva et al., 2016; Atari, 2016; He et al., 2020; Rasmus & Rasmus, 2017; Swami et al., 2016) hanno evidenziato come gli individui possano sentirsi bene e provare gratitudine verso il loro corpo, indipendentemente dal loro IMC. Tale evidenze vanno a confermare quindi la specificità e distintività della *body appreciation* rispetto ad altri costrutti come l'insoddisfazione corporea (o la vergogna corporea), che risultano fortemente connessi all'IMC (e.g., Radwan et al., 2019). Alcuni autori hanno evidenziato inoltre come l'apprezzamento corporeo possa svolgere un ruolo protettivo rispetto all'immagine corporea (e.g., Andrew et al., 2015; Halliwell, 2013). In particolare, dallo studio di Andrew e colleghi (2015) è emerso come le partecipanti al loro studio con alti livelli di *body appreciation* risultavano meno suscettibili all'esposizione a immagini mediatiche che ritraevano modelle dall'aspetto fisico magro ed esile (in linea con lo standard occidentale di bellezza) e presentavano livelli più bassi di insoddisfazione corporea, rispetto alle partecipanti che presentavano un minore apprezzamento per il proprio corpo.

Un recente corpo di ricerche ha dimostrato come l'apprezzamento corporeo si associ positivamente anche a numerosi indici del benessere psicologico come ad esempio, autostima,

ottimismo e soddisfazione della vita (Atari, 2016; Lemoine et al., 2018; Swami et al., 2017), mentre presenta forti associazioni negative con i livelli di distress psicologico (Gillen, 2015; Iannantuono & Tylka, 2012; Rawana et al., 2016). Ulteriori ricerche con focus specifico sui comportamenti orientati alla salute, hanno mostrato come gli individui che presentano un elevato apprezzamento corporeo siano più inclini a mettere in atto comportamenti di prevenzione quali l'utilizzo di creme di protezione solare e l'esecuzione di screening per il cancro della pelle (Andrew et al., 2016).

In conclusione, l'apprezzamento corporeo rappresenta una delle variabili più studiate rappresentative dell'immagine corporea positiva sia per la sua ricorrenza e importanza nell'esperienza delle persone con immagine corporea positiva, come emerso negli iniziali studi qualitativi (e.g., Frisé & Holmqvist, 2010; Wood-Barcalow et al., 2010), sia per l'importante ruolo che tale variabile sembra rivestire in merito al benessere individuale (e.g., Atari, 2016; Rawana et al., 2016; Swami et al., 2017). Da un punto di vista applicativo quindi, gli interventi volti a potenziare l'immagine corporea individuale al fine di promuovere la salute e il benessere individuale potrebbero utilmente mirare all'aumento dell'apprezzamento corporeo, piuttosto che tentare di ridurre l'insoddisfazione corporea (Tiggeman & McCourt, 2013).

1.3.2. L'apprezzamento per la funzionalità corporea: rispetto il mio corpo per le funzioni che esso esercita

La funzionalità corporea o *body functionality* comprende tutto ciò che il corpo può fare o è in grado di fare, comprese le funzioni relative ai processi interni (e.g., la guarigione da un raffreddore, il processo digestivo), alle capacità fisiche (e.g., camminare, fare stretching), ai sensi e alle sensazioni corporee (e.g., la vista, la sensazione di provare piacere), alle attività di tipo creativo (e.g., il disegno, il canto), alla comunicazione interpersonale (e.g., il linguaggio del corpo, il contatto visivo) e alla cura di sé (e.g., dormire, fare la doccia; Alleva et al., 2015). La *body functionality* può anche essere descritta come la componente "*body as process*" o esemplificativa della domanda "di cosa è capace il mio corpo?", in contrasto con il processo di valutazione dell'aspetto fisico che cattura la componente "*body as object*" ovvero "come appare il mio corpo?" dell'immagine corporea (Fredrickson & Roberts, 1997).

La *body functionality* si associa all'immagine corporea positiva quando si considerano specificatamente pensieri, sentimenti e percezioni degli individui circa ciò che i loro corpi possono o sono capaci di fare. Un termine che rappresenta questo ponte concettuale (tra il concetto di pura funzionalità corporea e l'immagine corporea positiva) è la *functionality appreciation* ovvero apprezzare e onorare il proprio corpo per ciò che è in grado di fare, estendendosi oltre la semplice consapevolezza della funzionalità corporea (dall'essere consapevoli che il proprio corpo può digerire il cibo all'essere grato che il proprio corpo possa digerire il cibo) (Alleva et al., 2017). Ciò è particolarmente importante alla luce della concettualizzazione dell'immagine corporea positiva come multidimensionale e non equiparata alla valutazione meramente estetica dell'aspetto fisico (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Dopotutto, l'immagine corporea per definizione comprende il modo in cui gli individui pensano, sentono e si comportano non solo rispetto al proprio aspetto fisico, ma anche rispetto alla competenza e funzionalità del proprio corpo (Abbott & Barber, 2010; Cash, 2011). Sebbene quasi 10 anni fa nel loro manuale (*Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*) Cash e Smolak (2011) identificassero la mancanza di ricerca sugli aspetti della funzionalità corporea come caratteristiche rilevanti nello studio dell'immagine corporea, nel decennio successivo la quantità di ricerca sulla *functionality appreciation* è aumentata (e.g., Alleva et al., 2015; Alleva et al., 2020; Namatame et al., 2022; Swami et al., 2019) seppur rimanga inferiore rispetto alla mole di studi inerenti alla *body appreciation*.

Concentrarsi sulla *functionality appreciation* può favorire la soddisfazione corporea perché incoraggia gli individui a "riformulare" positivamente il modo in cui pensano al loro corpo (Lambert et al., 2009). Mentre un focus basato sull'apparenza estetica comporta il costante monitoraggio delle proprie caratteristiche fisiche, la consapevolezza del non raggiungimento dell'aspetto fisico ideale e conseguentemente un'elevata insoddisfazione corporea, un focus basato sulla *functionality appreciation* comporta uno shift attentivo su ciò che il proprio corpo può fare e questa rinnovata consapevolezza genera sentimenti positivi e di apprezzamento nei confronti del proprio corpo (Alleva et al., 2014; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Nel concettualizzare la *functionality appreciation* i ricercatori precisano che essa non si limita alle capacità fisiche strettamente intese, che posizionerebbero la funzionalità corporea come costruito che è limitato alle persone prive di disabilità corporee (Webb et al., 2015), ma

comprende, come abbiamo visto sopra, una funzionalità estesa a vari ambiti, come i comportamenti di cura di sé, e le modalità di comunicazione non verbale. Secondo questa prospettiva, anche se un individuo ha delle limitazioni fisiche causate da una malattia, da una lesione acquisita, o dal fisiologico invecchiamento, ciò non significa che non abbia un “corpo funzionale”. Le persone che si trovano in una condizione di disabilità fisica (permanente o temporanea) possono essere capaci e conseguentemente in grado di apprezzare le proprie funzioni corporee: la loro funzionalità è “diversa” ma non è né assente né ‘rotta’ (Thomas et al., 2019). Pertanto, la funzionalità corporea può rappresentare un costrutto rilevante e utile da studiare in tutti gli individui, indipendentemente dalle differenti modalità in cui il corpo funziona.

Alcuni studi si sono proposti di indagare il ruolo della *functionality appreciation* sulla sintomatologia tipica dei DA (Avalos et al., 2005; Cotter et al., 2015). Lo studio di Cotter e colleghi (2015) condotto con adolescenti (di entrambi i generi) mostra come la *body appreciation*, la *functionality appreciation* e l’autostima rappresentano dei forti predittori negativi della sintomatologia associata ai DA (e.g., dieta restrittiva, abbuffate, condotte di eliminazione). Il modello di regressione per le ragazze spiega il 54% della varianza dei DA e per i ragazzi il 23%. Questi risultati sono particolarmente importanti se osservati attraverso una lente empirica innovativa: focalizzarsi sull’immagine corporea positiva, dunque sui fattori protettivi dell’immagine corporea, potrebbe rappresentare una strategia preventiva e di intervento molto efficace per la riduzione delle problematiche alimentari tra gli adolescenti.

A differenza della *body appreciation* gli studi che hanno proceduto ad una più chiara operazionalizzazione del costrutto sono più recenti (e.g., Alleva et al., 2017) ed in numero inferiore. Uno dei primi in questa direzione è stato sicuramente lo studio di validazione della *Functionality Appreciation Scale* (FAS; Alleva et al., 2017) una breve scala a 7-item che si propone di misurare quanto l’individuo apprezza ciò che il proprio corpo può ed è in grado di fare. La validazione di tale strumento ha dato la possibilità ai ricercatori di poter condurre e sviluppare studi volti ad indagare il ruolo di tale variabile sull’immagine corporea e il benessere individuale usufruendo di uno strumento valido, breve e affidabile in vari contesti sulla popolazione generale (Italia, Cerea et al., 2021; Giappone, Namatame et al., 2022; Malesia, Swami et al., 2019; Romania, Swami et al., 2021).

Gli studi che hanno messo in relazione la *functionality appreciation* e l'immagine corporea positiva hanno mostrato come l'apprezzamento della funzionalità corporea correli positivamente con la *body appreciation* (Alleva et al., 2017; Soulliard et al., 2019; Swami et al., 2019), la flessibilità dell'immagine corporea (Linardon et al., 2020) e l'orgoglio per il proprio corpo (Todd et al., 2019).

La *functionality appreciation* è stata studiata anche in gruppi di persone con disabilità (Baley et al., 2015) e in popolazioni di pazienti che vivono una condizione di dolore cronico (Markey et al., 2020; Sündermann et al., 2020); dunque, persone in cui la funzionalità e la competenza corporea risultano minacciate dall'evento malattia. Lo studio di Bailey e collaboratori (2015) condotto con pazienti con lesioni spinali (che presentavano dunque una disabilità di tipo fisico) mostra come l'accettazione da parte degli individui della loro disabilità fisica si associ ad una maggiore capacità di focalizzarsi sull'apprezzamento degli aspetti associati alla funzionalità corporea. In merito agli studi condotti con pazienti con dolore cronico sono emersi risultati diversificati. Sündermann e colleghi (2020) hanno dimostrato che gli individui che hanno una minore interiorizzazione di rigidi standard associati sia alla funzionalità corporea (convinzioni rigide su come deve essere un corpo in salute) che all'aspetto fisico (convinzioni rigide su come deve apparire un corpo esteticamente attraente) sono maggiormente in grado di sviluppare un'immagine corporea positiva e conseguentemente di riuscire a gestire meglio la sofferenza derivante dal dolore cronico. Dallo studio di Markey e collaboratori (2020), è emerso invece come una più alta gestione e accettazione del dolore da parte di pazienti con patologia diverse (artrite, fibromialgia, malattie intestinali) risulti associata sia con la *body appreciation* che con la *functionality appreciation*: i partecipanti che percepivano il dolore come più gestibile ed accettabile percepivano anche un maggiore senso di gratitudine e apprezzamento per i loro corpi. Nessuna associazione significativa emerge invece per quanto riguarda la relazione tra la percezione del controllo del dolore e l'immagine corporea positiva; secondo Markey e collaboratori (2020) tale risultato può essere attribuito al fatto che il dolore cronico è spesso ambiguo nella sua origine e imprevedibile nella sua manifestazione – in altre parole, per sua stessa natura, non del tutto controllabile – per cui le persone con dolore cronico potrebbero non sviluppare un senso di padronanza e apprezzamento dell'immagine corporea basato sulla controllabilità del dolore. Rispetto all'accettazione e alla migliore gestione del dolore i

partecipanti che percepivano il dolore come più gestibile ed accettabile percepivano un maggiore senso di gratitudine e apprezzamento per i loro corpi.

Attualmente la ricerca sulla *functionality appreciation* è in divenire, ma, da tali prime evidenze è possibile osservare il suo promettente ruolo nel costruire e mantenere un'immagine corporea positiva non solo nella popolazione generale (Atari et al., 2016; Alleva et al., 2015; Alleva et al., 2020; Swami et al., 2019) ma anche nel contesto della disabilità fisica e del dolore cronico (Bailey et al., 2015; Markey et al., 2020; Sündermann et al., 2020).

1.4. Self-Compassion: valida risorsa per la costruzione di un'immagine corporea positiva?

Data l'importanza che l'immagine corporea positiva sembra rivestire per il benessere dell'individuo, un numero crescente di ricerche si è interrogata sui possibili fattori e risorse che possano aiutare a salvaguardare l'immagine corporea dalle varie minacce (e.g., esposizione mediatica a ideali di bellezza irraggiungibili, critiche e commenti sull'aspetto fisico, malattie, invecchiamento) che principalmente le donne, ma anche gli uomini possono sperimentare nella vita quotidiana (Tylka, 2019). A tale riguardo, tra le abilità, punti di forza e risorse psicologiche, un ampio numero di evidenze ha evidenziato il ruolo positivo che la *self-compassion* ha nell'aiutare le donne ad apprezzare e rispettare i propri corpi anche nelle circostanze più difficili (Kelly et al., 2018; Vimalakanthan et al., 2018).

La *self-compassion*, definita come un tratto psicologico che può essere allenato e implementato, rappresenta un'apertura rispetto alla propria sofferenza, che viene rappresentata come parte dell'esperienza umana (senza che debba essere evitata o ci si debba allontanare da essa), unitamente al desiderio di alleviarla con gentilezza e senza giudizio (Neff, 2003).

Tale costrutto, derivato dalla psicologia buddista, risulta multicomponentiale e comprende tre componenti principali: la *self-kindness*, ovvero la capacità di essere gentili e comprensivi verso sé stessi nelle situazioni di fallimento o di dolore, piuttosto che utilizzare un dialogo interno criticante (*self-judgment*); la *common humanity*, ossia la percezione che la propria esperienza di sofferenza è inserita all'interno della più ampia esperienza umana condivisa con gli altri, piuttosto che la percezione di essere isolati e soli nell'affrontare il proprio

dolore (*isolation*); ed infine la *mindfulness* ovvero l'essere consapevoli di pensieri ed emozioni dolorose nel qui ed ora senza annullarle, combatterle o fondersi cognitivamente con esse (*over-identification*) (Neff, 2003). Ne consegue che coloro che hanno un'alta *self-compassion* riusciranno ad apprezzarsi e a trattarsi con gentilezza e comprensione, piuttosto che criticarsi ogni volta che percepiranno un fallimento o una carenza (Wasylikiw et al., 2012).

Secondo Neff e collaboratori (2009) risulta importante operare un'adeguata distinzione tra *self-compassion* ed altri costrutti che potrebbero apparire affini, quali auto-commiserazione ed autostima.

- Più precisamente nell'autocommiserazione si enfatizza la separazione tra se stessi e l'altro e si esaspera la portata della propria sofferenza; tale processo sembra essere maggiormente in linea con la componente dell'*over-identification* ovvero il processo opposto alla *mindfulness*, un processo di fusione con la propria sofferenza a discapito della consapevolezza del momento presente (Neff et al., 2009).
- Nell'autostima, invece, la valutazione positiva o negativa di se stessi, si costruisce utilizzando gli altri come termine di paragone (e.g., posso considerarmi capace se vedo un mio pari fallire nel medesimo compito) unitamente all'aspirazione a voler diminuire la discrepanza tra il proprio sé reale e quello ideale; nella *self-compassion* tale componente valutativa e di confronto è assente (Neff et al., 2009). La *self-compassion* sarebbe invece collegata ad una maggior conoscenza dei propri limiti ed alla facoltà di riconoscerli e accettarli senza incorrere in un duro giudizio personale (Neff et al., 2009).

Nonostante la derivazione di matrice orientale e la valenza che assume nella filosofia buddhista, la *self-compassion* risulta essenzialmente coerente con la sistematizzazione elaborata in diversi ambiti psicologici. In particolare, il costrutto della *self-compassion* sembra trovare una parte della sua base teorica nel concetto di *unconditional self-acceptance* di Ellis (1973) che implica la convinzione che il proprio valore non deve essere oggetto di valutazione né esterna né interna, e le debolezze devono essere riconosciute e perdonate. La promozione della *self-compassion* viene considerata uno dei fattori chiave per raggiungere un'aumentata conoscenza di sé, conoscenza che si porrebbe alla base di un differente approccio al dolore e risulterebbe

necessaria al processo di crescita individuale. Analogamente Rogers (1961), con la nozione di *unconditional positive regard*, si riferisce a quella particolare forma di rispetto e accettazione incondizionata nei confronti del proprio vissuto che sembra essere molto affine al costrutto di *self-compassion*.

La letteratura scientifica ha fornito molte evidenze sull'impatto positivo della *self-compassion* sul benessere psicologico e sociale dell'individuo. Elevati livelli di *self-compassion* si associano infatti a elevata affettività positiva e soddisfazione della vita, mentre è negativamente associata ad aggressività, stress percepito, ruminazione e distress psicologico (MacBeth & Gumley 2012). La *self-compassion* aiuta le persone a sentirsi calme, curate e connesse con gli altri, promuovendo così emozioni positive come felicità e gioia (Gilbert 2005). Individui con alti livelli di *self-compassion* sono significativamente più felici rispetto ad individui che presentano bassi livelli di questa (Smeets et al. 2014). La *self-compassion* si associa significativamente anche con un'incrementata percezione di competenza, connessione interpersonale, indipendenza e autodeterminazione (Magnus et al. 2010) requisiti fondamentali per il benessere e la felicità. In una recente metanalisi, la *self-compassion* è stata identificata come strategia di regolazione emotiva adattiva (Turk & Waller, 2020) ma anche come una strategia regolatoria volta ad alleviare sentimenti e processi altamente invalidanti per l'individui, come la vergogna e l'autocritica (Gilbert, 2010; Leary et al., 2007; Neff, 2003; Neff & Vonk, 2009). Dunque, la *self-compassion* sembra funzionare come una vera e propria strategia di regolazione emozionale che aiuta le persone a gestire le emozioni negative attraverso la gentilezza e cura verso se stessi con un conseguente aumento dello stato del benessere (Neff, 2004).

Una recente metanalisi (Ferrari et al., 2019) ha dimostrato l'efficacia degli interventi *compassion-based*, nel ridurre un'ampia gamma di difficoltà psicologiche (e.g., ansia, depressione, psicosi) in popolazioni diversificate (adolescenti, giovani adulti). Questo approccio, infatti, mira ad aumentare la qualità di vita dell'individuo focalizzandosi sulle abilità di *self-compassion*; per raggiungere questo obiettivo si aiuta la persona a considerare ed accettare le inevitabili esperienze di dolore e disagio derivanti dagli eventi di vita ivi compresi pensieri spiacevoli su di sé e sensazioni corporee negative aumentando la flessibilità psicologica e riducendo l'evitamento esperienziale (Hayes et al., 2012; Webb et al., 2015).

La ricerca odierna si sta sempre più interessando anche al promettente ruolo che la *self-compassion* può avere nel rapporto che gli individui hanno con il proprio corpo (vedi review, Turk & Waller, 2020) ed in particolare nello sviluppo e mantenimento di un'immagine corporea positiva (Siegel et al., 2020). Per quanto riguarda l'immagine corporea negativa, infatti, le evidenze suggeriscono che la *self-compassion* riduce le preoccupazioni per peso e forma corporea, la vergogna corporea e l'auto-oggettivazione (Braun et al., 2016; Ferreira et al., 2013; Wasylikiw et al., 2012). Dalla review condotta da Braun, Park, e Gorin (2016) emerge come la *self-compassion* possa agire da fattore protettivo rispetto all'insorgenza dei DA e alla riduzione dei fattori di rischio ad essi associati: tale abilità riduce in modo diretto gli outcomes relativi ai DA, previene e/o interagisce con alcuni dei fattori di rischio implicati nell'insorgenza dei DA (diete alimentari restrittive, influenze socioculturali sull'aspetto fisico) moderandone o limitandone gli effetti negativi e, infine, facilita l'interruzione della catena di eventi che a partire dai fattori di rischio porta allo sviluppo delle problematiche relative ai DA (Braun et al., 2016).

Per quanto riguarda il rapporto tra *self-compassion* e immagine corporea positiva vari studi hanno evidenziato come la *self-compassion* risulti associata in modo positivo sia alla flessibilità della propria immagine corporea, definita come una maggiore accettazione dei propri pensieri e sentimenti negativi legati al proprio corpo (Daye et al., 2014; Kelly et al., 2014; Mosewich et al., 2011; Sandoz et al., 2013; Wasylikiw et al., 2012) sia ad un maggiore apprezzamento corporeo (Ferreira et al., 2013; Schimdt et al., 2019). La *self-compassion* è stata identificata infatti come un importante moderatore (e.g., Lonergan et al., 2019; Pisitsungkagarn et al., 2014) degli effetti di alcuni fattori di rischio (monitoraggio corporeo e interiorizzazione di canoni estetici) sulle preoccupazioni alimentari e su quelle relative alla propria forma fisica. Altri autori hanno identificato inoltre come la *self-compassion* rivesta anche un ruolo di mediatore della relazione tra preoccupazioni corporee e depressione (Wasylikiw et al., 2012) e tra vergogna per il proprio corpo e apprezzamento corporeo (Marta-Simões et al., 2016). Tali evidenze hanno sostenuto l'importanza di implementare interventi volti ad aumentare le abilità di *self-compassion* al fine di promuovere una relazione sana e funzionale con la propria immagine corporea. Gli interventi focalizzati sulla *self-compassion* contribuiscono infatti ad aumentare la connessione con il proprio corpo (Piran, 2015) ma anche e soprattutto a riformulare tale connessione in termini di immagine corporea positiva. Gli studi di Albertson et al. (2015) e

Toole e Craighead (2016) hanno analizzato l'efficacia degli interventi online basati sulla *self-compassion* in un campione di studentesse universitarie con elevate preoccupazioni corporee. I risultati hanno dimostrato che i programmi di intervento erano efficaci nell'aumentare la *body appreciation* e diminuire la vergogna e l'insoddisfazione provata nei confronti del proprio corpo.

In conclusione, i più recenti studi sulla *self-compassion* e il suo ruolo nella costruzione di un'immagine corporea positiva si stanno muovendo nella direzione di considerare la *self-compassion* come potenziale fattore causale dell'immagine corporea positiva. Questo permetterebbe di sfruttare tale competenza e abilità psicologica non solo nell'ambito della prevenzione e trattamento per i DA come ampiamente dimostrato (vedi review Braun et al., 2016), ma anche nell'ambito degli interventi volti a ridurre le problematiche psicologiche associate alle malattie croniche e non. Considerare il contesto della malattia è particolarmente importante quando ci si occupa di immagine corporea, poiché in tale contesto l'individuo spesso si trova a dover fronteggiare un "oggettivo" evento che minaccia la propria immagine corporea e che conduce a una serie di preoccupazioni e sofferenze legate all'immagine corporea che non solo legate all'aspetto meramente estetico ma anche a quegli aspetti relativi a competenze e stato di salute (e.g., Galvin, 2005).

1.4.1 Body Compassion: un costrutto promettente per l'immagine corporea positiva?

Un costrutto molto recente, derivante dal concetto di *self-compassion* (Neff, 2003) e dalla concettualizzazione di immagine corporea di Cash (2002), è la *body-compassion* (Altman et al., 2017). La *body-compassion* è un concetto multidimensionale che si riferisce ad un atteggiamento di compassione verso il proprio corpo. Altman e collaboratori (2017) descrivono tale costrutto attraverso alcune componenti derivanti dalle tre abilità della *self-compassion* (*self-kindness*, *common humanity*, *mindfulness*) proposte da Neff (2003), ma riferendole ad una concezione del sé più strettamente fisico e corporeo (composto da apparenza, competenza corporea e stato di salute) comprendente componenti valutative, cognitive e comportamentali

(Cash, 2002). In particolare, Altman (2017) distingue tra *defusion*, *common humanity*, *acceptance*.

- La *defusion* è una componente della *body compassion* che può essere paragonabile alla *mindfulness* della *self-compassion* (Neff, 2003) essa fa riferimento alla capacità dell'individuo di fare esperienza del proprio corpo adottando il punto di vista di un osservatore esterno, piuttosto che avere un atteggiamento di sovra identificazione con le proprie inadeguatezze e difetti corporei. Un aumento di questa capacità porta l'individuo ad allentare la fusione cognitiva con le valutazioni, positive o negative, riguardanti il concetto del proprio sé corporeo.
- La componente della *common humanity* è da considerare analoga a quella descritta da Neff (2003) in merito alla *self compassion*, con la differenza che in questo caso il sentimento di condivisione della propria esperienza all'interno della più ampia esperienza umana, fa riferimento ad esperienze negative strettamente connesse al sé corporeo piuttosto che ad un sé globale. Tale tendenza si contrappone alla propensione ad adottare una prospettiva di isolamento o di vergogna per sé stessi.
- Infine, *l'acceptance* è una componente della *body compassion* molto simile al concetto di *self-kindness* descritto da Neff (2003) e fa riferimento alla capacità di accettare intenzionalmente il proprio aspetto, il proprio stato di salute corporeo ed in generale il proprio corpo così come è nel momento presente.

Gli stessi studiosi che hanno fornito una definizione di *body-compassion* si sono occupati di validare uno strumento di misura per misurare tale costrutto (*Body Compassion Scale*, Altman et al., 2017). Dall'analisi fattoriale esplorativa della scala è emerso come la scala mostri presenza dei tre fattori teoricamente definiti da Altman e colleghi (2017): (1) *defusion* (e.g. item "Quando sono frustrato dalla mancanza di capacità del mio corpo di fare qualcosa, tendo a sentirmi alienato e isolato dagli altri"); (2) *common humanity* (e.g. item "Quando sono frustrato da qualche aspetto del mio aspetto, cerco di ricordare a me stesso che la maggior parte delle persone si sente sempre così") e (3) *accettazione* (e.g. item "Accetto il mio aspetto così com'è"). La scala ha presentato ottime proprietà psicometriche ed è risultata valida nella valutazione della relazione degli individui con il proprio corpo utilizzando un approccio basato sull'accettazione

e la compassione. Dallo studio di validazione della scala (Altman et al., 2017) è emerso inoltre che livelli più elevati di *body-compassion* sono positivamente correlati ad una maggiore flessibilità dell'immagine corporea e ad elevati livelli di affettività positiva, che risultano a loro volta associati negativamente ai DA e all'affettività negativa. Ferreira e colleghi (2018) si sono proposti di validare la BCS nel contesto portoghese con una ampia popolazione di giovani adulti di entrambi i sessi (N=595). I risultati dell'analisi fattoriale confermativa rivelano che la struttura trifattoriale della BCS è confermata; inoltre, la *body-compassion* si associa positivamente alla *body appreciation* e negativamente con vergogna corporea e sintomatologia tipica dei DA.

Essendo un costrutto di recente teorizzazione non sono molti gli studi che si sono occupati di indagare in maniera sistematica il ruolo della *body-compassion* sull'immagine corporea e il benessere individuale. Tuttavia, preliminari evidenze mostrano un ruolo positivo della *body compassion* rispetto all'immagine corporea e all'insorgenza di problematiche associate ai DA. Nello studio di Oliveira e colleghi (2018), ad esempio, la *body compassion* sembra rivestire un importante ruolo moderatore nella relazione tra vergogna per il proprio corpo e per se stessi e i DA. Nello specifico, i risultati della ricerca mostrano come nelle donne con alta *body-compassion*, l'impatto della vergogna (rivolta verso sé e verso il proprio corpo) sulla psicopatologia alimentare sembri risultare attenuato, suggerendo un promettente ruolo protettivo della *body-compassion* rispetto all'immagine corporea negativa (vergogna rivolta verso il proprio corpo) e ai comportamenti alimentari disadattivi. Il ruolo positivo della *body-compassion* su immagine corporea e DA è stato confermato anche in un recente studio di Barata-Santos e colleghi (2019). I risultati dello studio hanno mostrato che la *body-compassion* modera la relazione tra eventi di vita negativi (eventi traumatici di varia natura come, ad esempio, un brusco cambiamento nella propria situazione reddituale o la morte di un membro della famiglia) e il binge eating. Questi recenti evidenze sembrano rappresentare un primo passo verso la possibile rilevanza della *body-compassion* come costrutto psicologico da implementare all'interno dei programmi di intervento e prevenzione dei DA.

Due studi (Berry et al., 2010; Eke et al., 2019) si sono specificatamente proposti di esplorare il ruolo della *body-compassion* sull'immagine corporea e il benessere emotivo nel contesto sportivo. Entrambi gli studi, seppur con impianti metodologici differenti, hanno evidenziato

come la *body-compassion* sia strettamente associata al costrutto *functionality appreciation* e al benessere psicologico delle giovani atlete. L'aspetto comune che hanno evidenziato entrambi gli studi è che possedere alti livelli di *body-compassion* aumentava la fiducia delle atlete circa il proprio corpo e l'apprezzamento per ciò che il corpo era in grado di fare per loro stesse; inoltre, la *body-compassion* oltre ad aumentare i livelli di *functionality appreciation* si associava anche con un maggior numero di emozioni positive esperite dalle atlete.

Nonostante queste prime evidenze mostrino come la *body-compassion* possa essere un importante costrutto associato all'immagine corporea positiva (Eke et al., 2019; Berry et al., 2010) e un promettente fattore protettivo rispetto all'immagine corporea negativa e ai DA (Altman et al., 2017; Oliveira et al., 2018), sarebbe importante colmare alcuni gap teorico-applicativi sulla *body-compassion*. In primo luogo, sarebbe necessario indagare se lo strumento validato nel contesto statunitense per misurare la *body-compassion* (BCS; Altman et al., 2017) presenti una struttura solida e affidabile anche in altri contesti culturali e in altre popolazioni in modo da poter implementare nuove ricerche empiriche sul tema. In secondo luogo, risulta importante condurre ulteriori studi volti a verificare se la *body-compassion*, al pari della *self-compassion*, possa rappresentare un'abilità significativa per la costruzione di un'immagine corporea positiva sia nella popolazione generale (uomini e donne) che in popolazioni specifiche. Ad esempio, potrebbe essere importante, indagare il ruolo della *body-compassion* in persone che si trovano ad affrontare eventi di vita che compromettono la valutazione che l'individuo fa del proprio corpo come, ad esempio, una diagnosi oncologica che comporta, in molti casi un trattamento medico-chirurgico (e.g., operazioni chirurgiche volte ad eliminare la massa tumorale) i cui effetti collaterali, possono avere delle ricadute negative sulla percezione che l'individuo ha del proprio corpo. Considerato che la *body-compassion* è stata teorizzata a partire dalla *self-compassion*, spostando il focus dal sé globale al sé corporeo, è possibile ipotizzare che tale abilità psicologica possa essere appresa e allenata ottenendo degli importanti benefici, al pari della *self-compassion*, non solo nella costruzione di una relazione sana e funzionale con il proprio corpo ma anche a livello del benessere psicologico e della qualità della vita dell'individuo.

2. Il mio corpo e (è) la mia salute: il ruolo dell'immagine corporea nella prevenzione del tumore al seno

2.1. Salute e strategie di prevenzione: l'importanza della prevenzione a tutti i livelli

Il termine prevenzione, largamente utilizzato in campo medico sanitario, rimanda a vari significati come precedere, anticipare, ma anche impedire o evitare un evento dannoso. L'attività di prevenzione in campo medico implica la capacità di osservare in maniera chiara l'oggetto da combattere, la possibilità di prevedere gli eventi che si vogliono evitare attraverso la rilevazione dei fattori di rischio, e conseguentemente la capacità di individuare le azioni più adatte per evitare l'insorgere di possibili conseguenze negative per la salute dell'individuo (Taylor, 2017). In questo contesto l'attività di prevenzione consiste nell'attivare modalità in grado di impedire, o di ritardare, la comparsa di uno stato patologico o di diminuirne l'intensità.

Uno dei primi tentativi di categorizzazione delle principali tipologie di prevenzione in ambito medico-psichiatrico è rappresentato dalla classificazione formulata da Caplan (1964) il quale distingue tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La tripartizione proposta dall'autore si riferisce ad atti e fasi diverse del più ampio processo di prevenzione della salute. La prevenzione primaria punta ad agire su cause e fattori di rischio che possono produrre conseguenze dannose alla salute. L'obiettivo della prevenzione primaria è ridurre o annullare l'incidenza di tali fattori evitando l'insorgere di nuove patologie o controllando le situazioni in grado di minacciare l'equilibrio psicologico, fisico e sociale esistente. Un intervento di prevenzione primaria intende, dunque, ridurre il numero di nuovi casi relativo ad un determinato problema o una determinata malattia, abbassandone il tasso di incidenza.

A differenza della prevenzione primaria, la prevenzione secondaria non si occupa di rimuovere le cause di una malattia, ma punta a individuare precocemente i sintomi del suo insorgere, in modo da potere compiere tempestivamente gli opportuni trattamenti e/o interventi. Il successo di un programma di prevenzione secondaria corrisponderà alla riduzione della mortalità connessa a una malattia. Gli interventi di prevenzione secondaria sono realizzabili solo

nei confronti di patologie che presentano caratteristiche specifiche: per un'adeguata strategia di prevenzione secondaria è necessario che sia conosciuta l'evoluzione della malattia, che il periodo di latenza (periodo in cui i sintomi non sono evidenti) sia abbastanza lungo da permettere l'individuazione precoce dei sintomi così è possibile implementare interventi terapeutici in grado di eliminare la patologia o di ritardarne lo sviluppo (Barbuti et al., 2011).

La prevenzione terziaria, infine, si pone l'obiettivo di ridurre le conseguenze di una patologia in fase conclamata e ostacolarne l'eventuale evoluzione (Caplan, 1964). L'obiettivo è ridurre la cronicizzazione di un disturbo, essa può essere identificata con gli interventi di riabilitazione e cura, che cercano di impedire il progredire della malattia o l'insorgere di ulteriori disabilità conseguenti (Caplan, 1964).

La classificazione appena descritta proposta da Caplan (1964) seppur ampiamente conosciuta e utilizzata nel campo della psicologia della salute presenta dei limiti. Essa è stata principalmente criticata per la sua impostazione bio-organicista e il riferimento implicito a un modello di causalità lineare e diretta. Questi aspetti la rendono inadeguata nel caso in cui ci si debba confrontare con problematiche sociali ben più complesse ovvero quando è necessario considerare una molteplicità di cause a livelli differenti (Barilaro & Celata, 2000).

Nel tentativo di superare le criticità del modello tripartito (Caplan, 1964), è stata in seguito proposta una distinzione delle tipologie di prevenzione, sulla base delle caratteristiche della popolazione cui è rivolto l'intervento, distinguendo tra interventi universali, selettivi e indicati (Gordon, 1983). Sono stati così definiti *universali* gli interventi diretti a un'intera popolazione, senza distinzione in termini di vulnerabilità o di comportamenti a rischio dei soggetti che la compongono; *selettivi* quelli rivolti a soggetti appartenenti a un sottogruppo di popolazione che presenta una percentuale di rischio maggiore di sviluppare un particolare problema rispetto a quanto non avvenga per la popolazione generale di riferimento; *indicati*, gli interventi indirizzati a soggetti identificati come ad alto rischio individuale per lo sviluppo di un disturbo, del quale, nella fase specifica, gli individui possono presentare solo alcuni segnali o sintomi prodromici.

Sebbene tali classificazioni siano molto utili e adeguate nel campo delle scienze mediche, l'applicazione del concetto di prevenzione in campo psicologico e sociale è molto più complessa. In questo settore non è facile individuare e isolare le cause dei comportamenti da contrastare o da modificare e, di conseguenza, stabilire i contenuti e le modalità efficaci

dell'azione preventiva. In psicologia della salute è ampiamente condivisa una spiegazione dei fenomeni psicologici, sociali e dei comportamenti umani in termini probabilistici e multicausali, che prende in considerazione la molteplicità delle variabili in gioco, la loro interazione nel tempo e il ruolo attivo della mente umana (Taylor, 2017). I modelli di spiegazione complessi di tipo probabilistico e multicausale partono dal presupposto che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (*Modello Biopsicosociale*; Engels, 1977; Schwartz, 1982). Aderendo a quest'ottica la prevenzione è sostanzialmente proattiva, volta da un lato a salvaguardare gli individui da conseguenze future indesiderabili, dall'altro a sviluppare risorse volte ad un miglioramento della qualità della vita (Ferrer-Wreder et al., 2004).

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il principale centro di ricerca e consulenza tecnico-scientifica in materia di sanità pubblica in Italia, sostiene l'importanza della prevenzione della salute a tutti i livelli (universale, selettiva e indicata). L'implementazione di interventi di prevenzione specifici e strutturati sulla base delle caratteristiche della popolazione, riducono l'incidenza e la mortalità associata ad alcune malattie particolarmente diffuse in specifici gruppi di individui (e.g., tumore al seno nelle donne o tumore alla prostata per gli uomini) e di conseguenza un abbattimento dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per la società in generale.

2.2. Tumore al seno: dati epidemiologici in Italia e nel mondo

Il carcinoma mammario è un tumore maligno, ossia una lesione (nodulo) che distrugge i tessuti epiteliali, fino a infiltrare in fase avanzata, le strutture circostanti. Si presenta come una massa di nuovo tessuto che insorge quando le cellule del seno iniziano a dividersi e a proliferare in modo autonomo e svincolato dai normali sistemi di controllo dell'organismo.

Le cause del tumore della mammella non sono totalmente note, ma studi recenti (e.g., Lovett et al., 2017; Momenimovahed & Salehiniya, 2019; Zendehdel et al., 2018) si sono mossi nella direzione di fornire dati in grado di identificare alcuni fattori di rischio “stabili” connessi a tale patologia; le difficoltà associate all'individuazione delle cause del tumore mammario sono

connesse alla multifattorialità della patologia. Tra i fattori di rischio individuati l'età ha sicuramente un ruolo rilevante: con l'aumentare di essa, infatti, aumenta anche il rischio di ammalarsi di tumore al seno, la curva di incidenza cresce esponenzialmente sino alla menopausa, poi rallenta e riprende a salire dopo i 60 anni (Kamińska et al., 2015). La probabilità di rischio più alta è rilevata nell'età dai 50 ai 69 anni, con una donna su venti che riceve una diagnosi di tumore mammario (5.5%). Altri fattori di rischio sono rappresentati dai fattori riproduttivi, per esempio una lunga durata del periodo fertile, con menarca precoce e menopausa tardiva, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni ed il mancato allattamento al seno (Associazione Italiana Registro Tumori [AIRTUM], 2020). Seguire una dieta ricca di grassi animali, o una dieta che contenga un basso apporto di fibre vegetali sembrano essere due stili alimentari associati ad un aumentato rischio di tumore alla mammella (De Cicco et al., 2019; Turati et al., 2018). Il rischio per il tumore alla mammella aumenta anche nelle donne che assumono contraccettivi orali e nelle donne che assumono terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa (Lovett et al., 2017). Sono fattori di rischio anche la familiarità e l'ereditarietà, anche se la maggior parte dei carcinomi mammari è costituito da forme sporadiche non ereditarie (Associazione Italiana di Oncologia Medica [AIOM], 2021). Altri fattori di rischio recentemente esplorati sono: l'aver ricevuto una diagnosi di tumore benigno al seno (Momenimovahed & Salehiniya, 2019), essere in sovrappeso o obesi (Sheng et al., 2018), fumare e bere alcolici in grande quantità (Knight et al., 2017), vivere in un contesto caratterizzato da un alto tasso di inquinamento atmosferico (Cheng et al., 2020), svolgere principalmente lavori notturni e su turni (Gehlert & Clanton, 2020), avere uno status socioeconomico basso (Lyle et al., 2017).

L'incidenza, la mortalità e i tassi di sopravvivenza del tumore alla mammella variano a seconda del contesto in cui si vive, poiché trattandosi di una patologia multifattoriale la genetica, lo stile di vita e l'ambiente influiscono sul suo sviluppo e incidenza. Il tasso di incidenza varia, infatti, anche a seconda della nazionalità e dell'etnia, mostrando i livelli più alti di incidenza nei paesi più sviluppati e industrializzati. Nel 2012, sono stati diagnosticati 1.67 milioni di nuovi casi di cancro al seno a livello mondiale e si stima che questo numero crescerà fino a raggiungere i 3.2 milioni entro il 2050 (Momenimovahed & Salehiniya, 2019). Il tumore al seno rappresenta dunque una delle neoplasie a maggiore prevalenza a livello internazionale e sfortunatamente in

costante trend di crescita (Carioli et al. 2020; Gavric & Vukovic-Kostic, 2016; Martin-Sánchez et al., 2018; Rezaei et al., 2016)

Anche i dati italiani si allineano a quelli internazionali: in Italia, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata, circa un tumore maligno ogni tre (28%) è un tumore mammario (AIRTUM, 2020). Tra le donne, è la neoplasia più frequentemente diagnosticata, con 54.976 nuove diagnosi stimate per il 2020, ovvero più del 30% delle diagnosi di tutti i tumori femminili; esso rappresenta anche la neoplasia più frequente in tutte le classi di età, anche se con percentuali differenti (41% tra donne di 0-49 anni, 35% tra 50-69 anni e 22% nelle donne over 70 anni) (AIOM, 2020). Nelle donne, il tumore della mammella è la prima causa di morte oncologica ovvero il 16.1% di tutte le morti oncologiche (AIOM, 2020). Infine, dati italiani recenti mostrano che l'età media delle donne a cui viene diagnosticato un cancro al seno sta sempre più diminuendo (AIRTUM, 2020).

In Italia le statistiche rispetto alla mortalità mostrano un ottimo trend: essa risulta in calo in tutte le classi di età, infatti rispetto al 2015, il tasso di mortalità del 2020 per i tumori mammari diminuisce di oltre il 6%. La sopravvivenza a 5 anni delle donne con tumore alla mammella è dell'87% mentre la sopravvivenza dopo 10 anni dalla diagnosi è uguale all'80% (AIRTUM, 2020). Grazie alla prevenzione precoce e ai più recenti trattamenti medici, le aspettative di vita delle donne affette da questo tipo di tumore sono sensibilmente migliorate (Carioli et al. 2020).

2.3. Prevenzione del tumore al seno: strategie di prevenzione selettive

Come appena affermato, nonostante l'aumento del numero dei casi, grazie alle nuove scoperte diagnostiche e terapeutiche la mortalità per carcinoma mammario si è stabilizzata e ridotta in alcune aree del mondo (tra cui il contesto italiano), tanto da rendere la guarigione definitiva un traguardo raggiungibile nella maggioranza dei casi. L'implementazione di efficaci strategie di prevenzione selettive, lo sviluppo di nuovi metodi per la diagnosi precoce e un sensibile miglioramento del processo diagnostico rappresentano i tre fattori chiave in grado di spiegare il calo della mortalità per tumore mammario e l'incremento dei tassi di guarigione (AIRTUM, 2020).

Il percorso diagnostico per il tumore al seno si esplica attraverso tre passi: screening di prevenzione, follow-up ed esame clinico programmato, protocollo di trattamento relativo all'eventuale nodulo. A livello internazionale dal 2015 al 2018, circa il 74% delle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni si è sottoposta agli screening preventivi indicati sulla base dell'età anagrafica (mammografia ed esami clinici al seno): il 54.6% ha aderito ai programmi di screening gratuiti organizzati dalla propria struttura sanitaria, mentre il 19.3% si è sottoposta agli screening volontariamente (non su invito) (Welch et al., 2016). Questo iter preventivo ha permesso la diagnosi di circa il 16% dei tumori mammari (Welch et al., 2016).

Nel corso degli anni, i Sistemi Sanitari internazionali e nazionali hanno investito molte risorse al fine di fornire metodi preventivi e di screening sempre più adeguati a garantire la diagnosi precoce per il cancro al seno (AIRTUM, 2020). Ciò si è concretizzato grazie allo sviluppo di campagne di screening e di sensibilizzazione rivolte alle donne al fine di incrementare la consapevolezza dell'importanza di eseguire controlli periodici orientati alla salute del proprio seno. Di conseguenza, l'aumento delle diagnosi precoci di cancro al seno, associandosi a prognosi migliori e a trattamenti chirurgici più conservativi con risultati estetici migliori, ha abbattuto e ridotto i costi del sistema sanitario (Welch et al., 2016). Nell'era pre-screening, oltre il 50% delle diagnosi di cancro al seno si presentava con tumori primari avanzati di grandi dimensioni e/o una linfadenopatia ascellare associata (Buiatti et al., 2002). Attualmente, invece, circa il 44% delle donne riceve una diagnosi precoce per il cancro al seno

durante il programma di screening e questo, insieme all'evoluzione e al progresso dei trattamenti, ha comportato una drastica riduzione della mortalità delle pazienti, con un tasso di sopravvivenza globale dell'87% a 5 anni dalla diagnosi (Osservatorio Nazionale Screening PASSI, 2020).

I programmi di screening si sono diffusi ampiamente a partire dagli anni '90, contribuendo alla diminuzione della mortalità e alla riduzione di interventi di mastectomia radicale. In Italia il metodo di screening principale offerto alla popolazione è la mammografia, che viene resa gratuita, generalmente con cadenza biennale alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni (sebbene con alcune differenze regionali).

La Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro (2020) ci tiene a sottolineare che la prevenzione del tumore del seno deve cominciare a partire dai 20 anni di età con controlli annuali del seno eseguiti in autonomia (autoesame al seno) o da uno specialista senologo (attraverso una visita senologica), affiancati solo successivamente dalla mammografia biennale dopo i 50 anni o dall'ecografia mammaria, ma solo in caso di necessità, in donne giovani.

2.3.1. Autoesame al seno (*Breast Self-Examination; BSE*)

L'autoesame al seno è un esame che ogni donna può effettuare comodamente a casa propria seguendo alcuni semplici movimenti che permettono di cogliere precocemente eventuali cambiamenti nella morfologia del seno. L'esecuzione di tale esame viene consigliata alle donne con età superiore ai 20 anni una volta al mese, qualche giorno dopo il termine del ciclo mestruale, quando il seno è meno dolente e turgido (Doshi et al., 2012). L'esame si svolge in due fasi: l'osservazione, che permette di individuare mutazioni nella forma del seno o del capezzolo; la palpazione che permette di individuare la presenza di piccoli noduli che prima non c'erano. Quando si parla di autoesame al seno non ci si riferisce esclusivamente ad un esame per la ricerca di noduli nella ghiandola mammaria, ma anche all'individuazione di altri segnali che devono spingere a consultare un medico, come retrazioni o cambiamenti della pelle, perdite di liquido dai capezzoli e cambiamenti morfologici della mammella (AIRC, 2020). La BSE, se effettuata regolarmente, permette alle donne di diventare maggiormente consapevoli del proprio

seno e in generale del proprio corpo (*Breast Awareness Project*, National Comprehensive Cancer Network, 2014), oltre che ovviamente essere un metodo conveniente ed efficace per identificare cambiamenti a livello del tessuto mammario (Chouliara et al., 2004; Oeffinger et al., 2015). Dati internazionali sostengono che la sensibilità e la specificità dell'autoesame al seno, nel rilevare il carcinoma mammario o noduli al seno benigni, si attesta rispettivamente intorno al 58,3% e all'87,4% (Allen et al., 2010; Wilke et al., 2009) ciononostante è necessario ricordare che tale metodo non sostituisce gli esami più approfonditi come la mammografia (NIH, 2014). Nonostante le raccomandazioni dei professionisti volte ad implementare la messa in atto del comportamento e gli evidenti benefici in termini di salute, la ricerca internazionale suggerisce che solo un terzo delle donne pratica l'autoesame al seno e solo il 27% di esse lo pratica in maniera corretta (Elmore et al., 2005). Anche nel contesto italiano emergono basse percentuali associate alla messa in atto della BSE (19%) tra le giovani donne (Arcarisi et al., 2019).

2.3.2. *Esame clinico al seno (Clinical Self-Examination – CSE) o visita senologica*

L'esame clinico del seno, o visita senologica, costituisce parte fondamentale dell'esame clinico per la diagnosi precoce del carcinoma mammario ed è praticato abitualmente da operatori sanitari, quali ad esempio medici chirurghi e ginecologi. La visita senologica consiste nell'esame clinico completo del seno da parte di un medico specializzato, l'esame, semplice e indolore, è effettuato nello studio del medico senza l'ausilio di particolari strumenti (AIRC, 2020). Il senologo, prima di cominciare l'esame vero e proprio delle mammelle, si occupa dell'anamnesi, ovvero della raccolta di informazioni utili a un'eventuale diagnosi: eventuale presenza di casi di tumore del seno in famiglia, età di comparsa del primo ciclo mestruale e della menopausa, gravidanze, alimentazione, terapie ormonali (contraccettivi orali, terapie ormonali sostitutive in menopausa eccetera). Solo dopo aver terminato questa fase il senologo può procedere con l'esame clinico che parte con l'osservazione e termina con la palpazione. Questo tipo di valutazione da sola in genere non è sufficiente a formulare una diagnosi precisa, ma può sicuramente essere utile a chiarire situazioni sospette. Secondo le linee guida dell'AIRC (2020) la visita periodica dal senologo non è necessaria per le donne più giovani, ma è sufficiente

rivolgersi al proprio medico di base o al ginecologo per i controlli. In caso di dubbio è proprio il medico generico o il ginecologo a consigliare una visita senologica specialistica durante la quale, grazie anche ad altri esami quali l'ecografia, è possibile distinguere tra patologie maligne e benigne del seno e se necessario, impostare la terapia più corretta. La visita annuale è fortemente consigliata dopo i 40 anni, mentre dopo i 50 è raccomandata anche la mammografia.

2.3.3. Mammografia

La diagnosi di tumore al seno può essere effettuata tramite mammografia, che attraverso una dose ridotta di raggi, offre un'immagine chiara del tessuto mammario (Kuhl et al., 2005). La mammografia, offerta gratuitamente all'interno dei programmi di screening sanitari ogni due anni per le donne tra i 50 e 69 anni, è il metodo più efficace per la diagnosi precoce per la sua elevata sensibilità nel rilevare lesioni non palpabili (Barchielli et al., 2005). Il tessuto mammario cambia durante la vita di una donna: col progredire dell'età il tessuto ghiandolare assume dimensioni ridotte e il tessuto fibroso viene sostituito da tessuto grasso. Questi fattori influiscono sulla mammografia che diventa molto più chiara nelle donne in età avanzata e permette di individuare formazioni anche di dimensione ridotta (Miller & Champion, 1993). Rispetto al contesto internazionale e nazionale (come precedentemente accennato) lo screening mammografico viene effettuato nelle donne tra 50 e 69 anni tramite mammografia ogni due anni attraverso degli appositi inviti comunicati dall'ente sanitario di residenza della donna; inoltre, una parte consistente di donne tra i 40 e 49 anni si sottopone a questi test di screening, a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o su consiglio del proprio medico (AIOM, 2020). I dati relativi al 2018 rispetto alla copertura e partecipazione allo screening mammografico sottolineano che la copertura (ovvero la percentuale di inviti trasmessi) si è attestata all'84% (oltre 3.364.979 inviti) (AIRTUM, 2020). La copertura è praticamente completa nell'Italia settentrionale e centrale (coinvolgendo più di 98 donne su 100 al Nord, e più di 96 su 100 al Centro) e ha raggiunto 59 donne su 100 al Sud dove si è assistito ad un piccolo aumento (rispetto al 2015) di 1 punto percentuale, sia per quanto riguarda la copertura che la partecipazione all'invito (AIRTUM, 2020). La partecipazione si attesta complessivamente al 61% con un differenziale

di 21 punti percentuali fra Nord e Sud. L'insieme di questa attività ha portato alla individuazione nel corso del 2018 di 8.045 carcinomi fra i 50 e i 69 anni di età (AIRTUM, 2020).

Nonostante l'implementazione e diffusione di campagne informative volte a evidenziare l'importanza della prevenzione precoce e il miglioramento dei programmi di screening mammografico capillari ed estesi nel territorio, il tasso di adesione e partecipazione a tali programmi preventivi e di screening è piuttosto basso. Si è constatato che se da una parte la copertura dello screening mammografico organizzato (principale strategia di diagnosi precoce) risulta sempre più in aumento (pari all'84% nel 2018), dall'altra l'adesione (pari al 55% nel 2018) non riesce ancora a raggiungere la soglia di accettabilità del 70% (AIRTUM, 2020). L'emergenza sanitaria causata dal COVID-19, ha peggiorato tale quadro. A causa della pandemia è stata necessaria una totale e tempestiva riorganizzazione del SSN al fine di prepararsi a far fronte ad una pandemia mondiale di difficile gestione. A questo proposito, la maggior parte delle attività preventive di routine sono state ridimensionate, comprese le campagne di screening attive per il tumore al seno. Le Breast Unit sono state fortemente colpite dall'emergenza e dalle conseguenti restrizioni e vincoli riducendo la possibilità di accesso ai servizi di prevenzione (Vanni et al., 2020). Tale tendenza è importante da tenere in considerazione considerato che essendo il tumore mammario, la neoplasia più diffusa nelle donne, è fondamentale che il processo preventivo inizi precocemente ed efficacemente per una migliore prognosi della patologia.

2.3.4. *Ecografia mammaria*

Questo tipo di ecografia specialistica è un esame diagnostico semplice, sicuro e non invasivo, poiché si basa sull'emissione e la ricezione di ultrasuoni, a bassa frequenza e ad alta intensità, che non provocano danni all'organismo, nemmeno nei soggetti particolarmente sensibili come le donne in gravidanza (AIRC, 2020). La sonda viene passata sul seno cosparso di un sottile strato di gel che, facendo aderire meglio la sonda alla pelle eliminando di conseguenza l'aria interposta, consente di visualizzare immagini di migliore qualità. Ciò consente di individuare eventuali formazioni all'interno del seno, distinguendole tra quelle a contenuto liquido e quelle a contenuto solido. È bene sottolineare che l'ecografia mammaria

non è un esame di screening, bensì un esame che completa l'accuratezza diagnostica della mammografia. Inoltre, nelle donne più giovani in cui il tessuto ghiandolare è più denso, i risultati dell'ecografia offrono maggiori informazioni rispetto a quelli mammografici. In questo caso, la sensibilità è del 72,6% mentre la specificità del 88,5% (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). In linea di massima, l'ecografia mammaria per le donne di età fino a 35-40 anni è da considerarsi come esame di primo livello (insieme alla visita senologica) mentre per le donne dai 40 anni in su come un esame complementare alla mammografia (AIRC, 2020).

2.4. Quali fattori ostacolano la messa in atto dei comportamenti di prevenzione per il tumore al seno?

Nonostante una diagnosi precoce e l'adozione di misure preventive rappresentino elementi importanti per contenere l'indice di mortalità del tumore al seno, emerge il dato, particolarmente rilevante nel contesto nazionale, che un numero significativo di donne adulte non partecipano ai programmi di prevenzione programmati nonostante la ricezione dell'invito allo screening mammografico (AIRTUM, 2020); mentre le donne più giovani non eseguono o eseguono molto raramente l'autoesame al seno (e.g., Arcarisi et al., 2019).

La ricerca, considerati i tassi relativamente bassi di adesione alla prevenzione per il tumore al seno, si è posta l'obiettivo di comprendere quali possano essere i fattori di ostacolo o barriere all'attuazione di tali comportamenti preventivi specifici per il tumore al seno (e.g., screening mammografico e autoesame al seno). Tra le determinanti psicosociali associate alla mancanza di adesione allo screening mammografico emerge il basso status socioeconomico e bassi livelli di scolarizzazione (Islam et al., 2017), essere immigrate (Cadet et al., 2021), vivere da sole e/o non avere figli (Lagerlund et al., 2000), e la scarsa partecipazione ad attività sociali (Lagerlund et al., 2000). Per quanto riguarda il ruolo dei fattori psicologici che motivano le donne a partecipare o meno allo screening mammografico, alcuni studi hanno indagato il rapporto tra la modalità con cui le donne elaborano le informazioni associate al rischio di sviluppare un cancro al seno e la loro intenzione a mettere in atto tale comportamento preventivo. La preoccupazione per il cancro a livelli moderati sembra promuovere l'adesione

allo screening, mentre alti livelli di preoccupazione fungono da barriera al comportamento (Andersen et al., 2003) a meno che non siano accompagnati da informazioni chiare relative allo screening, fornite dai medici (Ricci Bitti et al., 2003; Rimal & Real, 2003). In linea con tali risultati un ulteriore e recente studio ha mostrato che sia sentirsi meno vulnerabili rispetto allo sviluppare un tumore al seno sia percepire un'alta paura di sviluppare un eventuale carcinoma mammario sono i principali predittori della mancata adesione e partecipazione allo screening mammografico (Ivanova & Kvalem, 2021).

Anche per quanto riguarda la BSE vari studi si sono interessati all'individuazione delle motivazioni che spingono le giovani donne a non informarsi e a non praticare tale comportamento. È di notevole importanza concentrarsi su tale comportamento perché a differenza dello screening mammografico che grazie a una sinergica azione sanitaria, contattata e invita direttamente le donne a partecipare all'esame, sull'autoesame al seno (a parte alcune campagne di sensibilizzazione e informazione) non vi sono i presupposti di una comunicazione diretta volta ad invitare le donne ad eseguire tale comportamento. Da recenti studi sono emersi quali fattori di ostacolo alla messa in atto della BSE la mancanza di informazioni rispetto a come si effettua l'autoesame al seno (Koc et al., 2019), un basso livello socioeconomico (Ahmed et al., 2018; Yambem et al., 2019) e la giovane età (Khalid et al., 2018; Koc et al., 2019). La paura di scoprire un eventuale carcinoma attraverso la BSE rappresenta un ulteriore ostacolo alla messa in atto di tale comportamento di screening in giovani donne che avevano una familiarità con il cancro al seno (Erblich et al., 2000).

Un ulteriore ostacolo recentemente esplorato relativo alla mancata attuazione di procedure di prevenzione secondaria per il cancro al seno è il rapporto che la donna ha con il proprio corpo. Fish e Wilkinson (2003) hanno constatato che tra le motivazioni che spingono a non sottoporsi a screening per il tumore al seno (e.g., screening mammografico e autoesame al seno), un gruppo di giovani donne da loro intervistate ha riferito una forte sensazione di disagio, imbarazzo e vergogna nei confronti del proprio corpo. Dall'analisi della letteratura è emerso inoltre come l'IMC rappresenti una variabile che influenza notevolmente l'atteggiamento delle donne verso i comportamenti di screening. Donne in sovrappeso o obese, alle quali è stato chiesto il motivo per cui non aderissero alle campagne sugli screening oncologici, hanno affermato di non sentirsi a proprio agio nel mostrare il proprio corpo e di provare forte imbarazzo

di fronte ad operatori sanitari poco sensibili alla loro condizione corporea oppure hanno dichiarato di aver paura di essere pesate e/o di ricevere consigli non richiesti riguardo al perdere il proprio peso (Drury & Louis, 2002; McGuigan & Wilkinson, 2015). Infatti, le evidenze sostengono che le donne obese ($IMC \geq 30$) o gravemente obese ($IMC \geq 40$) presentano un livello più alto di non aderenza a programmi di prevenzione programmati come la mammografia o esami fisici di routine rispetto alle donne normopeso (Drury & Louis, 2002). Tuttavia, dalla ricerca emerge come anche le donne sottopeso siano meno intenzionate a mettere in atto comportamenti di screening per i tumori rispetto alle donne normopeso (Fontaine et al., 2001; Zhu et al., 2006) riconducendo tale dato al disagio percepito rispetto alla propria immagine corporea attribuibile alla vergogna per il proprio corpo, esperita per via dell'estrema magrezza, e alla mancanza di curve e forme corporee (Franko & Roehrig, 2011).

Queste preliminari evidenze ci informano sul potenziale ruolo che l'immagine corporea svolge nell'eventuale messa in atto dei comportamenti di prevenzione. A partire da questi studi i ricercatori nel campo dell'immagine corporea si sono interrogati sulla relazione tra immagine corporea e l'attuazione di comportamenti di prevenzione della salute in generale (Ridolfi & Crowther, 2013). L'immagine corporea e gli aspetti negativi connessi a questa (e.g., insoddisfazione corporea, vergogna corporea) sono stati ampiamente studiati in primo luogo in relazione ai disturbi dell'alimentazione e in secondo luogo come fattori di rischio di una serie di comportamenti disadattivi (es., utilizzo di sostanze, comportamenti sessuali a rischio, scarso esercizio fisico). Successivamente, le caratteristiche e i processi associati all'immagine corporea positiva (in particolare apprezzamento corporeo e funzionalità corporea) sono stati studiati in relazione ad aspetti legati a comportamenti salutari e/o collegati alla promozione della salute come, ad esempio, seguire una dieta salutare, fare attività fisica e prendersi cura in generale del proprio corpo (per una review vedi Ridolfi & Crowther, 2013). Solo recentemente l'interesse degli studiosi si è rivolto anche alla prevenzione del tumore al seno, tuttavia la ricerca inerente al ruolo dell'immagine corporea, sia negativa che positiva, nell'attuazione di tali comportamenti preventivi risulta ancora limitata.

2.4.1. Immagine corporea negativa e comportamenti di prevenzione per il tumore al seno

Per quanto riguarda l'immagine corporea negativa, dall'analisi della letteratura è emerso come alcuni costrutti cognitivi, emotivi e comportamentali ad essa associati risultino importanti fattori di rischio implicati nell'evitamento o nella mancata messa in atto di comportamenti di screening e prevenzione del tumore al seno.

Una variabile legata all'immagine corporea negativa che è risultata predire negativamente la messa in atto di comportamenti verso gli screening di prevenzione oncologica in generale è il sentimento di vergogna per il proprio corpo (*body shame*) (Cash, 2011; Rosen, 1992). La vergogna corporea si distingue dall'insoddisfazione corporea, in quanto va oltre la non approvazione di alcuni aspetti del proprio corpo (Cash & Smolak, 2011) e si riferisce al sentimento di inferiorità fisica e morale causata da tratti fisici discutibili che risultano, agli occhi della donna, poco attraenti rispetto allo standard culturale di bellezza (Bessenoff & Snow, 2006; Goss & Gilbert, 2002). La vergogna corporea può essere sperimentata sia da donne giovani che anziane: le prime possono provare vergogna per l'aumento di peso e grasso corporeo associato alla pubertà o alla gravidanza, mentre le seconde possono provare vergogna a seguito dei cambiamenti fisici conseguenti alla menopausa e/o all'invecchiamento, che aumentano la discrepanza tra il loro aspetto reale e l'ideale culturale di bellezza (McKinley & Lyon, 2008). Questo sentimento di vergogna verso il proprio corpo conduce all'evitamento di tutte quelle situazioni in cui il corpo deve essere osservato attentamente e quindi può ostacolare anche i comportamenti di prevenzione in cui la donna deve sottoporsi ad un attento esame medico in cui è richiesto di esporre il proprio corpo, come accade per l'esame clinico al seno o la mammografia. In tali frangenti la donna può infatti sentirsi a disagio ad esporre il proprio corpo in quanto esso potrebbe essere valutato negativamente sulla base dei difetti percepiti (Ridolfi & Crowther, 2013). Anche i comportamenti di prevenzione come l'autoesame del seno tendono ad essere evitati quando sono presenti alti livelli di vergogna corporea; una donna può sentirsi a disagio nel dover osservare, esaminare e toccare minuziosamente il proprio corpo allo specchio poichè tale esposizione potrebbe aumentare i sentimenti di vergogna e autoconsapevolezza

corporea che, a loro volta, potrebbero dare origine ad un'esperienza fortemente stressante (Ridolfi & Crowther, 2013).

Insieme alla vergogna corporea, anche il cosiddetto *body avoidance* (evitamento corporeo), ovvero comportamenti protettivi messi in atto dalla persona per cercare di evitare di vedere o far vedere la propria forma corporea, può predire negativamente la messa in atto di comportamenti di screening per i tumori. Per le donne che utilizzano tale strategia comportamentale, attività essenziali come fare il bagno, provarsi dei capi di abbigliamento vengono vissute come esperienze molto stressanti dal punto di vista psicologico (Tiggemann & Lacey, 2009; Trautmann et al., 2007), così come può esserlo frequentare luoghi in cui il proprio corpo deve essere messo in mostra (come, ad esempio, in spiaggia o in piscina) oppure avere una relazione intima con un partner (Fairburn, 2008). Queste donne evitano o ritardano la partecipazione agli screening mammografici, eseguiti da personale medico, poiché tale procedura alimenta la sensazione di distress e disagio causata dalla consapevolezza che qualcun altro sta osservando il proprio corpo e con esso i difetti da esse percepiti (Ridolfi & Crowther, 2013). Nonostante non vi siano studi che abbiano analizzato il ruolo dell'evitamento corporeo sulle intenzioni di effettuare l'autoesame al seno, è plausibile affermare che, quando una donna si impegna a eludere sistematicamente il contatto, di ogni tipo, con il proprio corpo, difficilmente riuscirà ad osservare minuziosamente la propria immagine allo specchio, come avviene nella pratica della BSE.

Per quanto riguarda lo studio del ruolo rivestito dall'insoddisfazione corporea nell'attuazione delle procedure di prevenzione selettiva del tumore al seno, i pochi studi condotti al riguardo hanno evidenziato come le preoccupazioni riguardanti il proprio corpo e il proprio peso rappresentino una delle barriere maggiormente segnalate per gli screening oncologici in generale, compresi quelli volti a rilevare eventuali tumori al seno (Clark et al., 2009; Ludman et al., 2010). Un recente studio di Swami e Furnham (2018) ha esaminato l'associazione tra l'insoddisfazione relativa alla dimensione del seno, l'insoddisfazione corporea generale e la frequenza del comportamento di BSE, in un campione di 384 donne inglesi, di età compresa tra i 18 e i 76 anni. Dai risultati è emerso che l'attuazione dell'autoesame al seno non fosse predetta dall'insoddisfazione corporea generale ma da un'elevata insoddisfazione specifica per la dimensione del proprio seno. Questi risultati rimanevano costanti sia nelle donne che

desideravano un seno più grande, sia in coloro che lo desideravano più piccolo. È probabile che in queste donne insoddisfatte verso la dimensione del proprio seno, il dover attuare un'attenta analisi visiva e tattile di questa parte del loro corpo risulti un evento trigger negativo riguardante la propria immagine corporea e attivi di conseguenza emozioni negative, come vergogna o imbarazzo, che possono indurre tali soggetti ad evitare il comportamento di prevenzione in questione (Swami & Furnham, 2018). Dallo studio è emerso anche che l'insoddisfazione verso il proprio seno si associava ad una minore fiducia personale nella capacità di rilevazione di cambiamenti al seno e ad un maggiore ritardo nella richiesta di consulto al proprio medico. Il sentimento di fiducia personale nelle proprie capacità di rilevare correttamente un cambiamento nel proprio è maggiore nel momento in cui le donne hanno una piena consapevolezza del loro seno, lo guardano e lo toccano normalmente per monitorare eventuali cambiamenti (Swami & Furnham, 2018).

2.4.2. Immagine corporea positiva e comportamenti di prevenzione per il tumore al seno

Come evidenziato nel precedente paragrafo, dall'analisi della letteratura sono emerse delle preliminari evidenze rispetto all'immagine corporea negativa e il suo ruolo nei comportamenti di prevenzione del tumore al seno. Tali studi, tuttavia, non sono esenti da limiti. Dall'analisi della letteratura emerge infatti come alcuni di essi abbiano preso in considerazione comportamenti di screening oncologici generici, senza considerare che spesso procedure di prevenzione diverse possono comportare un focus più o meno specifico rispetto all'analisi del proprio corpo in generale o di singole parti di esso. Un'ulteriore limite degli studi presentati è quello di misurare principalmente costrutti associati all'immagine corporea negativa senza cogliere aspetti associati all'immagine corporea positiva (soprattutto se relativi a apprezzamento corporeo e apprezzamento della funzionalità corporea) che potrebbero presentare un differente path associativo rispetto alla messa in atto di comportamenti preventivi per il tumore al seno. Poche ricerche (Samah & Ahmadian, 2014; Andrew et al., 2016; Chait et al., 2009) si sono infatti focalizzate sulla possibile relazione tra immagine corporea positiva e comportamenti di

prevenzione secondaria per il tumore al seno al fine di ampliare la conoscenza sull'argomento e distanziarsi dai soli concetti di insoddisfazione corporea, evitamento e vergogna corporea.

Chait, Thompson e Jacobsen (2009) nel loro studio hanno testato l'ipotesi che un'immagine corporea "più positiva" (operazionalizzata come soddisfazione corporea ovvero il polo opposto dell'insoddisfazione corporea) si possa associare ad una maggiore messa in atto della BSE e della *Skin Self-Examination* (SSE). Le 93 donne partecipanti alla ricerca avevano un'età compresa tra i 28 e gli 82 anni. Contrariamente alle previsioni degli autori dello studio, la soddisfazione per il proprio corpo non risultava correlata né con il comportamento passato né con le intenzioni future di mettere in atto la BSE ma risultava fortemente associata alla SSE. Tali risultati suggeriscono che c'è qualcosa di diverso nella SSE rispetto alla BSE nonostante entrambi i comportamenti richiedano un'osservazione del proprio corpo allo specchio. Sul mancato ruolo dell'immagine corporea sulle intenzioni di effettuare la BSE gli studiosi suggeriscono che la SSE richiede alla donna di esaminare tutto il suo corpo mentre si trova di fronte a uno specchio a tutta lunghezza; inoltre, si raccomanda che una persona richieda l'aiuto di un'altra persona che possa ispezionare le parti del corpo più difficili da auto-osservare (American Cancer Society, 2007). Al contrario, la BSE richiede l'esame solo di una piccola regione del corpo e viene condotta principalmente attraverso l'esame tattile piuttosto che la semplice ispezione visiva. Tale differenza procedurale potrebbe essere la ragione per cui la sola soddisfazione corporea non è in grado di spiegare la varianza delle intenzioni di effettuare la BSE in futuro (Chait et al., 2009). Al contrario lo studio di Samah e Ahmadian (2014) ha mostrato che un'alta soddisfazione per le proprie caratteristiche corporee si associava all'aver eseguito l'autoesame al seno più frequentemente nell'ultimo anno (comportamento passato) e ad una maggiore intenzione futura di eseguire tale esame.

Andrew, Tiggemann e Clark (2016), hanno analizzato la relazione tra l'immagine corporea positiva, operazionalizzata come *body appreciation*, l'insoddisfazione corporea, e l'intenzione di mettere in atto alcuni comportamenti orientati alla salute, tra cui comportamenti di prevenzione oncologica (i.e., mammografia e autoesame alla pelle), comportamenti salutari (e.g., fare esercizio fisico) e non salutari (e.g., bere alcolici) in un gruppo di giovani studentesse universitarie. I risultati hanno mostrato come l'apprezzamento corporeo fosse correlato con un maggior utilizzo di creme solari e il rifugiarsi all'ombra nelle ore più calde, con maggiori

intenzioni di sottoporsi a screening per tumori della pelle ma non con l'intenzione di sottoporsi alla mammografia. Gli autori hanno tuttavia giustificato tale risultato ipotizzando che tale esame preventivo sia un comportamento non ancora consolidato per le donne nella fascia di età presa in considerazione dallo studio, ovvero giovani adulte tra i 18 e i 25 anni, in quanto la mammografia viene consigliata soprattutto alle donne più adulte con età uguale o superiore ai 50 anni.

Oltre ad essere numericamente scarse le ricerche presentate su immagine corporea positiva e comportamenti di prevenzione del tumore al seno presentano alcune limitazioni. In primo luogo, alcuni studi (Andrew et al., 2016; Samah & Ahmadian, 2014) hanno coinvolto come partecipanti esclusivamente studentesse universitarie ponendo dei limiti alla generalizzabilità dei risultati. In secondo luogo, gli studi citati, utilizzano per lo più misure dell'immagine corporea "positiva" concernenti la valutazione, in termini di soddisfazione/insoddisfazione del proprio corpo in termini estetici e di apparenza e non relativi alla funzionalità o apprezzamento corporeo (ad eccezione di Andrew et al., 2016).

3. I'm a “Breast Cancer Survivors”: immagine corporea nelle donne che hanno avuto un tumore mammario

I progressi nel trattamento del cancro al seno hanno portato ad una riduzione del numero di decessi correlati a questa malattia (AIRTUM, 2020). Nonostante il miglioramento del tasso di sopravvivenza, l'esperienza del cancro porta con sé conseguenze fisiche e psicologiche che persistono nel tempo (Sterba et al., 2014). Anche dopo un trattamento di successo, le donne devono far fronte agli effetti avversi di questo (e.g., complicanze vascolari, disturbi dell'umore, disfunzioni cognitive) che influenzano la loro qualità di vita (Ahmad et al., 2015; Marzorati et al., 2017; Williams & Jeanetta, 2016). L'adattamento alla fase post-trattamento fa riferimento ai processi psicologici che si verificano nel tempo nell'individuo, come anche nel proprio mondo sociale: gli individui gestiscono, imparano e si adattano alla moltitudine di cambiamenti che sono stati causati dalla malattia e dal suo trattamento (Brennan, 2001).

Uno degli aspetti che gioca un ruolo significativo nell'adattamento psicologico della paziente alla fase post-trattamento riguarda i cambiamenti corporei dovuti alle conseguenze del trattamento (Moorey, 2007; White, 2000). Come abbiamo visto, tradizionalmente, i ricercatori hanno concettualizzato l'immagine corporea utilizzando la prospettiva cognitivo-comportamentale di Cash (2011), che afferma che l'immagine corporea è un costrutto multidimensionale che si riferisce alle cognizioni, alle emozioni e ai comportamenti che gli individui sperimentano in relazione al proprio corpo. Il modello di Cash (2011) postula che le influenze storiche e quelle prossimali (eventi di vita attivanti riguardanti l'immagine corporea) svolgono un ruolo centrale nel plasmare gli atteggiamenti verso la propria immagine corporea. La valutazione dell'immagine corporea si basa sulla valutazione della discrepanza tra le caratteristiche fisiche percepite o effettive e l'aspetto e gli ideali di bellezza interiorizzati. L'insoddisfazione o la vergogna per il proprio corpo possono aumentare se c'è una grande discrepanza tra il sé reale e il sé ideale.

White (2000) fa riferimento al modello di Cash per comprendere in modo specifico i cambiamenti nell'immagine corporea correlati al trattamento per il cancro al seno considerando le donne sopravvissute a questo (*breast cancer survivors*). Il modello postula che, quando le

pazienti sperimentano cambiamenti nell'aspetto fisico dovuti al trattamento, tali cambiamenti attivano pensieri negativi associati all'immagine di sé e del proprio corpo. Se le pazienti danno molta importanza al proprio aspetto fisico (alto investimento corporeo), i cambiamenti corporei legati al trattamento chirurgico e/o adiuvante (e.g., perdita di un seno/i, perdita dei capelli) alimenta ed amplia la discrepanza tra il sé reale e il sé ideale, incrementando i livelli di insoddisfazione corporea.

Anche Wilmoth (2001) si è occupato di comprendere i cambiamenti legati all'immagine corporea nelle donne che hanno ricevuto un trattamento per il carcinoma mammario. Egli ha identificato due componenti legate all'immagine corporea delle donne post-trattamento. La prima componente riguarda l'aspetto fisico modificato dall'intervento chirurgico a causa della rimozione o alterazione nell'aspetto del seno: la donna sperimenta la perdita, fisica e/o simbolica, di alcune parti del suo corpo, dovendo accettare il fatto di aver avuto un tumore al seno. La seconda componente riguarda la percezione che la donna ha della propria femminilità: il trattamento oncologico cambia la definizione del sé corporeo di alcune donne che spesso riferiscono di sentirsi "meno donna". Ci sono pazienti che, al momento della diagnosi e a seguito del trattamento, continuano ad essere costantemente preoccupate rispetto alla propria salute (Appleton et al., 2018) ed insoddisfatte rispetto al proprio aspetto fisico (Fobair et al., 2006).

L'insoddisfazione corporea sembra essere associata al benessere psicologico sia delle pazienti che sono in corso di trattamento sia di coloro che sono in fase di post-trattamento (Holtmaat et al., 2018). Alcuni ricercatori mostrano che una percentuale significativa di donne sopravvissute al cancro al seno riportano elevati livelli di insoddisfazione corporea (Chen et al., 2012; Moreira & Canavarro, 2010) e questa può persistere negli anni seguenti la diagnosi e il trattamento (Falk Dahl et al., 2010). L'immagine corporea, in generale, è costantemente in evoluzione perché influenzata dalle esperienze di vita (pregresse e attuali) e da fattori emotivi, cognitivi e comportamentali (Cash, 2011) tale assunto è particolarmente vero nelle donne che hanno affrontato un trattamento (chirurgico, sistemico e adiuvante) per il tumore al seno e che sono sopravvissute a questo (Annunziata et al., 2012).

Sebbene il trattamento del cancro al seno sia estremamente migliorato negli ultimi decenni (riducendo ad esempio il ricorso alla mastectomia demolitiva), spesso lascia le sopravvissute al cancro al seno con significativi cambiamenti fisici visibili, come la perdita di parte di un seno,

cicatrici, cambiamenti nella struttura della pelle, alopecia indotta da chemioterapia e aumento di peso (Helms et al., 2008). Le donne sopravvissute al cancro al seno provano una maggiore angoscia per quanto riguarda i cambiamenti dell'immagine corporea rispetto alle donne sopravvissute ad altre tipologie di tumori (Nozawa et al., 2013). È interessante notare che questi cambiamenti tendono ad essere collegati alle stesse caratteristiche che sono enfatizzate nella nostra cultura come "femminili", come il seno pieno, i capelli lunghi e una figura snella. Data la connessione tra queste caratteristiche inevitabilmente cambiate a seguito del trattamento e l'ideale di bellezza femminile condiviso dalla società d'appartenenza (Olge & Ullstrop, 2006), le *breast cancer survivors* sono una popolazione che si trova con più probabilità a sperimentare un maggior disagio rispetto alla propria immagine corporea.

3.1. Il trattamento chirurgico: quali conseguenze sull'immagine corporea?

Sono cinque le diverse procedure chirurgiche che sono considerate come trattamento primario del tumore mammario.

Mastectomia standard. Viene rimossa l'intera mammella, areola e capezzoli compresi, ma non i linfonodi ascellari e i muscoli pettorali (salvo rare eccezioni). Pur trattandosi di un intervento alquanto invasivo, è molto praticato perché efficace. La mastectomia standard rappresenta una buona soluzione anche per le mastectomie preventive (Kummerow et al., 2015).

Mastectomia radicale. Richiede la rimozione dell'intero seno insieme ai muscoli della parte inferiore del torace situati sotto il tessuto mammario (National Cancer Institute, 2015).

Mastectomia radicale modificata. Consiste nell'asportazione dell'intera ghiandola mammaria, areola e capezzoli inclusi, e dei linfonodi ascellari vicini. A differenza della mastectomia radicale, "risparmia" i muscoli pettorali e consente una ricostruzione del seno (Parker et al., 2016).

Mastectomia con risparmio cutaneo. Si asporta l'intera ghiandola mammaria, con areola e capezzolo, ma si "risparmia" (per quanto possibile) il rivestimento cutaneo circostante. Tale metodica si applica quando c'è l'intenzione di ricostruire il seno operato (Gupta et al., 2016).

Mastectomia sottocutanea. Prevede la rimozione della ghiandola mammaria, ma non dell'areola e del capezzolo. La maggior parte degli interventi di mastectomia preventiva, abbinata a ricostruzione del seno, si esegue secondo questa metodica (Murphy & Sacchini, 2016; Salibian et al., 2017).

Se la condizione clinica della paziente e il tipo di mastectomia eseguita lo permette, successivamente all'intervento chirurgico di rimozione della massa tumorale viene programmato l'intervento di ricostruzione del seno. Esistono due tipi principali di chirurgia ricostruttiva del seno, la ricostruzione con protesi, che comporta il posizionamento di una protesi al silicone sotto la pelle per replicare l'aspetto del seno normale, oppure la ricostruzione con un trapianto di tessuto che include il prelievo di tessuto, principalmente di grasso o di muscolo, da una zona del corpo (schiena, coscia o stomaco) per creare un impianto che in molti casi dura più a lungo e pone meno problemi in futuro; creando un tasso di consenso e approvazione del 92% nelle donne che hanno usufruito di tale tecnica ricostruttiva (Albornoz et al., 2015; Groen et al., 2016; Pyfer et al., 2016).

Gli effetti del trattamento chirurgico sull'immagine corporea delle donne che hanno avuto un cancro al seno sono stati ampiamente studiati. Gli studi hanno constatato che il trattamento ha un impatto sostanziale sull'immagine corporea poiché i cambiamenti fisici corporei, sia di lieve che di ampia entità, si associano ad alti livelli di insoddisfazione corporea, vergogna corporea, ansia e depressione (Antoni et al., 2017; Bellino et al., 2011; Brunault et al., 2015; Eltahir et al. 2013; Falk Dahl et al., 2010; Suppli et al., 2014).

I ricercatori hanno constatato che l'aver ricevuto o meno un intervento di ricostruzione del seno post-mastectomia, influenza la valutazione dell'immagine corporea ma in maniera diversificata. Alcuni studi riportano che le donne che hanno ricevuto l'intervento ricostruttivo dopo una mastectomia, riportano di essere più soddisfatte del loro aspetto fisico al contrario delle donne che hanno ricevuto una mastectomia e non hanno optato per l'intervento ricostruttivo (Al-Ghazal et al., 2000; Eltahir et al., 2013; Fingeret et al., 2014; Grogan & Mehan, 2017; McGaughey, 2006; Lehmann et al., 2015). Altri studi mostrano invece che le pazienti a seguito del trattamento chirurgico ricostruttivo riportano preoccupazioni corporee relative alla mancata accettazione del seno ricostruito, riferendosi principalmente ad aspetti quali asimmetria e artificiosità dei seni (Janz et al., 2005; Teo et al., 2018). Questo aspetto, oltre

a causare problemi relativi all'accettazione del proprio seno ricostruito, può anche creare dei problemi nella sfera della sessualità e influire notevolmente sulla qualità delle relazioni (Kołodziejczyk & Pawłowski, 2019). Affrontare i segni post-operatori, come le cicatrici, il gonfiore, l'arrossamento cutaneo, può essere un'ulteriore fonte di disagio psicologico portando ad un peggioramento del funzionamento cognitivo e ad un aumento dell'umore depresso, andando ad incidere fortemente sulla qualità della vita della donna (Kołodziejczyk & Pawłowski, 2019). Molto spesso le pazienti arrivano a non voler vedere il loro seno dopo l'intervento chirurgico ricostruttivo e distolgono lo sguardo da esso anche durante ordinarie attività quotidiane (come, ad esempio, vestirsi o provare un abito) (Teo et al., 2018).

Dagli studi appena presentati è possibile affermare che in letteratura è presente una mole di studi che hanno indagato gli effetti collaterali dell'intervento chirurgico e ricostruttivo sull'immagine corporea delle donne sopravvissute al cancro al seno in particolare sugli aspetti di valutazione negativa di questa e conseguenze psicologiche associate. Pochi sono gli studi che si sono occupati specificatamente di immagine corporea positiva nelle donne che hanno affrontato un trattamento chirurgico per il cancro al seno, i pochi studi inoltre presentano risultati contrastanti.

Alcune ricerche hanno visto che più passa il tempo dalla fine del trattamento più si evidenzia un aumento della *body appreciation* e *self-acceptance* (Fobair et al., 2006; Fallbjörk et al., 2013), suggerendo che le *breast cancer survivors* più anziane presentano una migliore accettazione dei cambiamenti corporei dovuti al trattamento, un maggiore apprezzamento del proprio corpo e livelli inferiori di vergogna corporea e isolamento sociale (Gudenkauf et al., 2015; Ozkan et al., 2014). Tuttavia, un recente studio ha evidenziato maggiore è il tempo trascorso dalla fine del trattamento maggiori sono le preoccupazioni corporee, maggiore è l'utilizzo di strategie comportamentali volte a nascondere il proprio aspetto fisico e minori sono i livelli di *body appreciation* (Lee, 2017). Tale risultato viene spiegato dall'autore facendo riferimento ad evidenze precedenti che sostengono che il tempo trascorso dalla diagnosi e dalla fine del trattamento è associato anche ad un'elevata probabilità di sviluppare disturbi dell'immagine corporea e insoddisfazione corporea dovuta agli effetti a lungo termine del trattamento chirurgico (Przedziecki et al., 2013; Raggio et al., 2014; Sherman et al., 2017).

Sarebbe opportuno chiarire, attraverso ulteriori ricerche empiriche, la direzione di tali associazioni. Sebbene sembrano essere chiare le implicazioni del trattamento chirurgico sull'immagine corporea negativa, ancora poche sono le evidenze circa gli effetti del trattamento e gli aspetti associati all'immagine corporea positiva. Inoltre, potrebbe essere utile indagare gli aspetti di *functionality appreciation* (e.g., riconoscere che il corpo comprende anche aspetti associati alla funzionalità) che potrebbero essere rilevanti nell'esperienza corporea delle *breast cancer survivors*.

3.2. La terapia sistemica e adiuvante: quali conseguenze sull'immagine corporea?

La terapia sistemica e/o adiuvante (chemioterapia, ormonoterapia e terapia farmacologica mirata) viene spesso somministrata prima e/o dopo l'intervento chirurgico. Ad esempio, la chemioterapia prima dell'intervento chirurgico viene utilizzata per ridurre le dimensioni della massa tumorale e per vedere come il cancro risponde ai farmaci chemioterapici. Quando la chemioterapia viene somministrata dopo l'intervento chirurgico (cioè la chemioterapia ad uso adiuvante), ha lo scopo di eliminare tutte le cellule tumorali che potrebbero essere state lasciate all'interno del corpo della paziente durante l'intervento chirurgico o che potrebbero non essere state rilevate nei test di imaging. La chemioterapia ha forti ripercussioni sull'aspetto fisico della paziente; essa può causare la perdita di capelli, la perdita di sopracciglia e ciglia, nonché alterazioni del proprio peso corporeo (Smith et al., 2017). La terapia ormonale viene in genere somministrata per i tipi di cancro al seno che sono influenzati dagli ormoni nel sangue (cioè i tumori al seno positivi allo specifico recettore ormonale HR; Smith et al., 2017). Di solito viene somministrata per un periodo di 5 anni. Infine, la terapia farmacologica mirata include farmaci che bloccano specificamente la crescita e la diffusione delle cellule tumorali (in contrasto con la chemioterapia, che colpisce indistintamente tutte le cellule) (Smith et al., 2017). I farmaci possono essere somministrati per via endovenosa o per via orale e possono essere assunti per un massimo di un anno. Terapia ormonale e terapia farmacologica mirata possono causare nelle

donne una menopausa precoce indotta dal trattamento, che è spesso accompagnata da un aumento di peso e, nelle donne giovani, da una riduzione della fertilità (Smith et al., 2017).

Pierrisnard e colleghi (2018) hanno indagato percezioni e sentimenti delle pazienti riguardo ai propri cambiamenti corporei (e.g., alopecia, perdita dei capelli e delle ciglia, aumento di peso) dovuti alla terapia adiuvante (in generale non suddividendo per tipologia) per il tumore al seno. Dalla ricerca è emerso che i cambiamenti rispetto al proprio aspetto fisico e l'alterazione dell'immagine corporea risultano essere fattori psicosociali molto critici per il benessere fisico e psicologico di queste donne (Pierrisnard et al., 2018).

La chemioterapia è un trattamento con effetti collaterali importanti che hanno un forte impatto sull'aspetto fisico dei pazienti e, di conseguenza un effetto molto negativo sulla loro immagine corporea (Lemieux et al., 2008). L'effetto collaterale maggiormente associato al trattamento chemioterapico è la caduta dei capelli: molti studi dimostrano infatti che la valutazione dell'immagine corporea da parte delle pazienti dopo la chemioterapia peggiora drasticamente, soprattutto per il fatto di dover indossare parrucche o foulard che in qualche modo possano coprire o nascondere tale mancanza (Batchelor, 2001; Garcia et al., 2017; Tang et al., 2019). Secondo Batchelor (2001) tale disagio provocato dalla perdita dei capelli sulla valutazione corporea è spiegabile dal fatto che i capelli, simbolicamente, sono associati alla crescita e sviluppo della persona; la loro perdita rimanderebbe a un arresto nello sviluppo individuale, nonché ad una perdita di attrattività e sensualità. La caduta dei capelli durante la chemioterapia non si applica solo ai capelli: mentre il trattamento si protrae, i pazienti possono perdere le sopracciglia, le ciglia, i peli nasali, e quelli pubici e ciò può portare loro ad avere importanti difficoltà fisiche ma anche di accettazione corporea che sono legate ad un peggioramento della qualità della vita (Kołodziejczyk & Pawłows, 2019). Altri autori ci tengono a sottolineare che l'accettazione del proprio corpo conseguente alla perdita dei capelli varia da donna a donna: in alcune donne questa può rimanere inalterata oppure addirittura migliorare (Helms et al., 2008). Secondo questi autori, al giorno d'oggi, la società è diventata più comprensiva nei confronti della disabilità e dei limiti associati a fisicità e caratteristiche dell'aspetto fisico causati da un trattamento medico (come la chemioterapia), tale rinnovata prospettiva sociale promuove una maggiore accettazione nelle donne che perdono i capelli a causa della chemioterapia (Helms et al., 2008).

Oltre ai problemi derivanti dalla caduta dei capelli, la chemioterapia può contribuire alla perdita di peso a causa della diminuzione dell'appetito, collegata ad effetti collaterali come la nausea, il vomito, la perdita di energia e la sonnolenza; in alcuni casi può avvenire anche l'effetto contrario, ovvero l'aumento del peso (Kołodziejczyk & Pawłows, 2019). I cambiamenti nel peso, sia in senso decrescente che crescente, sono molto frequenti: si stima che l'80% delle donne con tumore al seno abbia un incremento nel peso corporeo, mentre in altri casi il tumore al seno è associato a cachessia, ovvero una notevole perdita di peso nonostante la dieta regolare (Fazzino et al., 2017). I cambiamenti citati e molti altri dovuti alla chemioterapia, come l'aumento della sudorazione e il cambiamento nelle caratteristiche facciali, sono fortemente associati a stati d'animo negativi, ansia e sentimenti di vergogna, che portano le pazienti a rimanere spesso nelle loro abitazioni e ad evitare momenti di interazione e aggregazione sociale (Kołodziejczyk & Pawłows, 2019).

Come precedentemente accennato, un'altra terapia frequentemente utilizzata a completamento del trattamento principale (di tipo chirurgico) è la terapia ormonale. I cambiamenti che si verificano nel corpo di una donna durante l'assunzione di farmaci ormonali differiscono a seconda che la paziente si trovi in pre o post menopausa. Prima del trattamento, alle pazienti già in menopausa viene chiesto di interrompere l'uso di farmaci ormonali che hanno lo scopo di ridurre le problematiche associate al carcinoma mammario e di conseguenza le pazienti sperimentano un ritorno di sintomi tipici della prima fase della menopausa, con annesse problematiche psicologiche come la percezione di sentirsi più anziane, sentirsi meno attraenti, più frustrate e depresse (Pacian et al., 2012). Questi sintomi possono persistere per tutta la durata della terapia ormonale, cioè fino a 10 anni dopo la fine del trattamento principale (Kołodziejczyk & Pawłows, 2019). L'uso della terapia ormonale in pazienti che non hanno raggiunto la menopausa comporta invece un'accelerazione della comparsa di quest'ultima, facendo insorgere nelle pazienti gli stessi sintomi di coloro che sono già in menopausa. Inoltre, la menopausa indotta da farmaci nelle donne giovani causa infertilità: questo oltre a far sentire le pazienti meno attraenti e causare loro una diminuzione nei livelli di autostima e autoefficacia (Fobair et al., 2006), mette le donne nella condizione di dover accettare che non avranno più bambini, causando sintomi legati alla sfera depressiva e ansiosa, che derivano dalle credenze di non adempiere al ruolo naturale di donna (Kołodziejczyk & Pawłows, 2019).

Recentemente la ricerca si è focalizzata sulle donne più giovani che hanno ricevuto una diagnosi di tumore al seno, vista l'attuale elevata incidenza della malattia in quest'ultime (AIRTUM, 2020). Dai risultati di una revisione sistematica svolta da Paterson e collaboratori (2016), che ha preso in considerazione 36 studi sull'argomento, è emerso che i problemi relativi all'immagine corporea sono prevalenti e pervasivi nelle donne più giovani sopravvissute al tumore al seno. Questi problemi riguardano le forti preoccupazioni legate sia alla chirurgia (principalmente mastectomia parziale e mastectomia totale) sia al trattamento adiuvante. Le *breast cancer survivors* giovani hanno sicuramente una più alta probabilità di sviluppare effetti negativi sull'immagine corporea, sia a causa della fase di vita che stanno attraversando, sia a causa dei trattamenti maggiormente incisivi e radicali alle quali vengono sottoposte. Il cambiamento nell'immagine corporea può essere un vero limite per il recupero post-operatorio nelle donne giovani (Paterson et al., 2016). Diversi studi dimostrano come le donne più giovani che ricevono una diagnosi per cancro al seno, riportano un maggiore distress psicologico rispetto alle donne più anziane con la stessa diagnosi. Lo studio di Miller e colleghi (2014) ha dimostrato che le donne più giovani sperimentano maggiore stress preoperatorio rispetto alle donne più anziane poiché l'importanza che l'immagine corporea riveste nelle pazienti più giovani è completamente diversa rispetto a quella delle donne più anziane, di conseguenza, le preoccupazioni rispetto alla propria immagine corporea variano in base ai metodi di trattamento utilizzati. La giovane età di una paziente può portare all'utilizzo di metodi di trattamento più radicali, come accennato precedentemente, e quindi è anche più probabile che aumenti lo stress associato a modifiche corporee più estese. Anche per il trattamento adiuvante le opzioni di trattamento sono maggiormente radicali. Ad esempio, la chemioterapia, il trattamento valutato in modo maggiormente negativo dai pazienti oncologici in generale, viene utilizzata più frequentemente nelle giovani pazienti affette da carcinoma mammario (Lemieux et al., 2008).

In sintesi, il trattamento per il tumore al seno (sistemico, chirurgico e adiuvante) impatta notevolmente sullo stato di salute delle donne con importanti ripercussioni anche sul piano psicologico. Queste ultime sicuramente sono influenzate da molti fattori: la donna si trova a dover combattere contro una malattia che è potenzialmente mortale, affrontando trattamenti disabilitanti e spesso dolorosi, dovendosi successivamente adattare ad un cambiamento sostanziale nella propria vita. I cambiamenti relativi all'immagine corporea contribuiscono

all'aumento dello stress psicologico e alle difficoltà di adattamento nella vita post-tumore al seno (Helms et al., 2008). Le donne occidentali (in particolare) sono generalmente focalizzate sul proprio aspetto fisico, sul peso corporeo, sulle caratteristiche del viso ma anche sulla forma e dimensione del proprio seno. Quest'ultimo, in particolare, è associato all'attrattività, alla femminilità, al nutrimento e alla maternità (Levin, 2006; Pikler & Winterowd, 2003) ed è considerato da sempre come simbolo della sessualità e attrattività femminile (Levin, 2006). Molte donne che hanno ricevuto una diagnosi di cancro al seno e che sono trattate per questo affermano di sperimentare sentimenti di mutilazione, di alterazione della propria immagine corporea e di perdita della femminilità (Kunkel et al., 2002). Hopwood e collaboratori (2001) attraverso la creazione di uno strumento (*Body Image Scale*; BIS), volto ad indagare specificatamente le preoccupazioni sull'immagine corporea sperimentate dalle donne che hanno subito un trattamento per il tumore al seno, hanno identificato 3 aree caratteristiche del concetto di immagine corporea nelle *breast cancer survivors*: l'area affettiva, che comprende il sentirsi femminili ed attraenti; l'area comportamentale che può riguardare l'evitamento degli altri o di situazioni sociali a causa del proprio aspetto fisico, e l'area cognitiva che concerne la soddisfazione/insoddisfazione rispetto al proprio aspetto fisico.

La relazione tra effetti del trattamento per il cancro al seno, le ripercussioni su immagine corporea e qualità della vita delle pazienti richiede ulteriori indagini che possano ampliare la conoscenza sulle componenti positive e funzionali dell'immagine corporea tra le *breast cancer survivors*. Molti interventi psicosociali e psicoeducativi recenti volti a migliorare il benessere e la qualità della vita delle donne che hanno avuto un carcinoma mammario si concentrano su alcune componenti specifiche dell'immagine corporea spesso riferite all'immagine corporea negativa (Lewis-Smith et al., 2018; Sebri et al., 2021). Identificare ulteriori componenti rilevanti dell'immagine corporea, che possano essere considerate target di intervento, può ulteriormente migliorare l'efficacia degli interventi di promozione del benessere rivolti alle *breast cancer survivors*.

3.3. Interventi self-compassion based: conseguenze su immagine corporea e qualità della vita delle breast cancer survivors

Il disagio psicologico derivante dalla propria immagine corporea “alterata”, nelle *breast cancer survivors*, si associa a significative compromissioni in ambito lavorativo, sociale e intimo (Boquiren et al., 2016; Fobair et al., 2006; Ljungman et al., 2018), nonché ad una ridotta percezione di femminilità e attraenza (Kocan & Gursoy, 2016), una salute fisica peggiore (Moreira & Canavarro, 2010), un significativo peggioramento della qualità della vita (Begovic-Juhant et al., 2012; Falk Dahl et al., 2010; Paterson et al., 2016), e alti livelli di distress psicologico (ansia, depressione e stress) (Chen et al., 2012; Galiano-Castillo et al., 2014; Rosenberg et al., 2013). Per molte donne sopravvissute al tumore al seno le preoccupazioni associate all’immagine corporea non sono state adeguatamente considerate dai professionisti sanitari (Jørgensen et al., 2015), e gli interventi mirati a ridurre l’insoddisfazione corporea in questa popolazioni si sono dimostrati solo parzialmente efficaci (Lewis-Smith et al., 2018; Sebri et al., 2021).

Un approccio emergente orientato al miglioramento della propria valutazione corporea è quello costituito dagli interventi orientati ad aumentare le abilità di *self-compassion* (*self-kindness, common humanity, mindfulness*) (Neff, 2003; 2016). Dagli studi correlazionali emerge che una maggiore *self-compassion* si associa a minori preoccupazioni sull’immagine corporea e a un’immagine corporea più positiva (Przedziecki et al., 2013; Turk & Waller, 2020; Wasylkiw et al., 2012), inoltre elevati livelli di *self-compassion* si associano a un minore distress psicologico (MacBeth & Gumley, 2012; Wasylkiw et al., 2012; Zessin et al., 2015). Nei pazienti oncologici, gli studi correlazionali mostrano che la *self-compassion* predice bassi livelli di distress psicologico e una maggiore qualità della vita (Pinto-Gouveia et al., 2014; Zhu et al., 2019). Gli interventi di *self-compassion*, condotti con partecipanti provenienti dalla popolazione generale femminile, si sono dimostrati efficaci nell’aumentare la *self-compassion*, l’affettività positiva e nel diminuire drasticamente l’auto-critica (vedi review, Ferrari et al., 2019).

“*My Changed Body*” (MyCB) è un intervento di scrittura espressiva online basato sulla *self-compassion* strutturato allo scopo di ridurre il distress associato all’immagine corporea nelle

breast cancer survivors (Przedziecki et al., 2016). Questo intervento è composto da un'unica attività di scrittura, in cui le partecipanti sono invitate a descrivere un'esperienza negativa associata alla propria immagine corporea seguendo dei suggerimenti di scrittura (*prompt*) al fine di descrivere l'episodio in un'ottica *self-compassion*. I risultati hanno mostrato che tale breve intervento di scrittura aumentava significativamente la *self-compassion* di stato e la *body appreciation* rispetto al gruppo di controllo che svolgeva l'attività di scrittura dell'evento in forma standard (ovvero senza utilizzare un tipo di scrittura *compassion based*). Tale intervento è risultato efficace poiché applicando un'ottica compassionevole nei confronti delle proprie esperienze corporee è possibile percepire difetti e inadeguatezze fisiche in modo equilibrato, consapevole e gentile, piuttosto che esserne sopraffatti o diventare eccessivamente autocritici nei confronti del proprio corpo e di se stessi (Neff, 2003).

L'intervento di scrittura MyCB è stato replicato in uno studio di Sherman e colleghi (2018). Le donne sopravvissute al cancro al seno che presentavano dei linfedemi post-trattamento nella condizione di MyCB (N= 306) sperimentano livelli inferiori di depressione e ansia sia nel breve termine (post-intervento) che nel follow-up (1 settimana) rispetto al gruppo di controllo che svolgeva l'esercizio di scrittura semplice dell'evento (Sherman et al., 2018). Tuttavia, l'entità statistica dei miglioramenti nei livelli di *self-compassion* e della valutazione della propria immagine corporea sono risultati essere minimi al follow-up di 1 settimana, suggerendo che per ottenere un miglioramento più robusto nella *self-compassion* e nell'immagine corporea potrebbe essere necessario un intervento maggiormente intensivo che preveda ad esempio l'aggiunta di ulteriori componenti. Un'aggiunta promettente potrebbe essere introdurre sessioni di meditazione focalizzate sulla *self-compassion* (de Wet et al., 2020; Smeets et al., 2014). In un intervento di 3 settimane che prevedeva la meditazione quotidiana focalizzata sulla *self-compassion*, i partecipanti (N = 220 giovani studenti universitari) hanno riportato una drastica riduzione dell'insoddisfazione corporea e della vergogna corporea, con un aumento dell'apprezzamento corporeo e della *self-compassion* di tratto (Albertson et al., 2015). Meditazione e scrittura sono anche combinate nel *Multi-Faceted Mindfulness based Self Compassion Course* (MSC), che è stato dimostrato essere efficace nell'aumentare la *self-compassion* e ridurre depressione, ansia e stress nelle popolazioni non oncologiche (Neff & Germer, 2013). Ad oggi, solo uno studio ha esaminato la meditazione basata sulla self-

compassion in una popolazione oncologica (Brooker et al., 2020). Il MSC ha aumentato considerevolmente la soddisfazione corporea dei partecipanti e ridotto l'evitamento corporeo, in un campione di pazienti che aveva ricevuto una diagnosi oncologica in generale ma che al suo interno includeva anche donne che avevano avuto un trattamento per il cancro al seno (Brooker et al., 2020).

Lo studio dell'immagine corporea in psico-oncologia è attualmente in espansione, poiché i ricercatori stanno cercando di comprendere le esperienze legate all'immagine corporea delle donne che hanno avuto un tumore al seno con il fine di sviluppare interventi efficaci volti ad aumentare l'accettazione del proprio corpo e la qualità della vita (e.g., Buki et al., 2016; Choi et al., 2014; Fang et al., 2013; Przedziecki et al., 2016; Sebastián et al., 2007; Teo et al., 2015). Ci sono iniziali prove di efficacia sul ruolo protettivo che la *self-compassion* ha rispetto all'immagine corporea delle donne sopravvissute al cancro al seno ma anche sul ruolo positivo che essa riveste nel diminuire i livelli di stress, ansia e depressione (Przedziecki et al., 2016) rendendolo quindi un aspetto potenzialmente prezioso da esplorare e implementare. Un possibile ulteriore sviluppo nella ricerca potrebbe essere rappresentato da studi empirici volti a verificare il ruolo della *body compassion* sulla qualità della vita e benessere psicologico delle *breast cancer survivors*. È plausibile ipotizzare un analogo ruolo positivo di tale variabile nell'aumentare i livelli di benessere e qualità della vita di tale popolazione sia per le specifiche caratteristiche del costrutto (assimilabile alla *self-compassion* ma focalizzata sull'esperienze corporee), sia per le iniziali evidenze che confermano il potenziale ruolo positivo della *body compassion* nel migliorare il rapporto che le donne hanno con il proprio corpo (Altman et al., 2017; Oliveira et al., 2018), ma anche nel ridurre l'affettività negatività e nell'aumentare quella positiva (Altman et al., 2017).

4. Obiettivo della ricerca

La ricerca sull'immagine corporea storicamente si è focalizzata su predittori e conseguenze associate ad un'immagine corporea negativa e all'insoddisfazione corporea. I tassi di insoddisfazione corporea femminile risultano particolarmente elevati sia a livello internazionale (e.g., Bornioli et al., 2019) che nel contesto nazionale (e.g., Pirani & Matera, 2020) e mostrano associazioni negative con i livelli di benessere psicologico (e.g., Dakanalis et al., 2015) e legami positivi con comportamenti rischiosi per la salute come, ad esempio, rapporti sessuali non protetti (e.g., Pirani & Matera, 2020), utilizzo di diete restrittive (e.g., Haddad et al., 2019), evitamento dell'attività fisica (e.g., More et al., 2019).

Recentemente gli studiosi dell'immagine corporea si sono interessati ad esplorare gli aspetti funzionali e adattivi dell'immagine corporea poiché la sola individuazione dei fattori di rischio e dei predittori negativi della valutazione corporea non è sufficiente nello sviluppare un rapporto positivo e funzionale con il proprio corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). La ricerca sull'immagine corporea positiva è relativamente meno consolidata nel contesto italiano, ma è un campo empirico in continua crescita. I ricercatori suggeriscono che l'immagine corporea positiva e negativa rappresentano costrutti indipendenti e separati. In altre parole, l'immagine corporea positiva e negativa non rappresentano estremità opposte di un continuum (Tylka & Wood-Barcalow, 2015); l'immagine corporea positiva, infatti, presenta specifiche caratteristiche distintive (e.g., apprezzamento per il proprio e per le funzioni che questo svolge per l'individuo, amore e accettazione corporea) (Wood-Barcalow et al., 2010) che la differenziano dall'immagine corporea negativa (e.g., essere eccessivamente focalizzati su valutazione e confronto delle proprie forme e dimensioni corporee rispetto a canoni estetici ideali).

L'immagine corporea positiva presenta forti associazioni con indici relativi a salute e benessere, come il benessere psicologico eudaimonico (Swami et al., 2018), l'autostima, la soddisfazione di vita, l'affettività positiva e l'ottimismo (Dalley & Vidal, 2013). Data l'importanza che l'immagine corporea positiva sembra rivestire per il benessere dell'individuo, un numero crescente di ricerche si è interrogata sui possibili fattori e risorse che possano aiutare a salvaguardarla dall'influenza di vari fattori di rischio (e.g., esposizione mediatica a ideali di

bellezza irraggiungibili, critiche e commenti sull'aspetto fisico, malattie, invecchiamento) (Tylka, 2018). Evidenze preliminari suggeriscono come la *body-compassion*, costruito multidimensionale che si riferisce ad un atteggiamento di compassione verso il proprio corpo (Altman et al., 2017), possa rappresentare un'importante caratteristica associata all'immagine corporea positiva. Altman e collaboratori (2017) descrivono tale costruito attraverso alcune componenti derivanti dalle tre abilità della *self-compassion* (*self-kindness*, *common humanity*, *mindfulness*) proposte da Neff (2003), ma riferendole ad una concezione del sé più strettamente fisico e corporeo (composto da apparenza, competenza corporea e stato di salute) comprendente componenti valutative, cognitive e comportamentali (Cash, 2002). Gli studi su *body compassion* e immagine corporea hanno evidenziato che livelli più elevati di *body compassion* si associano positivamente con la flessibilità dell'immagine corporea (una caratteristica dell'immagine corporea positiva) ed affettività positiva e negativamente con comportamenti alimentari disadattivi ed affettività negativa (Altman et al., 2017) ma anche con elevati livelli di *body appreciation* (Ferreira et al., 2018). Infine, in altri studi emerge il ruolo protettivo della *body compassion* su insoddisfazione corporea e *binge eating* (Altman et al., 2017; Oliveira et al., 2018).

Gli studi condotti finora, rispetto all'immagine corporea positiva (principalmente in termini di *body appreciation* e *functionality appreciation*) e la *body compassion*, si sono focalizzati prevalentemente sulla rilevanza di tali costrutti prendendo come riferimento la popolazione generale o riferendosi a popolazioni cliniche relative all'ambito dei disturbi alimentari (Oliveira et al., 2018; Laporta-Herrero et al., 2020; Linardon, 2021). Nonostante tali costrutti presentino delle caratteristiche definibili come cura, rispetto, apprezzamento e accettazione del proprio corpo, risultano ancora pochi gli studi che si siano interessati a studiare sia la relazione tra l'immagine corporea positiva e la messa in atto di specifici comportamenti di prevenzione in cui il contatto con il proprio corpo risulta fondamentale per l'individuazione precoce di eventuali difformità (i.e., autoesame al seno) sia l'importanza che l'immagine corporea positiva potrebbe rivestire per il benessere in popolazioni specifiche come, ad esempio, in individui che stanno affrontando un processo di adattamento a cambiamenti corporei causati da un evento di malattia (e.g., i trattamenti chirurgici e adiuvanti per il trattamento del tumore al seno).

Per quanto riguarda la prevenzione dei tumori al seno, data l'incidenza di tale malattia nella popolazione femminile nel contesto internazionale (Sung et al., 2021) e nazionale (AIRTUM, 2020), vari studi si sono interessati ad analizzare i predittori dell'intenzione di attuare comportamenti di prevenzione (e.g., autoesame al seno, screening mammografico) interessandosi anche al ruolo rivestito dall'immagine corporea. Tali studi tuttavia si sono concentrati principalmente sul ruolo dell'immagine corporea negativa (intesa come insoddisfazione verso il proprio corpo in generale o verso determinate caratteristiche di esso) come fattore di ostacolo all'attuazione di tali comportamenti (Chait et al., 2009; Swami & Furnham, 2018; Samah & Ahmadian, 2014), coinvolgendo quasi esclusivamente studentesse universitarie (e.g. Chait et al., 2009; Swami & Furnham, 2018, Samah & Ahmadian, 2014) e focalizzando l'attenzione sull'immagine corporea intesa solo in termini estetici e di apparenza, trascurandone gli aspetti inerenti all'apprezzamento e accettazione corporea. Per quanto riguarda l'immagine corporea positiva, infatti, dall'analisi della letteratura emerge come solo uno studio abbia esplorato il ruolo che l'apprezzamento per il proprio corpo possa avere nel favorire l'intenzione di mettere in atto comportamenti di prevenzione del cancro al seno (Andrew et al., 2016) evidenziando, nello specifico, l'importante ruolo protettivo svolto dalla *body appreciation* rispetto all'intenzione di partecipazione allo screening mammografico. Tuttavia, nonostante i tassi di adesione ad alcune specifiche procedure di prevenzione secondaria come l'autoesame al seno (*Breast Self-Examination*, BSE) risultino ancora molto bassi (Arcarisi et al., 2019; Yeshitila et al., 2021), attualmente non vi sono studi nella letteratura nazionale e internazionale che si siano occupati di indagare nello specifico il ruolo dell'immagine corporea positiva sulle intenzioni di effettuare la BSE.

Per quanto riguarda lo studio dell'immagine corporea positiva in popolazioni di individui che hanno avuto un'esperienza di malattia, un ambito di studio recentemente preso in considerazione dalla ricerca scientifica è la valutazione e percezione della propria immagine corporea nel contesto del cancro al seno, in particolare facendo riferimento alla popolazione di donne che si sono sottoposte ad un trattamento per il cancro al seno e che sono guarite da esso (*breast cancer survivors*) (vedi review Davis et al., 2020). Effetti collaterali indesiderati correlati all'aspetto fisico derivanti dal trattamento per il tumore (perdita o deformità nel seno/i, cicatrici visibili, perdita di capelli, alopecia e fluttuazioni del peso) alterano la percezione

dell'immagine corporea, facendo esperire nelle donne intensi sentimenti negativi relativi alla propria immagine corporea che compromettono il funzionamento (sociale, lavorativo e sessuale) nella vita di tutti i giorni (Gorini et al., 2015; Fioretti et al., 2017). La relazione tra effetti del trattamento per il cancro al seno (sistemico, chirurgico, adiuvante), immagine corporea negativa e qualità della vita nelle *breast cancer survivors* è stata confermata da recenti studi (Favez & Cairo-Notari, 2021; Olfatbakhsh et al., 2018). Un recentissimo sviluppo in letteratura riguarda invece lo studio dell'immagine corporea positiva nelle *breast cancer survivors*. Il rationale di tale interesse deriva dal fatto che promuovere un'immagine corporea positiva può aiutare le donne sopravvissute al tumore al seno ad apprezzare i propri corpi, nonostante limiti e inadeguatezze fisiche, influenzando, conseguentemente, in modo positivo la loro qualità della vita (Lehardy, 2019). Gli studi condotti a tale riguardo hanno riportato risultati incoraggianti evidenziando associazioni negative tra *body appreciation*, disturbi dell'immagine corporea e distress psicologico (depressione, ansia e stress) nelle *breast cancer survivors* (Przedziecki & Sherman, 2016), mentre pochi studi hanno indagato il ruolo giocato dalla *self-compassion* (e.g., Przedziecki & Sherman, 2016) e nessuno studio sembra aver indagato il ruolo che anche altri costrutti come la *functionality appreciation* e la *body compassion* potrebbero avere nel favorire il benessere delle donne sopravvissute a tale tipo di tumore.

A partire da tali premesse, l'obiettivo della presente ricerca è quello di ampliare la conoscenza teorico-empirica sul ruolo svolto da alcune componenti dell'immagine corporea negativa (insoddisfazione corporea generale e specifica per il seno) e positiva (e.g., *body appreciation*, *body compassion* e *functionality appreciation*) in un contesto specifico ovvero il tumore al seno. In particolare, verrà posta particolare attenzione al ruolo che le diverse componenti dell'immagine corporea positiva rivestono nella prevenzione secondaria del tumore al seno (e.g., intenzione di effettuare l'autoesame al seno) ma anche nella promozione del benessere e della flessibilità psicologica delle *breast cancer survivors*. A tale fine la ricerca è stata articolata in tre studi.

Lo studio 1 si propone di validare la *Body Compassion Scale* nel contesto italiano. Considerate le prime evidenze che suggeriscono l'importante ruolo protettivo della *body compassion* sulla valutazione dell'immagine corporea (Oliveira et al., 2018) e il benessere emotivo (Altman et al., 2017) è di particolare importanza disporre di uno strumento valido e

affidabile, volto a misurare le abilità di *compassion* specificatamente rivolte verso il corpo, anche nel contesto italiano, considerato che ad oggi la BCS è stata validata in soli altri due contesti (Portogallo, Ferreira et al., 2018; Cina, Wong et al., 2022).

Lo studio 2 si propone di studiare i predittori dell'intenzione di effettuare l'autoesame al seno in un ampio campione di giovani donne italiane considerando anche il ruolo svolto dall'immagine corporea positiva e negativa. Utilizzando come framework teorico la Teoria del Comportamento Pianificato (TCP; Ajzen, 1991), lo studio si propone di analizzare se le norme soggettive, il controllo comportamentale percepito e alcune componenti dell'immagine corporea positiva (*body appreciation*, *body compassion*) e negativa (insoddisfazione corporea generale e specifica per il seno) risultano predire in modo statisticamente significativo le intenzioni di eseguire la BSE. Nello specifico, sono stati esplorati i legami tra immagine corporea (positiva e negativa) e intenzioni di eseguire la BSE sia diretti che indiretti, tramite la mediazione del controllo comportamentale percepito.

Lo studio 3, si propone di esplorare il ruolo della percezione della propria immagine corporea rispetto ad alcuni importanti indici di salute individuale (benessere psicologico eudaimonico e flessibilità psicologica) in donne sopravvissute al cancro al seno. Nello specifico lo studio si è proposto di indagare il ruolo predittivo svolto da alcune componenti dell'immagine corporea positiva (i.e., *functionality appreciation* e *body compassion*) e negativa (i.e., insoddisfazione corporea legata agli effetti collaterali del trattamento) rispetto ai livelli di benessere psicologico eudaimonico e inflessibilità psicologica di un gruppo di donne italiane a cui è stato diagnosticato un tumore al seno e che hanno terminato i trattamenti post-tumorali da almeno 5 anni (*breast cancer survivors*).

STUDIO 1

Body Compassion Scale: Uno studio di validazione nel contesto italiano

1. Introduzione

La ricerca sull'immagine corporea storicamente si è focalizzata sul riconoscimento dei fattori di rischio e sulla riduzione delle conseguenze negative associate ad un'immagine corporea negativa (Cash, 2004). Le ricerche sono state ragionevolmente svolte in questa direzione poiché questi aspetti negativi si associano a numerosi esiti dannosi per la salute individuale, come disturbi dell'umore (Jackson et al., 2014; Manaf et al., 2016), comportamenti sessuali a rischio (Woertman & van den Brink, 2012), abuso di sostanze (Ramseyer Winter et al., 2017) e disturbi dell'alimentazione (Dakanalis et al., 2015; Grogan, 2016; Istituto Superiore di Sanità, 2012). Tuttavia, la progettazione di interventi volti alla riduzione dei fattori di rischio associati alla valutazione corporea, tralasciando al contempo lo sviluppo di abilità e competenze rispetto alla costruzione di un più funzionale e adattivo rapporto con la propria immagine corporea (ad esempio focalizzandosi su competenze e funzionalità corporee), conduce ad una valutazione del proprio corpo come neutra (e.g., *“Non odio più il mio corpo semplicemente lo tollero”*) (Fredrickson & Losada, 2005; Williams et al., 2004).

Seguendo tali considerazioni, alcuni studiosi hanno evidenziato i vantaggi di adottare una prospettiva diversa, volta a potenziare gli aspetti positivi dell'immagine corporea che potrebbero aiutare le persone ad apprezzare, rispettare e celebrare il proprio corpo, con benefici sul piano della salute individuale (Andrew et al., 2016; Guest et al., 2019; Tylka, 2011). All'interno di questa prospettiva “salutogenica” vengono presi in considerazione gli approcci evidence-based relativi alla terza onda della Psicoterapia Cognitivo Comportamentale ovvero le *Mindfulness and Acceptance-Based Cognitive-Behavioral Therapies* (MAB CBTs) (Griffiths et al., 2018; Pearson et al., 2012). Tra queste terapie viene annoverata l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes et al., 2012) per alcune sue caratteristiche peculiari. Questo approccio, infatti, mira ad aumentare la flessibilità psicologica, definita come la capacità di rimanere in contatto con il momento presente indipendentemente da pensieri e sentimenti spiacevoli scegliendo i propri comportamenti in base al contesto e ai valori personali (Hayes et al., 2012). Per raggiungere questo obiettivo si aiuta la persona a considerare ed accettare le

inevitabili esperienze di dolore e disagio derivanti dagli eventi di vita, ivi compresi pensieri spiacevoli su di sé e sensazioni corporee negative, al fine di ridurre l'evitamento esperienziale e aumentare la flessibilità psicologica (Hayes et al., 2012; Webb et al., 2015). Alcuni ricercatori hanno studiato la relazione tra flessibilità psicologica e *self-compassion*, esplorando l'importanza di tale costrutto per la salute mentale. Tra questi, Marshall e Brockman (2016) hanno scoperto che la *self-compassion* era significativamente e positivamente correlata alla flessibilità psicologica e ai suoi processi specifici (accettazione non giudicante, defusione e vivere una vita in linea con i propri valori). All'interno dell'ACT, un'apertura sincera verso la propria sofferenza e il desiderio di alleviarla con gentilezza e condivisione umana (i.e., *self-compassion*, Neff, 2003) risulta cruciale non solo per il benessere psicologico ma anche per una valutazione positiva del proprio corpo (Abbasi & Zubair, 2015; Schmidt et al., 2019). Studi recenti, infatti, hanno mostrato che questo atteggiamento compassionevole verso noi stessi ha un impatto positivo sulla valutazione corporea (e.g., Braun et al., 2016; Duarte et al., 2015), incrementando apprezzamento e soddisfazione corporea e rappresentando un fattore protettivo della propria immagine corporea (Kelly et al., 2018; Rodgers et al., 2017). Un importante contributo in tale campo è stato fornito dai recenti studi sul rapporto tra *body compassion* e immagine corporea. La *body compassion* è un recente costrutto che può contribuire alla comprensione di come gli individui si relazionano con il proprio corpo: essa fa riferimento ad un atteggiamento di accettazione e consapevolezza non giudicante nei confronti delle proprie inadeguatezze e difetti corporei percepiti (Altman et al., 2017).

Gli stessi autori (Altman et al., 2017) che hanno definito e teorizzato la *body compassion* sono anche coloro che hanno sviluppato la *Body Compassion Scale* (BCS), uno strumento di misura volto a rilevare le abilità di compassion nei confronti del proprio corpo. Tale scala è stata sviluppata per fornire uno strumento ancorato in una prospettiva basata sulla mindfulness e l'accettazione (con riferimento specifico alla *self-compassion*), integrando contemporaneamente la multidimensionalità dell'immagine corporea proposta da Cash (2002).

Il contenuto degli item della versione inglese della BCS è stato formulato a partire dagli item della *Self-Compassion Scale* (SCS) (Neff, 2003) integrandoli con gli item riferiti alle dimensioni dell'immagine corporea descritte dal *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) (Brown et al., 1990). Da una prima analisi fattoriale esplorativa

emergeva una struttura trifattoriale. I fattori emersi (*defusion*, *common humanity*, *acceptance*) incarnavano le tre dimensioni caratterizzanti la *self-compassion* (*mindfulness*, *common humanity*, *self-kindness*) ma con la differenza che i processi si riferivano al sé corporeo piuttosto che al sé generale. La *defusion* era assimilabile alla componente *mindfulness* della *self-compassion*, e indicava la capacità di osservare i pensieri circa il proprio corpo come un osservatore esterno, invece di fondersi con i propri pensieri associati a imperfezioni, limiti o inadeguatezze corporee. La *common humanity* indicava la capacità di comprendere che gli aspetti negativi della propria immagine corporea sono condivisi dalla maggior parte delle persone, tale tendenza si contrappone al percepirsi come separati dal resto del mondo, considerandosi soli a dover affrontare le proprie preoccupazioni corporee e gli stati emotivi negativi associati al corpo. L'*acceptance*, assimilabile alla componente della *self-kindness* della *self-compassion*, indicava infine l'accettazione gentile di pensieri dolorosi legati al proprio corpo piuttosto che l'adozione di atteggiamenti di autocritica nei confronti di esso e di se stessi. Dai risultati dell'analisi fattoriale esplorativa era emersa un'ottima validità interna delle sottoscale (*defusion* = .90, *common humanity* = .91, *acceptance* = .88). I tre fattori erano significativamente e positivamente correlati tra loro, il punteggio totale della BCS mostrava una correlazione positiva sia con la *self-compassion* che con la flessibilità dell'immagine corporea e una correlazione negativa sia con l'Indice di Massa Corporea (IMC) che con la sintomatologia associata ai DA, evidenziando la buona validità concorrente della scala.

La BCS è stata utilizzata a fini empirici con lo scopo di comprendere il ruolo di tale costrutto nel migliorare la valutazione dell'immagine corporea, nel promuovere comportamenti orientati alla salute (e.g., fare attività fisica) e nell'aumentare i livelli di benessere emotivo in donne e uomini (Altman et al., 2017; Beadle, 2020). Da un punto di vista applicativo la scala è stata utilizzata anche al fine di verificare l'efficacia di un trattamento specifico, che ha utilizzato esercizi di *defusion*, *common humanity* e *acceptance*, per ridurre l'insoddisfazione corporea (Altman et al., 2017). Nel corso del trattamento, la *body compassion* del paziente e la flessibilità dell'immagine corporea (un costrutto assimilabile alla flessibilità psicologica ma con focus il sé corporeo) sono migliorate significativamente e questi risultati si sono mantenuti a lungo termine. Tale risultato ha fornito un supporto preliminare per la *body compassion* come target di

trattamento applicabile per le persone che sperimentano alti livelli di insoddisfazione corporea (Altman et al., 2017).

Nonostante il potere applicativo della scala e il suo ruolo positivo rispetto alla valutazione corporea e al benessere individuale (Altman et al., 2017; Beadle, 2020), dall'analisi della letteratura, solo due studi risultano aver testato la validità e affidabilità della versione inglese della BCS in contesti diversi da quello in cui è stata originariamente sviluppata (Ferreira et al., 2018; Wong et al., 2022). Ferreira e colleghi (2018) hanno validato la scala nel contesto portoghese con un campione di giovani adulti di entrambi i sessi provenienti dalla popolazione generale (N=595). La versione portoghese della BCS ha mostrato ottime proprietà psicometriche. Per quanto riguarda la validità convergente sono emerse correlazioni statisticamente significative tra la *body compassion* e la *body appreciation*, per quanto riguarda la validità divergente sono emerse correlazioni negative statisticamente significative tra *body compassion*, vergogna corporea e i comportamenti alimentari disadattivi. Wong e colleghi (2022) nel contesto cinese hanno validato, attraverso Analisi Fattoriale Confermativa (AFC), la BCS in un campione di adolescenti di entrambi i sessi (N=220). Anche la versione cinese della BCS ha dimostrato buone proprietà psicometriche. Per quanto riguarda la validità concorrente, gli autori (Wong et al., 2022) hanno esaminato le associazioni tra *body compassion*, *self-compassion* e IMC; i risultati hanno mostrato che la *body compassion* correlava positivamente e in modo statisticamente significativo con la *self-compassion*, ma non presentava alcuna associazione significativa con l'IMC.

Nel contesto italiano, dati i tassi elevati di insoddisfazione corporea quale fattore di rischio per l'insorgenza di comportamenti dannosi per la salute quali disturbi dell'alimentazione (e.g., Troncone et al., 2020), comportamenti sessuali a rischio (e.g., Pirani & Matera, 2020) e accettazione della chirurgia estetica per modificare il proprio aspetto fisico (Di Gesto et al., 2021), la ricerca e gli interventi psicosociali si sono focalizzati prevalentemente sull'immagine corporea negativa piuttosto che su quella positiva. Tuttavia, poiché possedere un'immagine corporea positiva presenta forti associazioni con vari indici di benessere fisico e psicologico (e.g., Tylka, 2019), risulta importante incrementare gli studi volti a identificare non solo le risorse e le abilità in grado di limitare lo sviluppo di insoddisfazione corporea e problematiche associate, ma anche quelle in grado di favorire accettazione e rispetto del proprio corpo, a

prescindere dalle mere caratteristiche fisiche e/o estetiche. Dalle prime evidenze empiriche sulla *body compassion* è emerso anche che tale variabile presenta delle forti associazioni con la *body appreciation* (Ferreira et al., 2018) questo primo risultato suggerisce che la *body compassion* potrebbe rappresentare una componente rappresentativa del concetto generale di immagine corporea positiva. Poiché la *body-compassion* è risultata associata alla valutazione positiva del proprio corpo e, ad un livello più ampio, ad un maggiore benessere individuale (Altman et al., 2017) risulta rilevante, sia da un punto di vista empirico che applicativo, disporre di uno strumento che permetta di rilevare tale costrutto anche nel contesto italiano al fine di cogliere competenze e abilità che potrebbero promuovere e sviluppare un atteggiamento compassionevole nei confronti del propria corporeità. Difatti, per svolgere ricerche empiriche e strutturare di conseguenza interventi terapeutici efficaci è necessario affidarsi a strumenti validi, affidabili e sensibili al contesto culturale di utilizzo.

1.1. Il presente studio

Il presente studio si propone di validare la BCS nel contesto italiano con un gruppo di giovani donne. Per esaminare se la struttura della versione italiana risulti in linea con la versione originale della scala (Altman et al., 2017) è stata eseguita un'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC). L'affidabilità della scala è stata esaminata in termini di coerenza interna. La sua validità convergente è stata studiata esaminando la relazione tra *body compassion* e benessere psicologico eudaimonico, mentre per testare la validità divergente è stata analizzata l'associazione tra *body compassion*, insoddisfazione corporea e inflessibilità psicologica. Nello specifico si è ipotizzato che le sottoscale della BCS e il punteggio totale della scala fossero associate positivamente al benessere psicologico e negativamente all'insoddisfazione corporea e all'inflessibilità psicologica.

2. Metodo

2.1 Partecipanti e procedura

Le partecipanti sono state reclutate direttamente da luoghi pubblici come biblioteche, centri ricreativi e università ed è stato chiesto loro di partecipare a uno studio sull'immagine corporea. Unici criteri di inclusione sono stati l'essere donna e aver raggiunto la maggiore età. La partecipazione all'indagine prevedeva la disponibilità a compilare la versione carta-matita di un questionario, contenente la BCS e le misure per testare la validità convergente e divergente. Il tempo medio di compilazione era di 20 minuti circa. Le partecipanti hanno completato il questionario nello stesso luogo in cui sono state invitate allo studio. La partecipazione allo studio è stata volontaria e non sono stati offerti incentivi alle intervistate. Ogni partecipante è stata informata rispetto al fatto che i dati forniti sarebbero stati mantenuti riservati e le risposte sarebbero state registrate in modo anonimo. Ogni partecipante ha fornito il consenso informato a partecipare alla ricerca prima di compilare il questionario. Il Comitato Etico dell'Università di Firenze ha approvato la procedura dello studio (Prot. N. 0109254).

Le rispondenti sono state 695 giovani donne italiane di età compresa tra i 20 e i 35 anni ($M = 31$; $DS = 11.3$). L'IMC medio delle partecipanti era di 21.98 kg/m^2 (range: $15.22 - 38.10$; $DS = 3.13$). Tutte le partecipanti erano di nazionalità italiana. La maggior parte delle partecipanti (64.2%) ha dichiarato di vivere in regioni del centro Italia, il 27.3% nel nord Italia, l'8.5% nel sud Italia e nelle isole. Per quanto riguarda l'istruzione, il 63.5% del campione ha dichiarato di avere ottenuto un diploma di scuola media superiore, il 16.8% una laurea triennale e il 12.9% una laurea magistrale, il 5.9% ha ottenuto esclusivamente la licenza media inferiore e solo lo 0.9% ha riferito di avere un'altra qualifica (e.g., dottorato di ricerca o formazione specialistica post-laurea). In merito all'occupazione il 62.1% delle rispondenti erano studentesse, il 34.6% riferivano di avere un lavoro e il 3.3% di essere disoccupate. La maggior parte delle donne (87.2%) ha riferito di non essere sposata, il 12.3% di essere sposata/convivente e lo 0.6% di essere separata/divorziata.

Le analisi di validità convergente e divergente sono state condotte con un sotto campione di 198 partecipanti tratto dal campione globale. L'età media di tale sottogruppo era di 23.4 anni ($DS = 2.73$) e l'IMC medio di 21.32 kg/m^2 (Range: $16.44 - 38.10$; $DS = 3.56$). La maggior parte

delle partecipanti appartenenti a tale campione ha dichiarato di vivere (85.4%) in Italia centrale, il 9.6% nel nord Italia e il 5.1% nel sud Italia o nelle isole. Per quanto riguarda l'istruzione, il 74.7% delle partecipanti ha dichiarato di possedere un diploma di scuola media superiore, il 20.7% una laurea triennale e il 4.5% una laurea magistrale. La maggioranza (93.4%) delle partecipanti di tale sottogruppo ha riferito di non essere sposata e solo il 6.6% delle partecipanti ha dichiarato di essere coniugata. Per quanto riguarda l'occupazione, l'89.3% delle rispondenti erano studentesse, l'8% di avere un lavoro e il 2.5% di essere disoccupate.

2.2. Strumenti

Body Compassion Scale. La *Body Compassion Scale* (Altman et al., 2017) è composta da 23-item valutati su una scala Likert a 5 punti (1 = quasi mai; 5 = quasi sempre). Punteggi più alti corrispondono a livelli più elevati di *body compassion*. La versione inglese della BCS comprende 3 sottoscale: *defusion* (9 reverse item; e.g., “Quando mi sento frustrata dall'incapacità del mio corpo di fare qualcosa, tendo a sentirmi separata e tagliata fuori dalle altre persone”); *common humanity* (9 item; e.g., “Quando sono frustrata da qualche caratteristica del mio aspetto fisico, cerco di ricordare a me stessa che la maggior parte delle persone si sente in questo modo in qualche momento”); *acceptance* (5 item; e.g., “Accetto il mio aspetto fisico così come è”). Per le finalità del presente studio, la versione inglese della BCS è stata tradotta in italiano seguendo le linee guida raccomandate (*back-translation procedure*) (Brislin, 1986). Un madrelingua italiano ha tradotto gli item della BCS dall'inglese all'italiano; la versione italiana della scala è stata poi retro-tradotta in inglese da un madrelingua inglese non affiliato allo studio. Dal confronto tra la versione italiana della scala retro-tradotta in inglese e la versione originale degli item non sono emerse delle discrepanze significative.

Body Shape Questionnaire-14. L'insoddisfazione corporea è stata misurata attraverso la versione italiana (Matera et al., 2013) del *Body Shape Questionnaire-14* (BSQ-14) (Dowson & Henderson, 2001). La scala è composta da 14 item (e.g., “Mi sono vergognata del mio corpo”) valutati su una scala Likert a 6 punti (1 = mai; 6 = sempre). Alle partecipanti è stato chiesto di rispondere facendo riferimento alle due settimane precedenti la somministrazione del questionario. Punteggi più alti alla scala corrispondevano a livelli più elevati di insoddisfazione corporea. In precedenti studi, le analisi fattoriali esplorative e confermative supportano la

validità della struttura della versione italiana del BSQ-14, l'alpha di Cronbach è risultata alta (.93), e la validità convergente buona (Matera et al., 2013; Stefanile et al., 2009).

Acceptance and Action Questionnaire-II. L'inflessibilità psicologica (e.g., evitamento esperienziale) è stata misurata attraverso la versione italiana (Pennato et al., 2013) dell'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) (Bond et al., 2011). Questa scala è composta da 7 item (e.g., "Ho paura dei miei sentimenti") valutati su scala Likert a 7 punti (1 = non è mai vero; 7 = è sempre vero). Gli item si riferiscono alla mancata consapevolezza e capacità nello sperimentare eventi e sentimenti negativi, unitamente alla difficoltà di stare nel momento presente e di impegnarsi in azioni focalizzate sui propri valori. Punteggi più alti corrispondevano ad una maggiore inflessibilità psicologica. Nello studio di validazione della scala, le analisi fattoriali (esplorativa e confermativa) hanno supportato la validità strutturale della versione italiana dell'AAQ-II, l'alpha di Cronbach è risultata buona (.77), ed elevati punteggi all'AAQ-II correlavano positivamente con il distress psicologico e negativamente con il benessere psicologico, supportando la validità concorrente della scala (Pennato et al., 2013).

Ryff Psychological Well-Being-18. Il benessere psicologico eudaimonico è stato misurato attraverso la versione italiana (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff Psychological Well-Being-18* (RPWB-18) (Ryff, 1989). La scala è composta da 18 item (e.g., "Mi piace la maggior parte degli aspetti della mia personalità") valutati su scala Likert a 6 punti (1 = completamente in disaccordo; 6 = completamente d'accordo). L'RPWB-18 valuta il benessere psicologico in sei domini: auto-accettazione, relazioni positive con gli altri, autonomia, padronanza ambientale, scopo nella vita e crescita personale. Nello studio di validazione della RPWB-18 versione italiana, le analisi fattoriali supportavano la validità strutturale della versione italiana della RPWB-18 confermando la multidimensionalità e validità dello strumento (Sirigatti et al., 2009). Nel presente studio è stato utilizzato il punteggio totale della scala che fornisce una stima del benessere psicologico eudaimonico. Punteggi più alti indicavano un maggiore benessere psicologico eudaimonico.

Indice di Massa Corporea. Le partecipanti hanno riportato la loro altezza e peso, tali dati auto-riferiti sono stati utilizzati per calcolare l'IMC (kg/m^2).

Dati sociodemografici. Infine, è stato chiesto alle partecipanti di indicare il loro anno di nascita (dal quale è stata calcolata l'età anagrafica), il luogo di residenza, il livello di istruzione, lo stato civile e l'occupazione lavorativa.

2.3. Analisi dei dati

Tutte le analisi sono state eseguite utilizzando il software *Jamovi Statistical Platform* 2.2.5. (The Jamovi Project, 2021).

Analisi preliminari. Alcune analisi preliminari sono state effettuate sui 23 item della BCS al fine di identificare i valori mancanti, esaminare le statistiche descrittive e la normalità della distribuzione. La distribuzione degli item è stata esaminata identificando i valori di asimmetria (> 2) e curtosi (> 7) in linea con i cut-off raccomandati (West et al., 1995).

Analisi fattoriale. Al fine di esaminare il fit del modello a tre fattori è stata eseguita un'AFC utilizzando i seguenti criteri: Chi-quadrato (χ^2/df), *Comparative Fit Index* (CFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e *Standardized Root Mean Squared Residual* (SRMR). Al fine di minimizzare l'impatto della dimensione campionaria sul modello Chi-Square è stato adottato il chi-quadrato relativo/normato (χ^2/df) di Wheaton e colleghi (1977) che raccomanda un valore inferiore o uguale a 5.0 (Wheaton et al., 1977) per un buon fit del modello. Valori di RMSEA e SRMR compresi tra .05 e .08 sono stati considerati rispettivamente indici di buono e moderato adattamento del modello ai dati (Browne & Cudeck, 1992); valori di CFI di .90 e .95 sono stati considerati rispettivamente indici di accettabile e ottimo adattamento del modello ai dati (Hu & Bentler, 1999). I valori delle saturazioni fattoriali sono stati considerati appropriati se uguali o superiori a .50 seguendo le linee guida di Costello e Osborne (2005).

Analisi di affidabilità e validità. L'alfa di Cronbach è stata utilizzata per determinare la coerenza interna della BCS totale e delle sue sottoscale. I valori nell'intervallo .70 – .90 sono considerati ottimali, mentre i valori intorno a .60 sono considerati accettabili (Bergstrom et al., 1998). La validità convergente (benessere psicologico) e divergente (inflexibilità psicologica e insoddisfazione corporea) è stata valutata tramite coefficienti di correlazione bivariati di Pearson tra le sottoscale BCS e il benessere psicologico, l'inflexibilità psicologica e l'insoddisfazione corporea. Rispetto alla forza delle correlazioni abbiamo fatto riferimento alla classificazione di

Cohen (1988) in cui un valore di r pari a .10 rappresenta una debole forza della correlazione, .30 una moderata e .50 o più una forte correlazione.

Dimensione campionaria e potenza statistica. Per quanto riguarda la dimensione campionaria e la potenza statistica, un rapporto ampiamente accettato è di 10 casi per item (Nunnally & Bernstein, 1967; Wang & Wang, 2012). Nel presente studio, la dimensione del campione e la potenza statistica sono adeguate in linea con i criteri raccomandati.

3. Risultati

I valori mancanti nel dataset sono stati inferiori all'1% e sostituiti utilizzando il metodo della media di serie, che viene considerato adeguato quando il numero di dati mancanti per ogni variabile risulta essere molto piccolo. In tabella 1.1. sono riportate le statistiche descrittive relative ai 23 item della BCS. Come si evince dalla tabella l'asimmetria risultava essere inferiore a 2 e la curtosi inferiore a 7, suggerendo che la distribuzione dei punteggi per ogni item si avvicinava alla distribuzione normale (West et al., 1995).

Tabella 1.1. Statistiche descrittive dei 23 item della BCS (N = 695)

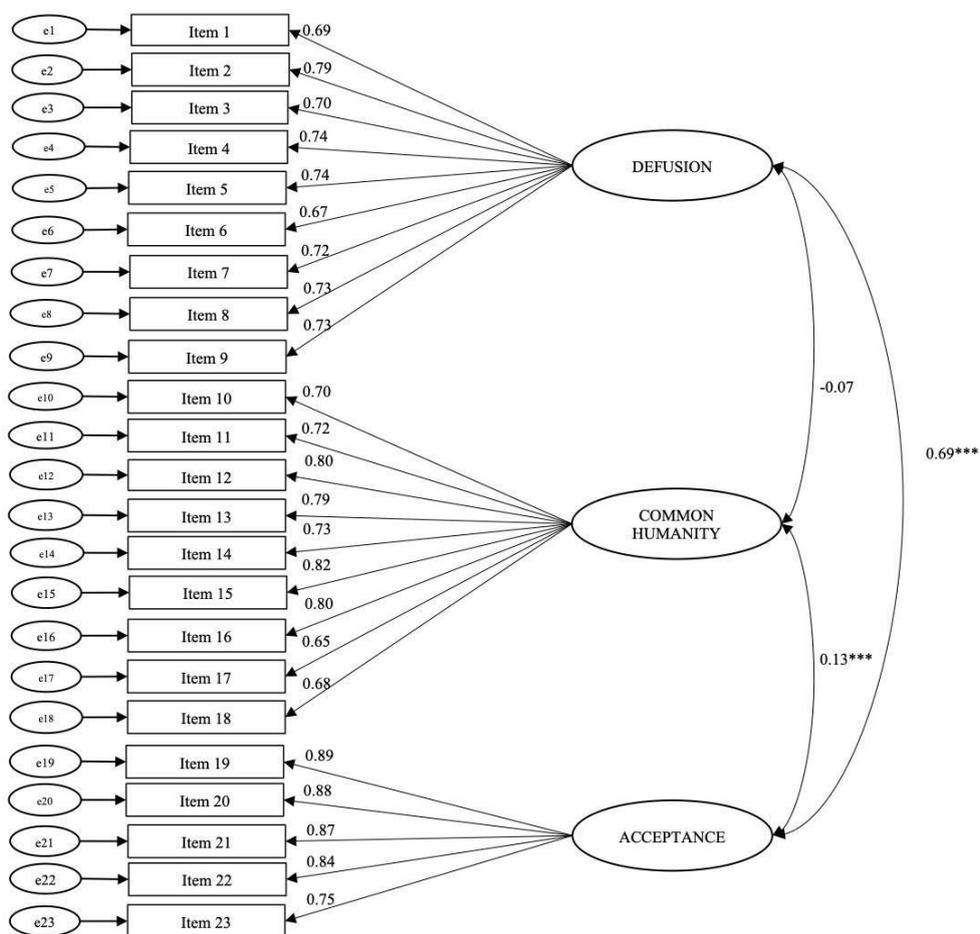
Item	Media (DS)	Asimmetria (DS)	Curtosi (DS)
1	3.57 (1.31)	-0.46 (0.09)	-0.97 (0.18)
2	3.50 (1.33)	-0.38 (0.09)	-1.11 (0.18)
3	3.48 (1.33)	-0.34 (0.09)	-1.16 (0.18)
4	3.41 (1.31)	-0.29 (0.09)	-1.08 (0.18)
5	2.99 (1.30)	-0.01 (0.09)	-1.10 (0.18)
6	3.36 (1.36)	-0.34 (0.09)	-1.11 (0.18)
7	3.90 (1.26)	-0.87 (0.09)	-0.44 (0.18)
8	2.61 (1.21)	0.35 (0.09)	-0.83 (0.18)
9	3.03 (1.40)	0.02 (0.09)	-1.31 (0.18)
10	2.73 (1.25)	0.18 (0.09)	-0.96 (0.18)
11	2.52 (1.20)	0.34 (0.09)	-0.83 (0.18)
12	2.50 (1.17)	0.35 (0.09)	-0.81 (0.18)
13	2.61 (1.24)	0.22 (0.09)	-1.05 (0.18)
14	2.80 (1.27)	0.04 (0.09)	-1.09 (0.18)
15	2.48 (1.17)	0.32 (0.09)	-0.87 (0.18)
16	2.60 (1.23)	0.28 (0.09)	-0.98 (0.18)
17	2.68 (1.20)	0.10 (0.09)	-0.97 (0.18)
18	2.47 (1.16)	0.35 (0.09)	-0.84 (0.18)
19	2.97 (1.22)	0.02 (0.09)	-1.01 (0.18)
20	2.83 (1.29)	0.12 (0.09)	-1.10 (0.18)
21	3.06 (1.27)	-0.12 (0.09)	-1.04 (0.18)
22	2.93 (1.18)	0.11 (0.09)	-0.92 (0.18)
23	3.16 (1.17)	-0.13 (0.09)	-0.89 (0.18)

Note. Risposta su scala Likert a 5 punti da 1 = quasi mai a 5 = quasi sempre

Per quanto riguarda la struttura fattoriale della scala, i risultati dell'AFC hanno mostrato un adattamento soddisfacente ai dati: $\chi^2_{/gdl} = 5.69$, $p < .001$; CFI = .90; SRMR = .06; RMSEA = .08 (IC = .08; .09). Le saturazioni fattoriali degli item per le tre sottoscale sono presentate in figura 1.1. Tutte le saturazioni fattoriali risultavano superiori a .50, con valori compresi tra .65 e .89.

Rispetto alle correlazioni tra i fattori. Il fattore *common humanity* non presenta una correlazione statisticamente significativa con il fattore *defusion* ($r = -.07$; $p = .08$) al contrario emergono due correlazioni statisticamente significative tra la *common humanity* e l'*acceptance* ($r = .13$; $p = .001$) e tra la *defusion* e l'*acceptance* ($r = .69$; $p < .001$).

Figura 1.1. Modello dell'Analisi Fattoriale Confermativa, saturazioni fattoriali dei 23 item della BCS e correlazioni tra fattori (N = 695)



Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Le statistiche descrittive e l'alfa di Cronbach della BCS totale, delle sue sottoscale e delle scale utilizzate per la validità divergente e convergente sono riportate in tabella 1.2. La coerenza interna delle tre sottoscale e della BCS totale è risultata eccellente (vedi tab 1.2.).

Tabella 1.2. Statistiche descrittive e alpha di Cronbach della BCS punteggio totale, BCS sottoscale (defusion, common humanity e acceptance), insoddisfazione corporea, inflessibilità psicologica, e benessere psicologico (N = 198)

	Min	Max	Media (DS)	α
BCS	1.57	4.96	3.11 (0.66)	.89
Defusion	1.22	5	3.50 (0.85)	.90
Common Humanity	1.00	5	2.71 (0.98)	.92
Acceptance	1.00	5	3.11 (1.06)	.93
BSQ-14	1.00	5.36	2.80 (1.90)	.95
AAQ-II	1.00	6.86	3.04 (1.20)	.87
RPWB-18	2.61	5.78	4.39 (0.65)	.85

Note. Body Compassion Scale (BCS); Body Shape Questionnaire-14 (BSQ-14); Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQI-II); Ryff Psychological Well-Being-18 (RPWB-18)

Per quanto riguarda la validità divergente, come si evince dalla tabella 1.3, il punteggio globale della BCS e i punteggi relativi alle sue sottoscale presentano forti associazioni negative statisticamente significative con l'inflessibilità psicologica. Il punteggio globale della BCS e i punteggi delle due sottoscale *defusion* e *acceptance* risultano associati negativamente in modo significativo anche con l'insoddisfazione corporea. Nessuna associazione statisticamente significativa è emersa tra la *common humanity* e l'insoddisfazione corporea (vedi tabella 1.3.). In merito alla validità convergente, il punteggio globale della BCS e delle tre sottoscale risulta correlare positivamente e in modo statisticamente significativo con il benessere psicologico eudaimonico (tabella 1.3.).

Tabella 1.3. Correlazioni bivariate tra BCS punteggio totale, BCS sottoscale, insoddisfazione corporea, inflessibilità psicologica, e benessere psicologico (N = 198)

	1	2	3	4	5	6	7
1. BCS	-						
2. Defusion	.73***	-					
3. Common humanity	.63***	-.01	-				
4. Acceptance	.76***	.65***	.15*	-			
5. AAQ-II	-.50***	-.51***	-.15*	-.42***	-		
6. BSQ-14	-.59***	-.64***	-.04	-.71***	.28***	-	
7. RPWB-18	.51***	.46***	.17*	.47***	-.58***	-.35***	-

Note. Body Compassion Scale (BCS); Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQI-II); Body Shape Questionnaire-14 (BSQ-14); Psychological Well-Being (PsWB)

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

4. Discussione e conclusioni

Lo scopo del presente studio è stato quello di validare una versione italiana della BCS con un ampio gruppo di giovani donne italiane. I risultati hanno mostrato le buone proprietà psicometriche della versione italiana della scala; la struttura trifattoriale della versione inglese della BCS è stata confermata anche nel contesto italiano.

Per quanto riguarda l'affidabilità della versione italiana della scala, la coerenza interna della BCS totale è risultata eccellente così come quella delle tre sottoscale (alfa $>.90$). Tali risultati evidenziano il possibile utilizzo sia del punteggio totale della BCS sia dei singoli punteggi delle sottoscale. Da un punto di vista strettamente applicativo, questo rende la scala particolarmente versatile. La possibilità di utilizzare il punteggio totale della scala, infatti, potrebbe risultare particolarmente utile nel caso in cui il ricercatore voglia verificare gli effetti di un intervento svolto in più tempi (pre-intervento, post-intervento e follow-up), mentre l'uso dei punteggi parziali potrebbe risultare utile per verificare l'efficacia di interventi che mirino a potenziare una o più abilità di compassion nei confronti del proprio corpo. Parzialmente in linea con i risultati di Altman e colleghi (2017), le tre sottoscale risultano correlate tra loro in modo statisticamente significativo fatta eccezione per la correlazione tra le sottoscale *defusion* e *common humanity*. Sembrerebbe che la capacità di prendere le distanze dai propri pensieri circa inadeguatezze corporee percepite (i.e., *defusion*) non si associ alla percezione che tali inadeguatezze possano essere condivise dalla maggior parte delle persone (i.e., *common humanity*).

La validità convergente della versione italiana della BCS risulta buona. Sia il punteggio totale della scala sia i singoli punteggi delle sottoscale hanno mostrato associazioni significative positive con il benessere psicologico eudaimonico. Una maggiore defusione cognitiva (*defusion*) e la percezione che le preoccupazioni rispetto alle proprie inadeguatezze fisiche possano essere condivise con gli altri (*common humanity*) unitamente ad una maggiore accettazione corporea (*acceptance*) si associano a un maggiore benessere psicologico eudaimonico. Questo risultato è in linea con studi precedenti che hanno dimostrato come un'elevata *body compassion* sembra contribuire positivamente ad innalzare i livelli di affettività positiva e ridurre l'affettività negativa (Altman et al. 2017; Oliveira et al., 2018).

Le correlazioni negative tra la BCS (sia il punteggio totale che delle sottoscale) e l'inflessibilità psicologica suggeriscono una buona validità divergente della BCS. In linea con lo studio di Altman e colleghi (2017), gli individui con più alta *body compassion* sembrano presentare anche una maggiore flessibilità psicologica e una maggiore capacità/tendenza ad utilizzare strategie di coping adattive di fronte ad eventi di vita negativi.

Sempre in merito alla validità divergente, dal presente studio sono emerse forti associazioni negative anche tra *body compassion* e insoddisfazione corporea. In linea con quanto emerso da alcune recenti ricerche (Barata-Santos et al., 2019; de Carvalho Barreto et al., 2020), è possibile che livelli elevati di *body-compassion* proteggano l'individuo dal percepire una forte insoddisfazione per il proprio corpo. Nello specifico, dallo studio emerge come sia la capacità di difendersi con i pensieri negativi associati ai propri difetti corporei (*defusion*) sia l'accettazione nei confronti del proprio corpo così come è (*acceptance*) risultano processi associati con una maggiore tendenza ad accettare la propria corporeità essendone soddisfatte.

Risultati diversi emergono invece in merito alla sottoscala della *common humanity*, per cui la capacità di comprendere che le inadeguatezze del proprio corpo fanno parte dell'esperienza umana condivisa (*common humanity*) non sembra associata in modo statisticamente significativo a livelli più bassi di insoddisfazione corporea. In linea con Altman e colleghi (2017) tale risultato è attribuibile al fatto che essere capaci di vedere le proprie esperienze corporee come parte di una condizione umana più ampia non rappresenta un aspetto saliente nel ridurre l'insoddisfazione corporea poiché tale insoddisfazione viene esperita a livello individuale (e non come condizione umana globale) riferendosi alle percezioni e ai sentimenti che un individuo esperisce nei confronti del proprio corpo (Grogan, 2016). Al contrario, un atteggiamento di decentramento (piuttosto che di fusione cognitiva) con le proprie imperfezioni corporee (*defusion*) e l'accettazione del proprio corpo così come è (*acceptance*) sono processi più strettamente rappresentativi della percezione individuale del proprio corpo, quindi, è più probabile che risultino associati ad una minore insoddisfazione corporea. Considerando inoltre le caratteristiche culturali del contesto italiano, la mancata associazione tra *common humanity* e insoddisfazione corporea, potrebbe essere ricondotta al fatto che l'origine del concetto di *common humanity*, radicato nella psicologia buddista, è più saliente in individui appartenenti a

società collettiviste piuttosto che individualiste, come quella italiana, le quali potrebbero avere maggiori difficoltà nell'esperire e percepire tale visione collettivista della propria sofferenza.

Sulla base dei risultati emersi, la versione italiana della BCS risulta valida e attendibile nel misurare le competenze e abilità psicologiche che costituiscono l'atteggiamento compassionevole verso il proprio corpo nelle donne italiane. Ci sono alcune limitazioni al presente studio che dovrebbero essere considerate. In primo luogo, l'aver testato la struttura fattoriale della BCS attraverso una AFC potrebbe rappresentare una limitazione, attualmente infatti nel campo della ricerca sull'assessment dell'immagine corporea viene consigliato un approccio combinato di AFE e AFC (Swami et al., 2021) per la validazione di strumenti volti a rilevare costrutti e componenti associate all'immagine corporea; secondariamente, l'affidabilità della BCS è stata valutata solo in termini di coerenza interna. Studi futuri potrebbero verificare la struttura fattoriale della BCS utilizzando un approccio combinato (AFE + AFC); inoltre progetti di ricerca longitudinali potrebbero essere utili al fine di valutare l'affidabilità della scala nel tempo (*test-retest reliability*); allo stesso modo sarebbe importante analizzare la validità predittiva di tale strumento. In secondo luogo, non è stata rilevata l'eventuale presenza di disturbi alimentari o di disturbi legati all'immagine corporea nelle partecipanti allo studio. In terzo luogo, non sono stati tenuti sotto controllo i livelli di desiderabilità sociale e gli effetti di *response set* che potrebbero aver influenzato i risultati ottenuti. Infine, considerato che la BCS è stata validata facendo riferimento alle sole giovani donne sarebbe opportuno validare tale scala in popolazioni differenti considerato che l'insoddisfazione corporea rappresenta una problematica psicosociale rilevante anche nelle donne meno giovani (Quitkat et al., 2019) nonché in popolazioni differenti rispetto alla popolazione generale o non clinica come ad esempio le donne che hanno ricevuto un trattamento per il cancro al seno che conseguentemente ad esso hanno dovuto affrontare importanti cambiamenti relativi al proprio corpo (e.g., Turk et al., 2018).

La possibilità di disporre di uno strumento valido e attendibile capace di rilevare i livelli di *body compassion* nel contesto italiano può avere ampi risvolti teorico-applicativi. Sul piano teorico questa nuova scala, contribuendo all'avanzamento conoscitivo sull'immagine corporea positiva e i possibili costrutti ad essa associati, potrebbe servire da base per studi empirici che si pongono l'obiettivo di indagare i potenziali fattori di protezione associati all'immagine

corporea, considerato che tale area di ricerca è tutt'ora poco esplorata nel contesto italiano. Lo sviluppo di strumenti come la BCS nel contesto italiano è particolarmente importante considerato che i tassi di insoddisfazione corporea e le problematiche legate all'immagine corporea sono trasversali e pervasivi nelle giovani donne italiane (e.g., Bornioli et al., 2019). Da un punto di vista applicativo, la scala potrebbe essere utilizzata per valutare l'efficacia di eventuali interventi sanitari *body compassion-based* volti a ridurre l'insoddisfazione corporea e allo stesso tempo fornire delle risorse concrete potenzialmente allenabili (abilità di *defusion*, *common humanity* e *acceptance*) al fine di sviluppare un'immagine corporea positiva. Infatti, la BCS potrebbe essere utilizzata come supporto nella strutturazione di interventi volti ad apprezzare il proprio corpo nonostante limiti e inadeguatezze fisiche percepite, potenziando l'aspetto di accettazione delle proprie caratteristiche corporee come uniche, in linea con la teorizzazione di immagine corporea positiva (e.g., Wood-Barcalow et al., 2010). Data la sua discreta brevità e adattabilità, la BCS può fornire a ricercatori e professionisti il massimo beneficio se utilizzata in contesti che richiedono una valutazione semplice, rapida ed efficiente della *body compassion*.

STUDIO 2

Intenzioni di effettuare l'autoesame al seno: il ruolo dell'immagine corporea e la Teoria del Comportamento Pianificato

1. Introduzione

In Italia, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata, circa un tumore maligno ogni tre (28%) è un tumore mammario (AIRTUM, 2020). Nelle donne, il tumore della mammella è la prima causa di morte oncologica ovvero il 16.1% di tutte le morti oncologiche (AIRTUM, 2020). Infine, dati italiani recenti mostrano che l'età media delle donne a cui viene diagnosticato un cancro al seno sta sempre più diminuendo (AIRTUM, 2020). L'implementazione di efficaci strategie di prevenzione selettiva, lo sviluppo di nuovi metodi per la diagnosi precoce e un sensibile miglioramento del processo diagnostico rappresentano tre fattori chiave in grado di spiegare il calo della mortalità per tumore mammario (AIRTUM, 2020; Malvezzi et al., 2019). La Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro (2020) ci tiene a sottolineare che la prevenzione del tumore del seno deve cominciare precocemente, a partire dai 20 anni di età, con controlli mensili del seno eseguiti in autonomia (autoesame al seno), affiancati solo successivamente dalla mammografia biennale dopo i 50 anni. L'esecuzione regolare dell'autoesame del seno (*Breast Self Examination* - BSE) consente alle donne di acquisire familiarità con il proprio seno e può essere considerato un metodo economico ed efficiente in termini di tempo per aiutare a identificare precocemente eventuali cambiamenti nel tessuto mammario (Chouliara et al., 2004). Nonostante le raccomandazioni dei professionisti volte ad implementare la messa in atto di tale comportamento e gli evidenti benefici in termini di salute che ne conseguono, la ricerca internazionale suggerisce che solo un terzo delle donne pratica l'autoesame al seno e solo il 27% di esse lo pratica in maniera corretta (Elmore et al., 2005; Tu et al., 2006). Anche nel contesto italiano emergono percentuali molto basse associate alla messa in atto della BSE; infatti, solo il 19% delle donne italiane dichiara di attuare tale comportamento di prevenzione pur conoscendo i benefici in termini di salute (Arcarisi et al., 2019). Il presente studio, considerati i bassi tassi di adesione alla BSE, si è posta l'obiettivo di comprendere quali possano essere i predittori associati all'intenzione di attuare tale comportamento preventivo.

Un aspetto che, dall'analisi della letteratura, risulta essere associato alla mancata attuazione della BSE è il rapporto che la donna ha con il proprio corpo. Tale esame, infatti, viene effettuato attraverso un'auto-osservazione e successiva auto-palpazione focalizzata del proprio seno e delle zone circostanti ad esso (e.g., zona ascellare); è evidente, dunque, un'associazione tra il comportamento di screening specifico e l'attenzione minuziosa che la donna deve rivolgere al proprio corpo (Ridolfi & Crowther, 2013). Tuttavia, gli studi che hanno indagato sistematicamente il ruolo dell'immagine corporea rispetto alla BSE sono pochi ed esclusivamente incentrati sul ruolo svolto dall'immagine corporea negativa.

Sebbene, sulla base di una review condotta sull'immagine corporea positiva, Tylka (2018) abbia sostenuto l'importanza che la ricerca esamini il ruolo di tale variabile (e delle sue componenti specifiche) su comportamenti di rilevamento delle malattie, al momento attuale non ci sono studi che abbiano esaminato il ruolo di costrutti riferiti all'immagine corporea positiva (e.g., *body appreciation* e/o la *body compassion*) sulle intenzioni di effettuare la BSE. Dall'analisi della letteratura è emerso che l'immagine corporea positiva (operazionalizzata come *body appreciation*) risulta giocare un ruolo importante in ambito preventivo, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione primaria e in piccola parte nella prevenzione secondaria. A tale riguardo, alcuni studi hanno messo in evidenza che elevati livelli di apprezzamento corporeo si associano ad un'aumentata e regolare attività fisica (Zanon et al., 2016), una maggiore aderenza nel seguire un regime alimentare sano (Piko et al., 2020), un maggiore utilizzo di dispositivi di protezione durante l'esposizione solare e maggiori intenzioni di effettuare l'autoesame alla pelle (Andrew et al., 2016). Rispetto al ruolo della *body compassion* sui comportamenti orientati alla salute, da un recente studio (Beadle, 2020) è emersa un'associazione positiva significativa tra i livelli di *body compassion* e le intenzioni di fare attività fisica regolare al fine di prendersi cura del proprio corpo.

Per quanto riguarda il ruolo dell'immagine corporea negativa rispetto all'attuazione della BSE, i pochi studi condotti al riguardo tendono a riportare risultati contrastanti. Alcuni studi interessati ad esplorare il ruolo rivestito dall'insoddisfazione corporea rispetto all'intenzione di effettuare l'autoesame al seno e alla frequenza di esecuzione di tale pratica hanno evidenziato come le preoccupazioni riguardanti il proprio corpo e il proprio peso rappresentino una delle principali barriere non solo per gli screening oncologici in generale, ma anche per quelli volti a

rilevare eventuali tumori al seno (Clark et al., 2009; Samah & Ahmadian, 2014). Tali risultati non sono stati invece confermati da altre ricerche i cui risultati non evidenziano la presenza di un'associazione significativa tra preoccupazioni corporee e comportamenti di prevenzione secondaria per il tumore al seno (Ahmadian et al., 2016; Chait et al., 2009). Un recente studio che si è proposto di chiarire tali risultati contrastanti è quello di Swami e Furnham (2018), volto ad esaminare l'associazione tra l'insoddisfazione relativa alla dimensione del seno, insoddisfazione corporea generale e la frequenza del comportamento di BSE, in un campione di 384 donne inglesi, di età compresa tra i 18 e i 76 anni. Tale studio ha mostrato come l'attuazione della BSE non fosse predetta dall'insoddisfazione corporea generale ma da un'elevata insoddisfazione specifica per la dimensione del proprio seno. Secondo gli autori è più probabile che nelle donne insoddisfatte del proprio seno, il dover attuare un'attenta analisi visiva e tattile di questa parte del loro corpo risulti un evento trigger negativo riguardante la propria immagine corporea e attivi di conseguenza emozioni negative, come vergogna o imbarazzo, che possono indurre tali soggetti ad evitare il comportamento di prevenzione in questione (Swami & Furnham, 2018). Dallo studio è emerso anche che l'insoddisfazione verso il proprio seno si associava ad una minore fiducia personale nella capacità di rilevazione di cambiamenti al seno e ad un maggiore ritardo nella richiesta di consulto medico quando viene individuata un'anomalia (Swami & Furnham, 2018). Nonostante gli interessanti risultati di Swami e Furnham (2018), resta da colmare la lacuna in letteratura relativa al ruolo dell'immagine corporea positiva sulle intenzioni di effettuare la BSE.

Data la scarsa aderenza delle giovani donne ad effettuare l'autoesame al seno, risulta oltremodo importante esplorare ulteriori predittori dell'intenzione di attuare la BSE. A tale proposito, un utile framework teorico utilizzato in molti studi volti ad esaminare i predittori relativi alle intenzioni di mettere in atto comportamenti orientati alla salute (vedi review McEachan et al., 2011) è la *Teoria del Comportamento Pianificato* (TCP; Ajzen, 1991). Secondo tale teoria il determinante più prossimo della messa in atto di un comportamento è l'intenzione pianificata di eseguire il comportamento. L'intenzione comportamentale ha tre determinanti dirette: l'atteggiamento verso il comportamento, le norme soggettive e il Controllo Comportamentale Percepito (CCP) (Ajzen, 1990). L'atteggiamento nei confronti del comportamento è il grado in cui le conseguenze di un determinato comportamento sono valutate

in termini positivi o negativi; le norme soggettive rappresentano la pressione sociale percepita nell'eseguire o meno il comportamento e l'importanza di aderire a tali pressioni sociali derivanti dagli altri significativi; e il CCP che riflette la facilità o la difficoltà percepita nel mettere in atto il comportamento target. La TCP sottolinea il ruolo centrale del controllo comportamentale percepito, viene postulato, infatti, che alti livelli di controllo comportamentale percepito incrementano e predicono l'intenzione di eseguire un comportamento in misura maggiore rispetto alle altre determinanti (Ajzen, 2002). Studi recenti hanno confermato l'importanza del controllo comportamentale percepito nel predire le intenzioni di mettere in atto comportamenti orientati alla salute (e.g. Banerjee & Ho, 2020; Wang & Wang, 2015). Nello specifico, Banerjee e Ho (2020) hanno mostrato che il controllo comportamentale percepito era la componente della TCP maggiormente predittiva delle intenzioni di condurre uno stile di vita sano. Un recente studio longitudinale (Wang & Wang, 2015) sull'intenzione di fare esercizio fisico in un gruppo di bambini ha evidenziato che solo il controllo comportamentale percepito era il più forte predittore dell'intenzione di fare esercizio fisico e della successiva rilevazione del comportamento effettivamente messo in atto. Per quanto riguarda l'intenzione di eseguire la BSE uno studio condotto da Mason e White (2008) ha confermato l'importante ruolo rivestito dal controllo comportamentale percepito nel predire l'intenzione di eseguire l'autoesame al seno. Tuttavia, da tale studio emerge come anche le norme soggettive giochino un ruolo chiave rispetto all'intenzione di attuare questo specifico comportamento preventivo.

1.1 Il presente studio

Riassumendo, l'autoesame al seno oltre ad essere un'efficace procedura di prevenzione secondaria volta a rilevare precocemente eventuali difformità nella morfologia del seno; è anche una procedura particolarmente semplice, veloce ed economica. Tuttavia, nonostante tali caratteristiche, nel contesto italiano emerge una scarsa adesione a tale pratica da parte delle giovani donne (Arcarisi et al., 2019). Il presente studio si propone di indagare i predittori dell'intenzione di effettuare l'autoesame al seno in un gruppo di donne italiane. Utilizzando come framework di riferimento la TCP, lo studio vuole esaminare il ruolo predittivo, rispetto all'intenzione di effettuare la BSE, sia delle componenti della TCP, che dall'analisi della letteratura sono risultate maggiormente significative nella predizione di tale intenzione

comportamentale (i.e., CCP e norme soggettive), sia di alcune variabili legate all'immagine corporea positiva (*body appreciation* e *body compassion*) e negativa (insoddisfazione corporea generale e per il proprio seno). Per quanto riguarda il ruolo dell'immagine corporea, verrà esplorato sia il legame diretto che indiretto, tramite il CCP, tra le dimensioni legate all'immagine corporea positiva e negativa oggetto di studio e le intenzioni di effettuare l'autoesame al seno. È infatti plausibile ipotizzare che date le caratteristiche della BSE (auto-osservazione e auto-palpazione del seno), il rapporto che la donna ha con il proprio corpo possa incidere sulla percezione che essa stessa ha della facilità e capacità di eseguire tale procedura di prevenzione.

In particolare, si ipotizza che:

HP1- le norme soggettive e il CCP si associno positivamente alle intenzioni di eseguire la BSE.

HP2- la *body appreciation* e la *body compassion* presentino una relazione positiva con le intenzioni di eseguire la BSE sia diretta (Ipotesi 2a) che indiretta, tramite la mediazione del CCP (Ipotesi 2b). All'aumentare dei livelli di *body compassion* e *body appreciation* si presuppone di osservare un aumento del CCP e che a tale aumento si associ una maggiore intenzione di eseguire la BSE.

HP3- l'insoddisfazione corporea generale e specifica per il seno presentino un'associazione negativa diretta con le intenzioni di eseguire la BSE (Ipotesi 3a); tuttavia si ipotizza anche che l'immagine corporea negativa si associ all'intenzione oggetto di studio anche in modo indiretto, tramite la mediazione del CCP (Ipotesi 3b). Nello specifico si presuppone che all'aumentare dei livelli di insoddisfazione corporea generale e specifica per il seno diminuisca la percezione di controllo sull'attuazione dell'autoesame e che tale riduzione nel CCP si associ, a sua volta, ad una diminuzione delle intenzioni di sottoporsi allo screening oggetto di studio.

2. Metodo

2.1. Partecipanti e procedure

Le rispondenti sono state reclutate attraverso invito a partecipare alla survey diffusa online tramite piattaforme social (Facebook, Instagram, LinkedIn). L'invito era esplicitamente rivolto a giovani donne italiane che avessero raggiunto almeno 20 anni di età. La scelta della fascia dell'età minima per la partecipazione allo studio è stata dettata dalla considerazione che la procedura BSE è indicata dalla Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro (2020) a partire dai 20 anni di età. La partecipazione all'indagine prevedeva la disponibilità a compilare un questionario online contenente le misure relative alle variabili oggetto di studio. Alle partecipanti veniva richiesto di partecipare ad una ricerca concernente la raccolta di opinioni e abitudini relative al proprio corpo e agli atteggiamenti relativi alla pratica di autoesame al seno nel contesto italiano. Il tempo medio di compilazione del questionario è stato di 20 minuti circa. La partecipazione allo studio è stata volontaria e non sono stati offerti incentivi alle intervistate. Ogni partecipante è stata informata, attraverso consenso informato e informativa della privacy, che i dati forniti sarebbero stati mantenuti riservati e le risposte sarebbero state registrate in modo anonimo. Ogni partecipante ha fornito il consenso informato a partecipare alla ricerca prima di compilare il questionario. Il Comitato Etico dell'Università di Firenze ha approvato la procedura dello studio (*Prot. n. 0109254/145*).

Il campione iniziale si componeva di 479 donne italiane. Attraverso una selezione a posteriori effettuata utilizzando come criteri di inclusione la conoscenza della procedura BSE e il non aver ricevuto una diagnosi di tumore al seno (benigna e maligna) il campione finale comprendeva 409 giovani donne italiane di età compresa tra i 20 e i 50 anni ($M = 30.31$, $DS = 10.02$). L'IMC medio delle partecipanti era di 22.46 kg/m^2 (range = 15.43 - 44.06; $DS = 4.10$). Tutte le partecipanti erano di nazionalità italiana. La maggior parte delle partecipanti (59.9%) ha dichiarato di vivere in regioni del centro Italia, il 21.9% nel sud Italia e nelle isole; il 18.1% nel nord Italia. Per quanto riguarda l'istruzione, il 32.9% del campione ha dichiarato di avere ottenuto un diploma di scuola media superiore, il 31.7% possedeva una laurea triennale, il 29.5% una laurea specialistica/magistrale, il 3.2% un titolo formativo di alta specializzazione (PhD o scuola di specializzazione) e solo il 2.7% ha riferito di avere esclusivamente la licenza media

inferiore. In merito all'occupazione il 55% delle partecipanti riferiva di avere un lavoro (full-time o part-time), il 39.6% delle rispondenti erano studentesse, e il 5.4% delle partecipanti erano disoccupate. La maggior parte delle donne (64.1%) ha riferito di non essere sposata, il 20.9% di essere convivente, il 12% di essere coniugata e il 2.9% delle rispondenti ha dichiarato di essere separata o divorziata.

2.2. Strumenti

Variabili relative alla TCP: intenzioni comportamentali, norme soggettive e controllo comportamentale percepito. Gli strumenti volti a rilevare le intenzioni di eseguire l'autoesame al seno, le norme soggettive e il CCP sono stati costruiti ad hoc per gli scopi dello studio e formulati sulla base di studi precedenti relativi all'operazionalizzazione delle componenti della TCP (Ajzen, 2006).

Al fine di rilevare l'intenzione di eseguire la BSE nei 5 mesi successivi alla compilazione del questionario sono stati utilizzati tre item (e.g., "Nei prossimi cinque mesi eseguirò l'autoesame al seno"). La modalità di risposta era su scala Likert a 5 punti (da 1=completamente in disaccordo a 5=completamente d'accordo). Punteggi elevati indicavano una maggiore intenzione di effettuare la BSE nei mesi successivi. L'alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .90.

La TCP (Ajzen, 1991) postula che le norme soggettive relative ad un determinato comportamento sono frutto del prodotto tra le credenze normative dei referenti salienti e l'importanza ad accondiscendere a tali norme sociali. Nel questionario utilizzato per questo studio, le credenze normative sono state rilevate attraverso 3 item (ad es.: "I miei amici mi consiglierebbero di praticare l'autoesame del seno") con formato di risposta di tipo Likert a 5 punti (da 1 = molto in disaccordo a 5 = molto in accordo). La motivazione ad accondiscendere alla norma sociale è stata anch'essa valutata attraverso 3 item (ad es.: "Per me è importante seguire i consigli dei miei amici") con analogo formato di risposta (da 1 = molto in disaccordo a 5 = molto in accordo). Il punteggio totale delle norme soggettive è stato calcolato attraverso il prodotto dei punteggi relativi alle credenze normative e alla motivazione ad aderire a queste. Alti punteggi alla scala indicavano un'elevata importanza e salienza delle norme soggettive. L'alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .80.

Al fine di misurare la percezione circa la facilità e capacità di eseguire la BSE (i.e., CCP) stati utilizzati tre item (e.g., “Sarebbe facile per me eseguire l’autoesame al seno”). La modalità di risposta era su scala Likert a 5 punti (da 1=completamente in disaccordo a 5=completamente d’accordo). Punteggi elevati indicavano una maggiore percezione di controllo sul comportamento BSE. L’alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .87.

Body Compassion. Al fine di rilevare la *body compassion* è stata utilizzata la versione italiana (Policardo et al., 2021) della *Body Compassion Scale* (BCS; Altman et al., 2017). Lo strumento contiene 23-item valutati su scala Likert a 5 punti (da 1=quasi mai a 5=quasi sempre) che misurano l’atteggiamento di compassion verso il proprio corpo (e.g., “Quando penso alle inadeguatezze del mio corpo, ciò tende a farmi sentire più separata ed esclusa da altre persone”). Punteggi elevati alla scala indicavano una maggiore *body compassion*. L’alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .93.

Body Appreciation. Al fine di rilevare l’apprezzamento corporeo è stata utilizzata la versione italiana (Casale et al., 2021) della *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Lo strumento contiene 10-item valutati su scala Likert a 5 punti (da 1=mai a 5=sempre) che misurano l’apprezzamento che l’individuo prova verso il proprio corpo (e.g., “Sono attento ai bisogni del mio corpo”). Punteggi elevati alla scala indicavano un maggiore apprezzamento nei confronti del proprio corpo. L’alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .95.

Insoddisfazione corporea. Per rilevare l’insoddisfazione corporea generale è stata utilizzata la versione italiana (Matera et al., 2013) del *Body Shape Questionnaire-14* (BSQ-14; Dowson & Henderson, 2001). Lo strumento contiene 14-item valutati su scala Likert a 6 punti (da 1=mai a 6=sempre) che misurano l’insoddisfazione che l’individuo prova rispetto a forma e peso corporeo (e.g., “Essere nuda, come quando faccio il bagno, mi ha fatto sentire una persona grassa”). Punteggi elevati alla scala indicavano una maggiore insoddisfazione rispetto alle proprie forme e peso corporeo. L’alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .95.

Insoddisfazione corporea per il seno. Al fine di misurare l’insoddisfazione corporea specifica verso taglia e dimensioni del proprio seno è stata utilizzata la *Breast Size Rating Scale* (BSRS; Swami et al., 2015). Si tratta di una scala di valutazione composta da 14 silhouette di donne generate al computer che si differenziano solamente per la dimensione del seno (1 =

Figura con la dimensione del seno più piccola, 14 = Figura con le dimensioni del seno più grande). Alle partecipanti è stato chiesto di indicare la figura che meglio rappresentava le dimensioni del proprio seno (“Quale figura rappresenta meglio le dimensioni attuali del suo seno?”) e quella rappresentante le dimensioni del seno ideale (“Qual è la dimensione del seno che le piacerebbe di più avere?”). Per rilevare l’insoddisfazione relativa alle dimensioni del seno è stata calcolata la differenza tra la percezione della dimensione attuale del seno e la dimensione ideale. In tal modo punteggi più alti riflettono una maggiore insoddisfazione per il proprio seno.

Informazioni relative alla BSE. Nella parte iniziale del questionario alle donne è stato chiesto se conoscessero o meno la procedura della BSE e se avessero mai ricevuto una diagnosi di tumore al seno (tali item hanno permesso di verificare se le partecipanti rispettavano i criteri di inclusione). Infine, è stato chiesto di indicare quanto spesso durante l’anno controllavano generalmente il proprio seno.

Indice di Massa Corporea. Le partecipanti hanno riportato la loro altezza e peso, tali dati auto-riferiti sono stati utilizzati per calcolare l’IMC (kg/m^2).

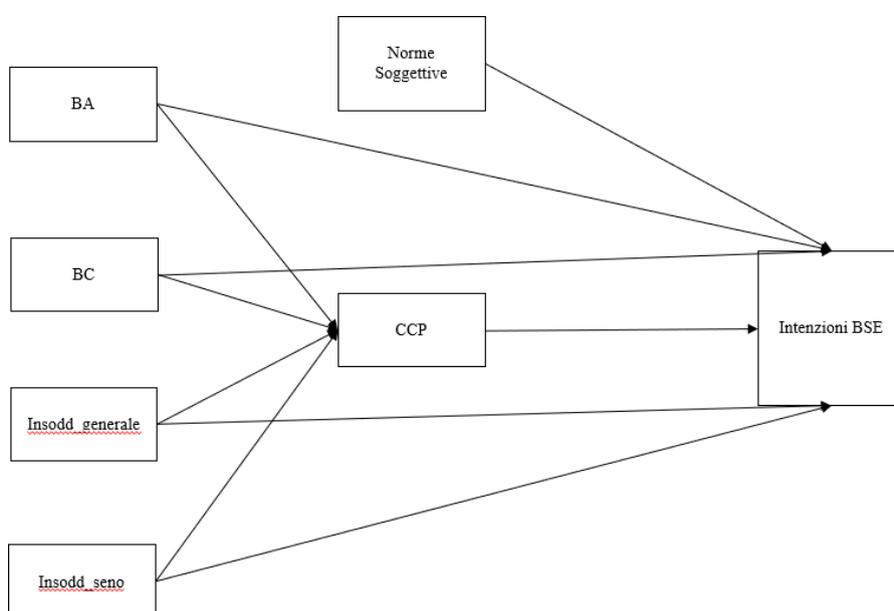
Dati sociodemografici. Infine, è stato chiesto alle partecipanti di indicare il loro anno di nascita (dal quale è stata calcolata l’età anagrafica), il luogo di residenza, il livello di istruzione, lo stato civile e l’occupazione lavorativa.

2.3. Analisi dei dati

Le elaborazioni dei dati sono state eseguite utilizzando i software SPSS e Amos (versione 24; IBM SPSS, Chicago, IL). In primo luogo, sono state calcolate le statistiche descrittive e le correlazioni tra le variabili di interesse al fine di verificare la presenza di eventuali associazioni statisticamente significative ($p < .05$). Al fine di verificare le ipotesi dello studio è stato testato un modello di *path analysis* (vedi figura 2.1.). I prerequisiti per la *path analysis* sono risultati soddisfatti (Streiner, 2005). La procedura di *bootstrap* (Preacher & Hayes, 2008) è stata utilizzata per testare la mediazione, stimando la presenza e la dimensione degli effetti indiretti (Rucker et al., 2011). È stata adottata la procedura di massima verosimiglianza per ottenere le stime dei parametri e sono stati utilizzati i seguenti indici di bontà di adattamento (fit): Chi-quadrato (χ^2/df), *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI); *Incremental Fit Index* (IFI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) con intervallo di

confidenza (IC) del 90% (RMSEA 90% IC) e *Standardized Root Mean Squared Residual* (SRMR). Wheaton e colleghi (1977) raccomandano un valore inferiore o uguale a 5.0 per il modello Chi-Square per un buon fit del modello. Valori di RMSEA e SRMR compresi tra .05 e .08 sono stati considerati rispettivamente indici di buono e moderato adattamento del modello ai dati (Hooper et al., 2008). Valori di CFI, TLI e IFI di .90 e .95 sono stati considerati rispettivamente indici di accettabile e ottimo adattamento del modello ai dati (Hu & Bentler, 1999).

Figura 2.1. Modello ipotizzato



Note. Body Appreciation (BA); Body Compassion (BC); Insoddisfazione corporea generale (Insodd_generale); Insoddisfazione verso forma e dimensioni del seno (Insodd_seno); Controllo Comportamentale Percepito (CCP);

3. Risultati

Per quanto riguarda la BSE, la maggior parte delle rispondenti afferma di aver controllato raramente il proprio seno nell'anno precedente alla somministrazione del questionario (31.8%), il 30.1% dichiara di averlo controllato solo talvolta, il 22.7% spesso, il 13% mai e solo il 2.4% risponde molto spesso. Tutte le partecipanti (100%) hanno riferito di non aver mai ricevuto una diagnosi di tumore mammario (benigno o maligno) e di conoscere la BSE.

La tabella 2.1. mostra le statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, valori minimi e massimi osservati) relative alle variabili oggetto di studio e le correlazioni tra l'IMC, la *body*

appreciation, la *body compassion*, l'insoddisfazione corporea generale, l'insoddisfazione per il proprio seno, le norme soggettive, il controllo comportamentale percepito e le intenzioni di eseguire la BSE.

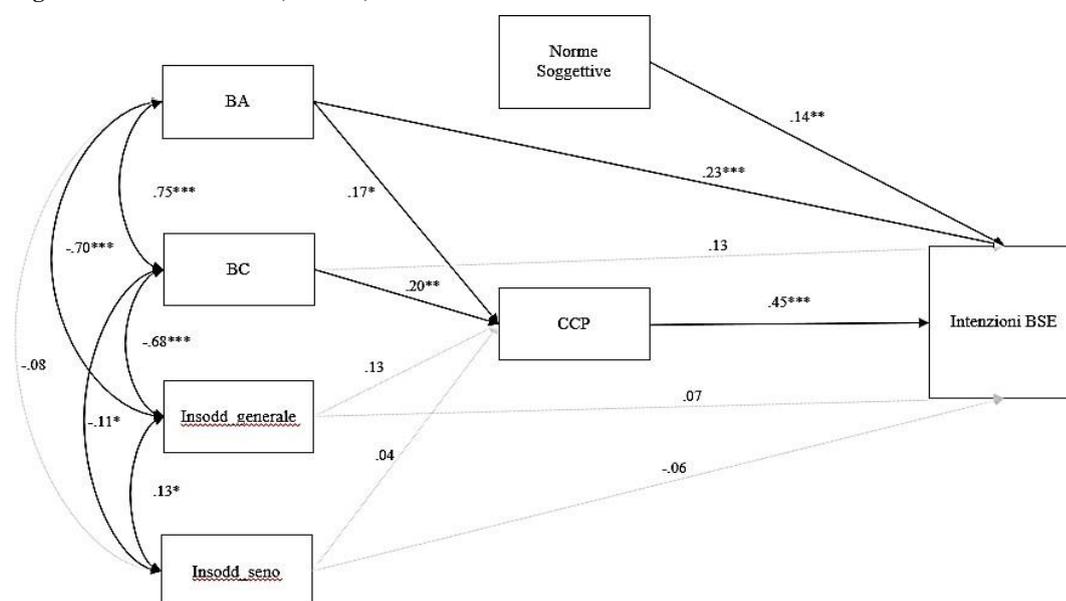
Tabella 2.1. Statistiche descrittive e correlazioni tra le variabili oggetto di studio (N = 409)

	1	2	3	4	5	6	7	8	M _(DS)	Min-Max
1. IMC	-								22.46 _(4.09)	15.43-44.06
2. BA	-.28***	-							3.40 _(.81)	1.30-5
3. BC	-.22***	.74***	-						3.19 _(.80)	1-5
4. Insodd_generale	.46***	-.70***	-.68***	-					2.91 _(1.17)	1-5.93
5. Insodd_seno	.39***	-.08	-.11*	.13**	-				-6.54 _(9.38)	-35-22
6. Norme Soggettive	-.05	.05	.04	.04	.03	-			14.88 _(5.44)	1-25
7. CCP	-.02	.22***	.23***	-.11*	.02	.14**	-		3.69 _(1.06)	1-5
8. Intenzioni BSE	-.09	.19***	.11*	-.06	-.04	.21***	.47***	-	4.19 _(.87)	1-5

Note. Indice di Massa Corporea (IMC); Body Appreciation (BA); Body Compassion (BC); Insoddisfazione corporea generale (Insodd_generale); Insoddisfazione verso forma e dimensioni del seno (Insodd_seno); Controllo Comportamentale Percepito (CCP)
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Per quanto riguarda la *path analysis*, il modello (Figura 2.2) ha mostrato un ottimo adattamento ai dati [$\chi^2_{\text{gdl}} = 2.62$, $p = .02$; RMSEA = .06 (IC = .02; .11); SRMR = .03; CFI = .99; TLI = .96; IFI = .99] e risulta spiegare il 7% della varianza del controllo comportamentale percepito e il 25% della varianza delle intenzioni di eseguire la BSE.

Figura 2.2. Modello finale (N = 409)



Note. Controllo Comportamentale Percepito (CCP); Body Appreciation (BA); Body Compassion (BC); Insoddisfazione corporea generale (Insodd_generale); Insoddisfazione verso forma e dimensioni del seno (Insodd_seno)
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

L'ipotesi HP1 secondo la quale norme soggettive e CCP presentano un'associazione positiva con le intenzioni di eseguire la BSE, risulta confermata. Le norme soggettive e il CCP presentano delle correlazioni statisticamente significative con le intenzioni di eseguire la BSE.

Rispetto all'HP2, l'ipotesi 2a secondo la quale sia *body appreciation* che la *body compassion* si associano in maniera diretta alle intenzioni di eseguire la BSE è parzialmente confermata. Solo la *body appreciation* presenta una relazione diretta statisticamente significativa e positiva con le intenzioni di eseguire la BSE (vedi figura 2.1). L'ipotesi 2b invece risulta confermata, *body appreciation* e *body compassion* risultano associate in modo indiretto, attraverso la mediazione del CCP, con le intenzioni di eseguire la BSE. La procedura di *bootstrapping* (Preacher & Hayes, 2008) ha mostrato che gli effetti indiretti della *body appreciation* e della *body compassion* sull'intenzione di effettuare la BSE attraverso il CCP sono significativi (vedi tabella 2.2.). La percentuale dell'effetto della relazione predittore-esito mediata (cioè, il rapporto tra effetto indiretto ed effetto totale) è del 29% rispetto alla *body appreciation* e del 58% rispetto alla *body compassion*. La *body appreciation* e la *body compassion* presentano delle associazioni positive statisticamente significative con il CCP che

a sua volta risulta correlare in modo positivo e statisticamente significativo con l'intenzione di effettuare l'autoesame.

In merito alla HP3, le ipotesi formulate (3a e 3b) non risultano confermate in quanto l'insoddisfazione corporea generale e quella specifica per il seno non risultano associate con l'intenzione di effettuare l'autoesame né in modo diretto né in modo indiretto, tramite la mediazione del CCP (vedi tabella 2.2.). Le variabili legate all'immagine corporea negativa non presentano alcuna associazione statisticamente significativa né con le intenzioni di eseguire la BSE nè con il CCP.

Tabella 2.2. Effetti indiretti (N = 409)

Effetti Indiretti	ES	95% IC	
		Lower	Upper
BA → CCP → Intenzioni BSE	0.085	0.004	0.154
BC → CCP → Intenzioni BSE	0.080	0.017	0.165
Insodd_corporea → CCP → Intenzioni BSE	0.077	-0.008	0.136
Insodd_seno → CCP → Intenzioni BSE	0.040	-0.025	0.060

4. Discussione e conclusioni

Il presente studio si è proposto di indagare le associazioni, dirette e indirette, tra componenti riguardanti l'immagine corporea negativa (insoddisfazione corporea generale e specifica verso le forme e dimensioni del seno) e positiva (*body appreciation* e *body compassion*) e le intenzioni di effettuare l'autoesame al seno. Utilizzando come framework teorico la TCP (Ajzen, 1991), lo studio si è proposto di confermare l'importanza delle norme soggettive e del controllo comportamentale percepito come determinanti delle intenzioni di eseguire la BSE in linea con lo studio di Mason & White (2008). Infine, con lo scopo di esplorare eventuali associazioni indirette tra immagine corporea e intenzioni di eseguire la BSE è stato ipotizzato il ruolo mediatore del controllo comportamentale percepito nella relazione tra variabili associate all'immagine corporea (negativa e positiva) e intenzioni di effettuare l'autoesame al seno. Lo studio conferma il ruolo delle norme soggettive e del controllo comportamentale percepito nel predire le intenzioni comportamentali, in linea con la TCP, anche per quanto riguarda l'intenzione di eseguire la BSE. Dai risultati del presente studio emerge inoltre chiaramente il ruolo protettivo dell'immagine corporea positiva rispetto alle intenzioni di eseguire la BSE mentre non viene confermato il ruolo predittivo dell'immagine corporea negativa.

Nello specifico, per quanto riguarda l'HP 1 in linea con Mason & White (2008) tali determinanti prossimali risultano predittive delle intenzioni di eseguire la BSE. I risultati confermano il ruolo che l'importanza che la persona attribuisce alle opinioni degli altri significativi (pari, familiari e partner) in merito alla BSE ha un'associazione positiva sulle intenzioni di eseguire la BSE. In, linea con la TCP (Ajzen, 2002) dai risultati si evince come percepirsi in grado di poter eseguire l'autoesame al seno contribuisca in misura considerevole nell'incrementare le intenzioni di effettuare tale screening.

Per quanto riguarda l'HP 2, dai risultati del presente studio emerge che la *body appreciation* si associa in modo sia diretto che indiretto, tramite la mediazione del CCP, con le intenzioni di eseguire la BSE. Un elevato apprezzamento per il proprio corpo sembra predire in modo statisticamente significativo l'attuazione dell'autoesame al seno. In linea con lo studio di Andrew e collaboratori (2016) si potrebbe ipotizzare che la *body appreciation* giochi un ruolo

importante anche nella messa in atto di specifici comportamenti di screening per il cancro al seno focalizzati su un'analisi dettagliata del proprio corpo, come la BSE, per cui le donne che apprezzano maggiormente il proprio corpo sembrano essere anche più motivate a prendersene cura e quindi ad attuare quelle pratiche di prevenzione che possano permettere di individuare precocemente una difformità nel proprio seno. Tuttavia, dai risultati del presente studio emerge come nella relazione tra *body appreciation* e intenzioni giochi un importante ruolo anche il CCP. Le donne che apprezzano il proprio corpo e trattano questo ultimo con cura e attenzione, percepiscono di avere un maggior controllo sul comportamento dell'autoesame al seno ritenendosi capaci di eseguirlo e dunque maggiormente intenzionate a metterlo in atto.

Per quanto riguarda la *body compassion*, l'HP2 risulta solo parzialmente confermata. La *body compassion* risulta infatti associata in modo positivo e statisticamente significativo con le intenzioni di eseguire la BSE solo indirettamente attraverso il controllo comportamentale percepito. Tale risultato ci suggerisce che un atteggiamento di accettazione e consapevolezza non giudicante nei confronti delle proprie inadeguatezze e difetti corporei percepiti (i.e., *body compassion*) non si associ di per sé con l'intenzione di eseguire l'autoesame, ma piuttosto sembra contribuire positivamente alla percezione delle partecipanti circa le proprie capacità di mettere in atto la BSE (i.e., controllo comportamento percepito) che a sua volta si associa ad una maggiore intenzione di eseguire l'autoesame nei mesi successivi alla somministrazione. È possibile ipotizzare che tale sentimento di accettazione e consapevolezza non giudicante del proprio corpo possa fungere da catalizzatore verso un'aumentata percezione delle proprie capacità e competenze nell'eseguire la BSE che a sua volta incrementa le intenzioni di eseguirla. Tale risultato potrebbe spiegare le associazioni significative emerse in alcuni studi preliminari (Beadle, 2020; Oliveira et al., 2018) che suggeriscono come livelli elevati di *body compassion* si associno a maggiori intenzioni di attuare comportamenti volti a migliorare il proprio stato di salute (e.g., svolgere attività fisica regolare, ridurre i comportamenti alimentari disfunzionali).

Una considerazione da fare è sulla ridotta quantità di varianza spiegata dalle variabili associate all'immagine corporea rispetto al controllo comportamentale percepito. Queste variabili, infatti, spiegano solo il 7% della variabilità del controllo comportamentale percepito, è importante sottolineare, in accordo con la letteratura sulla TCP (e.g., Ajzen, 2002) che sulla percezione di essere in grado o meno di mettere in atto un comportamento, in questo caso la

BSE, possono influire molti altri fattori individuali (e.g., comportamento passato, autoefficacia, autostima, tratti di personalità) mentre nel nostro studio all'interno del modello sono state considerate esclusivamente le variabili riguardanti l'immagine corporea.

Per quanto riguarda il ruolo dell'immagine corporea negativa (insoddisfazione corporea generale e per il seno), la terza ipotesi del presente studio (HP3), secondo la quale elevati livelli di insoddisfazione corporea generale e specifica per il seno sarebbero associati alle intenzioni di eseguire la BSE direttamente e indirettamente, attraverso la mediazione del controllo comportamentale percepito, non è stata confermata. Contro intuitivamente, emerge che, entrambi i tipi di insoddisfazione, non sembrano presentare alcuna associazione significativa né con il CCP né con le intenzioni. È possibile ipotizzare che le preoccupazioni relative alle caratteristiche del proprio corpo in termini di magrezza e quelle relative alla taglia e alla dimensione del proprio seno non sembrano rappresentare, per le partecipanti, delle credenze salienti rispetto alla percezione di controllo sull'attuazione dell'autoesame al seno né tanto meno rispetto all'intenzione di effettuare tale screening. Questi risultati in parte si discostano sia dalla letteratura esistente in merito alla relazione tra insoddisfazione corporea generale e intenzione di effettuare la BSE (e.g., Samah & Ahmadian, 2014) sia rispetto ai risultati del recente studio di Swami & Furnham (2018) che identifica nell'insoddisfazione corporea verso la taglia e dimensione del proprio seno un importante fattore di ostacolo nella messa in atto dell'autoesame al seno. Una possibile giustificazione di tale risultato potrebbe essere ricondotta al modo in cui, nel presente studio e in altri studi, è stata operazionalizzata la variabile relativa all'insoddisfazione corporea. La scala utilizzata nel presente studio (BSQ-14) misura le preoccupazioni riferite al proprio corpo associate all'ideale di magrezza, ovvero le preoccupazioni riferibili all'aumento di peso e al non avere un corpo magro e snello (e.g., item "Sono stata così preoccupata per la mia linea da sentire la necessità di mettermi a dieta"). Nello studio di Samah & Ahmadian (2014), dal quale è emersa un'associazione negativa tra insoddisfazione corporea verso il proprio corpo e intenzioni di eseguire la BSE, la soddisfazione/insoddisfazione verso l'aspetto fisico è stata misurata attraverso il *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ; Brown et al., 1990), strumento che copre un raggio molto ampio di aree associate all'aspetto fisico rispetto alle quali si chiede alla persona di dare una valutazione. È quindi possibile che la valutazione generale del proprio

possa risultare associata in modo maggiore alle intenzioni di eseguire la BSE rispetto alle sole preoccupazioni associate alla magrezza giustificando l'assenza, nel presente studio, di una relazione statisticamente significativa tra il livello di insoddisfazione corporea manifestata dalle partecipanti e la loro intenzione di effettuare la BSE.

I risultati del presente studio contribuiscono ad un avanzamento teorico circa l'individuazione dei predittori implicati nelle intenzioni delle giovani donne italiane di eseguire la BSE, e conseguentemente, su quali fattori far leva per incrementare la messa in atto di tale comportamento. Tuttavia, lo studio non è esente da limiti, in primo luogo, è possibile che l'IMC, seppur non presenti delle associazioni statisticamente significative con le variabili criterio oggetto dello studio, possa rappresentare un indice in grado di influenzare le relazioni emerse in particolare considerata la presenza di alcuni valori outliers. Sebbene le misure volte a rilevare le variabili relative alla TCP (intenzioni comportamentali, norme soggettive e controllo comportamentale percepito), siano state costruite ad hoc sulla base di studi precedenti (Ajzen, 2006), studi futuri potrebbero verificare la validità di costruito di tale misure. In secondo luogo, è stata misurata l'intenzione di effettuare la BSE, ma non il comportamento effettivo. Studi prospettici potrebbero esaminare la relazione tra l'intenzione di effettuare la BSE e l'effettivo comportamento. In terzo luogo, per lo studio è stato reclutato un campione di convenienza (donne dai 20 anni in su che avevano delle conoscenze pregresse rispetto alla BSE e che non avevano mai ricevuto una diagnosi di tumore mammario); quindi, i risultati ottenuti non sono generalizzabili all'intera popolazione. Potrebbe essere interessante svolgere ulteriori studi volti a confrontare donne che hanno avuto un tumore al seno (sia benigno che maligno) e donne che non hanno mai ricevuto una diagnosi di tumore al seno per esplorare l'effetto che un tale tipo di esperienza può esercitare sulle intenzioni di effettuare con regolarità l'autoesame al seno. In quarto luogo, l'uso di un disegno trasversale preclude la possibilità di ipotizzare relazioni causali tra immagine corporea positiva e BSE. Infine, tale studio ha preso in considerazione esclusivamente donne giovani adulte di nazionalità italiana. Dato che le specificità culturali sono un fattore importante da considerare quando si analizzano variabili legate all'immagine corporea, dalle preoccupazioni per peso e forma corporea (Becker, 2018) agli aspetti positivi e funzionali dell'immagine corporea (Watson et al., 2019), studi futuri potrebbero indagare se le variabili associate all'immagine corporea positiva, risultate significative nel presente studio,

abbiano lo stesso ruolo positivo e significativo su percezione di controllo sul comportamento e intenzioni di eseguire la BSE anche in altri contesti culturali.

Lo studio presenta alcuni aspetti teorico-applicativi di particolare rilevanza. In primo luogo, i risultati confermano l'importanza che, in linea con la TCP, sia il contesto sociale (e.g., norme soggettive) in cui sono inserite le partecipanti sia la percezione del controllo comportamentale hanno rispetto all'intenzione di eseguire la BSE. In secondo luogo, i risultati ottenuti confermano e ampliano la concettualizzazione teorica sull'immagine corporea positiva e i suoi legami con outcomes comportamentali associati alla salute. Da una parte viene confermato, in linea con precedenti studi (e.g., Andrew et al., 2016; Ridolfi & Crowther, 2013;), l'importante ruolo positivo della *body appreciation* nella messa in atto di alcuni comportamenti di prevenzione e screening oncologici. Dall'altra, i risultati dello studio introducono un'evidenza innovativa circa l'associazione che livelli elevati di *body compassion*, intesa come atteggiamento di accettazione e consapevolezza non giudicante del proprio corpo (Altman et al., 2017), hanno con l'aumentata percezione di essere in grado di eseguire l'autoesame al seno e, attraverso tale percezione di controllo comportamentale, con una maggiore intenzione di eseguire la BSE. In conclusione, i risultati del presente studio, enfatizzano il ruolo che gli aspetti positivi associati alla cura e al rispetto del proprio corpo, come l'apprezzamento per il proprio corpo e per le sue caratteristiche uniche (i.e., *body appreciation*) e la tolleranza e accettazione dei propri limiti e inadeguatezze corporee (i.e., *body compassion*), hanno nello spiegare maggiori livelli di sicurezza e competenza percepiti relativi all'esecuzione della BSE (i.e., controllo comportamentale percepito) unitamente a maggiori intenzioni di mettere in atto tale comportamento preventivo.

Da un punto di vista applicativo, tali evidenze potrebbero risultare utili come preliminari linee guida operative circa la progettazione di interventi volti ad incrementare la compliance all'autoesame al seno. Interventi di promozione della salute volti ad aumentare l'aderenza verso l'autoesame al seno potrebbero, in primo luogo, considerare l'importanza che gli altri significativi (pari, partner, famiglia) e la percezione di essere in grado di eseguire il comportamento hanno nel favorire maggiori intenzioni di eseguire la BSE. Al tal fine, interventi futuri potrebbero considerare di progettare comunicazioni sanitarie pubbliche (in setting gruppal) che, facendo leva sui referenti salienti delle giovani donne, incoraggino la percezione

che la BSE è un comportamento, non solo facile da eseguire e poco costoso (i.e., controllo comportamentale percepito), ma anche condiviso e approvato dalla maggior parte delle persone (i.e., norme soggettive). In secondo luogo, gli interventi di promozione della salute potrebbero porsi come obiettivo anche l'implementazione di strategie volte a potenziare/sviluppare un'immagine corporea positiva. Le donne giovani e adulte potrebbero essere esplicitamente incoraggiate ad accettare e apprezzare il proprio corpo, considerando non solo gli aspetti estetici e strutturali di questo, ma soprattutto prestando attenzione agli aspetti associati alle caratteristiche uniche del proprio corpo, promuovendo anche una maggiore consapevolezza e accettazione dei limiti e delle inadeguatezze corporee percepite, con lo scopo ultimo di sviluppare una relazione di cura nei confronti del proprio corpo che possa esplicarsi in una maggiore percezione relativa alle capacità di eseguire il comportamento target e ad una maggiore adesione alle pratiche di prevenzione della salute in generale. Un rinnovato focus sulle caratteristiche diverse ma uniche che ogni corpo ha, piuttosto che su come il corpo appare (e.g., diverso e non conforme a quello idealizzato dalla società), potrebbe essere un utile strategia per rendere l'individuo più connesso con i bisogni specifici del proprio corpo incrementando i comportamenti volti alla cura e al rispetto di sé (Tylka, 2011), come ad esempio la BSE, riducendo gli elevati tassi di non adesione a tale buona prassi.

STUDIO 3

Benessere e flessibilità psicologica nelle donne che hanno avuto un tumore al seno: il ruolo dell'immagine corporea.

1. Introduzione

Il cancro al seno è attualmente il tumore più frequentemente diagnosticato nel mondo (Sung et al., 2021) e anche in Italia confermandosi come il carcinoma maggiormente diffuso nella popolazione femminile (AIRTUM, 2020); esso rappresenta la causa più frequente di decessi causati da carcinoma nelle donne in Europa (Wojtyla et al., 2021). Le tendenze epidemiologiche indicano un continuo aumento dell'incidenza e prevalenza del tumore al seno nella popolazione femminile che rappresenta un sostanziale problema di salute pubblica mondiale (Wojtyla et al., 2021). Tuttavia, grazie ai programmi di prevenzione secondaria volti a favorire una diagnosi precoce del carcinoma mammario, unitamente a efficaci tecniche di trattamento, i tassi di mortalità sono diminuiti e la percentuale di sopravvivenza a 5 anni è drasticamente aumentata. In particolare, sono i progressi significativi nel trattamento, tra cui la chirurgia e le terapie adiuvanti (e.g., radioterapia, chemioterapia, ormonoterapia), a consentire alle donne che hanno ricevuto una diagnosi di tumore al seno di vivere una vita post-trattamento più lunga (Siegel et al., 2020).

Tuttavia, adattarsi ai cambiamenti corporei conseguenti a tali trattamenti è una sfida d'adattamento complessa per le donne sopravvissute al tumore al seno perché tali cambiamenti corporei possono essere fisicamente ed emotivamente molto invalidanti (Chen et al., 2012). La combinazione di trattamenti chirurgici e terapia adiuvante spesso porta a cambiamenti fisici pervasivi e debilitanti nel corpo della donna, come la perdita di uno o entrambi i seni, cicatrici, perdita dei capelli, alopecia e aumento di peso (Helms et al., 2008; Knobf, 2015). Quando le donne subiscono questi cambiamenti nel loro aspetto fisico, sono a rischio di sperimentare insoddisfazione corporea e conseguenze psicologiche negative ad essa associate. Molte ricerche hanno evidenziato che le donne sopravvissute al cancro al seno (*breast cancer survivors*) che sperimentano alti livelli di insoddisfazione corporea si percepiscono come poco attraenti e non femminili (Buki et al., 2016; Chuang et al., 2017; Sun et al., 2018), sperimentano un'alta vergogna corporea (Fang et al., 2014; Moreira & Canavaro, 2010), un'elevata sintomatologia

depressiva (Aguado Loi et al., 2013; Begovic-Juhant et al., 2012; Christie et al., 2010) e in generale una minore qualità della vita (vedi review Mokhatri-Hesari & Montazeri, 2020). Pertanto, sebbene il numero delle donne che sopravvivono al cancro al seno aumenti ogni anno, il trattamento che ha permesso loro di guarire, le colloca in una posizione di alto rischio rispetto allo sviluppare un' aumentata insoddisfazione verso il proprio corpo che va ad influire sui loro livelli di qualità della vita e funzionamento psicosociale.

La maggior parte della ricerca su insoddisfazione corporea e qualità della vita nelle *breast cancer survivors* si è concentrata prevalentemente sulle donne giovani. L'attenzione empirica data alle donne definite come *young breast cancer survivors* (Davis et al., 2020) è spesso associata all'idea secondo la quale una diagnosi di tumore al seno ricevuta in giovane età è più traumatica di una diagnosi più tardiva (in età adulta), unitamente alla considerazione secondo la quale l'importanza data all'aspetto estetico (e.g., salienza motivazionale dell'immagine corporea) sia un valore maggiormente importante nelle donne più giovani rispetto alle donne più anziane (Miaja et al., 2017; Brenner et al., 2016). Dalla recente review di Davis e collaboratori (2020) su immagine corporea nelle *old breast cancer survivors*, tuttavia, è emerso come i tassi di insoddisfazione corporea risultino molto elevati anche in questa specifica popolazione. I ricercatori suggeriscono pertanto di sviluppare ulteriori studi empirici volti ad analizzare l'importanza che l'immagine corporea riveste su qualità della vita e benessere anche nelle *old breast cancer survivors*.

Per quanto riguarda le conseguenze dell'immagine corporea negativa (intesa come insoddisfazione corporea e vergogna corporea) sul piano della qualità della vita nelle giovani donne sopravvissute al cancro al seno dall'analisi della letteratura emerge una cospicua mole di studi condotti sia in ambito internazionale (vedi review Paterson et al., 2016) che nazionale (vedi review Sebri et al., 2021) che evidenzia una stretta associazione tra preoccupazioni croniche riguardanti la propria immagine corporea e una diminuita qualità della vita. Tale focus empirico sull'immagine corporea negativa però ha limitato la conoscenza del legame tra il rapporto che le donne, che hanno ricevuto un trattamento per il tumore al seno, hanno con il proprio corpo e il benessere, in quanto non viene considerato il potenziale ruolo di alcuni aspetti relativi all'immagine corporea positiva, quali l'apprezzamento della funzionalità corporea (e.g., sono grata per la salute del mio corpo, anche se non è sempre in salute come mi piacerebbe che fosse)

o l'accettazione consapevole del proprio corpo nonostante limiti e inadeguatezze fisiche percepite (sono accettante nei confronti dei difetti e inadeguatezze del mio corpo). Solo recentemente gli studiosi si sono occupati di indagare aspetti caratterizzanti e associati all'immagine corporea positiva nelle *breast cancer survivors*. A tale riguardo, uno studio ha evidenziato che il livello di *body appreciation* di un campione di donne sopravvissute al cancro al seno era correlato negativamente con disturbi dell'immagine corporea, distress psicologico e positivamente con la *self-compassion* (Przedziecki & Sherman, 2016). In linea con tali risultati, da due studi qualitativi (Brunet et al., 2013; Chuang et al., 2017) è emerso come le donne sopravvissute al tumore al seno che si preoccupavano meno delle caratteristiche del loro corpo "alterate" dalla malattia, focalizzando la loro attenzione maggiormente su funzioni e sensazioni corporee, hanno potuto sperimentare nel tempo una maggiore accettazione di se stesse e della propria immagine corporea. Gli studiosi hanno suggerito che promuovere un'immagine corporea positiva, includendo aspetti relativi alla compassione e alla funzionalità corporea, può aiutare le donne sopravvissute al cancro al seno ad apprezzare ed accettare i propri corpi e, di conseguenza, a migliorare il proprio benessere generale (e.g., Przedziecki & Sherman, 2016).

Tra gli indicatori di benessere particolarmente utili da rilevare e considerare nel contesto della malattia cronica e/o traumatica emergono il benessere psicologico eudaimonico (Ryff, 1989) e la flessibilità psicologica (Hayes et al., 2012). Studi longitudinali hanno visto come il benessere eudaimonico abbia una relazione significativa con una migliore salute fisica, compresa la riduzione della percentuale di mortalità per varie condizioni mediche (e.g., problemi cardiovascolari) (Hill & Turiano, 2014; Steptoe et al., 2015). Secondo Ryff (1989), livelli ottimali di benessere psicologico derivano dall'essere pienamente impegnati in attività della vita associate all'essere indipendenti, all'avere uno scopo nella vita, all'auto-accettazione, alla crescita e sviluppo personale, nonché all'avere relazioni positive con gli altri ed esperire un senso di padroneggiamento del proprio ambiente. Il benessere psicologico, dunque, si riferisce generalmente ad un processo dinamico di adattamento al proprio contesto di vita che esalta i bisogni di autonomia e autorealizzazione che ogni individuo possiede, ma che in momenti di difficoltà (fisica e/o psicologica) potrebbe essere minato (Ryff & Singer, 2008). Tale visione del benessere, rispetto agli indici relativi alla sola qualità della vita (e.g., salute fisica, status socioeconomico, relazioni sociali), fornisce una visione più ampia della salute delle persone che

hanno vissuto e vivono un contesto di malattia cronica, come il cancro al seno (Abu-Helalah et al., 2014; Gochett, 2015). Il benessere psicologico eudaimonico potrebbe essere minato nelle *breast cancer survivors*. Tale popolazione specifica di donne ha dovuto affrontare una moltitudine di sfide fisiche, psicologiche e sociali, derivanti dall'aver ricevuto una diagnosi di carcinoma mammario e dall'essere state sottoposte ad importanti trattamenti volti alla guarigione, che possono aver comportato importanti difficoltà di adattamento al contesto di vita post-trattamento, inevitabilmente modificato dall'esperienza del cancro al seno (Gochett, 2015). Dato che dall'analisi della letteratura recente emerge come l'immagine corporea positiva sia strettamente associata a tale tipologia di benessere nella popolazione generale (Swami et al., 2018), e che nelle donne sopravvissute al tumore al seno tale benessere è fortemente minato dall'esperienza del cancro al seno (Abu-Helalah et al., 2014; Gochett, 2015) potrebbe essere importante indagare come l'immagine corporea positiva delle *breast cancer survivors*, che hanno vissuto un'esperienza di vita così importante dal punto di vista fisico ed emotivo, quale quella di aver ricevuto una diagnosi di tumore al seno ed essere sopravvissute ad esso in seguito a vari trattamenti oncologici, incida su variabili quali il benessere psicologico eudaimonico.

Dall'analisi della letteratura è emerso come nelle persone che hanno avuto una diagnosi oncologica (Ciarrochi et al., 2011; Hulbert-Williams & Storey, 2016) e in misura maggiore nelle donne che hanno avuto un cancro al seno (Mohabbat-Bahar et al., 2015; Montazer et al., 2017; Montiel et al., 2016), oltre al benessere psicologico, risulta compromessa anche la flessibilità psicologica. Tale concetto si riferisce alla capacità (flessibilità) o incapacità (inflexibilità) di un individuo di sperimentare contenuti interiori spiacevoli in modo accettante e non giudicante, essendo consapevoli delle proprie esperienze nel momento presente, mentre ci si impegna a raggiungere obiettivi di vita in linea con i propri valori (Levin et al., 2014). La flessibilità psicologica è considerata dagli studiosi dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes et al., 2012) il principale obiettivo di salute da raggiungere attraverso il trattamento; secondo tale approccio la sofferenza delle persone sarebbe dovuta ad un'inflexibilità psicologica che spinge ad optare per strategie di problem solving che si rivelerebbero disfunzionali, perdendo la capacità di agire nel momento presente, cercando di evitare pensieri negativi o emozioni dolorose.

Per quanto ne sappiamo, nessuno studio finora ha analizzato la relazione tra immagine corporea (negativa e positiva) e inflessibilità psicologica nelle *breast cancer survivors*. Tuttavia, dalla letteratura emerge come aiutare la persona, attraverso interventi *compassion-based*, a considerare ed accettare le inevitabili esperienze di dolore e disagio derivanti dagli eventi di vita ivi compresi pensieri spiacevoli su di sé e sensazioni corporee negative risultano aumentare la flessibilità psicologica e ridurre l'evitamento esperienziale (Hayes et al., 2012; Webb et al., 2015). Dunque, è possibile ipotizzare come la soddisfazione corporea, l'apprezzamento per le proprie competenze e funzionalità corporee (i.e., *functionality appreciation*) insieme ad un atteggiamento di accettazione e non giudizio delle proprie inadeguatezze fisiche percepite (i.e., *body compassion*) possano aiutare le donne che sono sopravvissute al tumore al seno ad essere maggiormente capaci di stare in contatto con pensieri ed emozioni negative (i.e. flessibilità psicologica).

1.1 Il presente studio

Lo scopo generale del presente studio è stato quello di comprendere il ruolo della percezione della propria immagine corporea (includendo aspetti negativi e positivi) rispetto alla salute individuale in donne sopravvissute al cancro al seno. Nello specifico lo studio si è proposto di indagare il ruolo predittivo svolto da alcune componenti dell'immagine corporea positiva (i.e., *functionality appreciation* e *body compassion*) e negativa (i.e., insoddisfazione corporea specificatamente legata agli effetti del trattamento oncologico) rispetto ai livelli di benessere psicologico eudaimonico e inflessibilità psicologica di un gruppo di donne italiane a cui è stato diagnosticato un tumore al seno e che hanno terminato i trattamenti post-tumorali da almeno 5 anni.

In particolare, è stato ipotizzato che:

HP 1: la *functionality appreciation* e la *body compassion* svolgano un ruolo predittivo positivo rispetto al benessere psicologico e negativo rispetto all'inflessibilità psicologica.

HP 2: l'insoddisfazione corporea svolga un ruolo predittivo negativo rispetto al benessere psicologico e positivo rispetto all'inflessibilità psicologica.

HP 3: le dimensioni dell'immagine corporea positiva (i.e., *functionality appreciation* e *body compassion*) risultano predire entrambe le variabili criterio (i.e., benessere e inflessibilità psicologica) anche al netto dell'insoddisfazione corporea.

2. Metodo

2.1. Partecipanti e procedure

Le partecipanti sono state reclutate attraverso un invito a partecipare alla survey diffuso online tramite piattaforme social (Facebook, Instagram, LinkedIn). I criteri di inclusione sono stati l'essere donna, aver ricevuto una diagnosi di tumore al seno e aver terminato il trattamento per il cancro al seno da almeno 5 anni. Tale finestra temporale è stata stabilita da una recente review condotta in Italia da Marzorati e collaboratori (2017) che identifica la soglia dei 5 anni dalla fine del trattamento come cut-off necessario per definire una donna *breast cancer survivors*. La partecipazione all'indagine prevedeva la disponibilità a compilare un questionario online, contenente le misure relative alle variabili oggetto di studio. Alle partecipanti veniva richiesto di partecipare, in modo volontario, ad una ricerca concernente la raccolta di opinioni e abitudini relative al proprio corpo e al benessere psicologico delle donne che hanno superato la fase critica della malattia ovvero che al momento della partecipazione allo studio siano guarite dal tumore al seno. Il tempo medio di compilazione è stato di 20 minuti circa. La partecipazione allo studio è stata volontaria e non sono stati offerti incentivi alle intervistate. Ogni partecipante è stata informata, attraverso consenso informato e informativa della privacy, che i dati forniti sarebbero stati mantenuti riservati e le risposte sarebbero state registrate in modo anonimo. Ogni partecipante ha fornito il consenso informato a partecipare alla ricerca prima di compilare il questionario. Il Comitato Etico dell'Università di Firenze ha approvato la procedura dello studio (*Prot. n. 0109254/145*).

Il campione era composto da 114 donne italiane di età compresa tra i 39 e i 81 anni ($M = 55.69$, $DS = 9.13$). L'IMC medio delle partecipanti era di 25.43 kg/m^2 ($DS = 5.16$). Tutte le partecipanti erano di nazionalità italiana. La maggior parte delle partecipanti (50.9%) ha dichiarato di vivere in regioni del centro Italia, il 28.1% nel nord Italia; il 21.1% nel sud Italia e nelle isole. Per quanto riguarda l'istruzione, il 48.2% del campione ha dichiarato di avere

ottenuto un diploma di scuola media superiore, il 21.9% possedeva una laurea specialistica/magistrale e il 16.7% una laurea triennale, l'8.8% ha riferito di avere esclusivamente la licenza media inferiore e il 2.6% la licenza elementare, solo l'1.8% ha riferito di avere un titolo formativo di alta specializzazione (PhD o Scuole di Specializzazione post-lauream). In merito all'occupazione l'84.20% ha dichiarato di avere un lavoro (60.5% contratto full-time, 21.9% part-time, 1.8% lavoro saltuario), il 7.9% di essere pensionata, il 7% erano disoccupate e solo lo 0.9% erano casalinghe. La maggior parte delle donne (60.5%) ha riferito di essere sposata, il 19.3% delle rispondenti ha dichiarato di essere separata o divorziata, l'8.8% conviveva, il 7.9% riferiva di essere nubile, solo il 3.5% riferiva di essere vedova.

Rispetto alle informazioni relative alla diagnosi e trattamento del tumore al seno. La maggior parte delle donne (65.8%) ha riferito di aver terminato il trattamento da un periodo compreso tra 5 e 10 anni, il 34.2% ha dichiarato di aver terminato il trattamento da più di 10 anni. Alla maggior parte delle donne è stato diagnosticato un tipo di carcinoma invasivo (82.5%) mentre al 17.5% delle partecipanti è stato diagnosticato un carcinoma non invasivo. L'86.8% delle partecipanti ha riferito che, al momento della diagnosi e in corso di trattamento, erano già in menopausa (di queste il 47.5% si trovava nel periodo post-menopausale; il 45.5% si trovava in una condizione di menopausa dovuta al trattamento oncologico; il 7.5% si trovava in un periodo pre-menopausale), il 13.2% invece ha dichiarato che al momento del trattamento non era in menopausa.

Tutte le partecipanti hanno dichiarato di essere state sottoposte ad un intervento chirurgico quale trattamento primario per il tumore al seno. Nel grafico in figura 3.1. sono riportate le percentuali relative ai vari trattamenti chirurgici a cui sono state sottoposte. Nel grafico in figura 3.2. sono presentate le percentuali associate alle varie tipologie di trattamento adiuvante post-trattamento chirurgico a cui le donne si sono sottoposte. I trattamenti adiuvanti potevano essere singoli o combinati. Solo il 14.9% riferisce di aver avuto una recidiva dopo il trattamento, mentre l'85.1% delle donne non ha avuto recidive.

Figura 3.1. Percentuali relative alle tipologie di trattamento chirurgico a cui si sono state sottoposte le partecipanti allo studio (N=114)

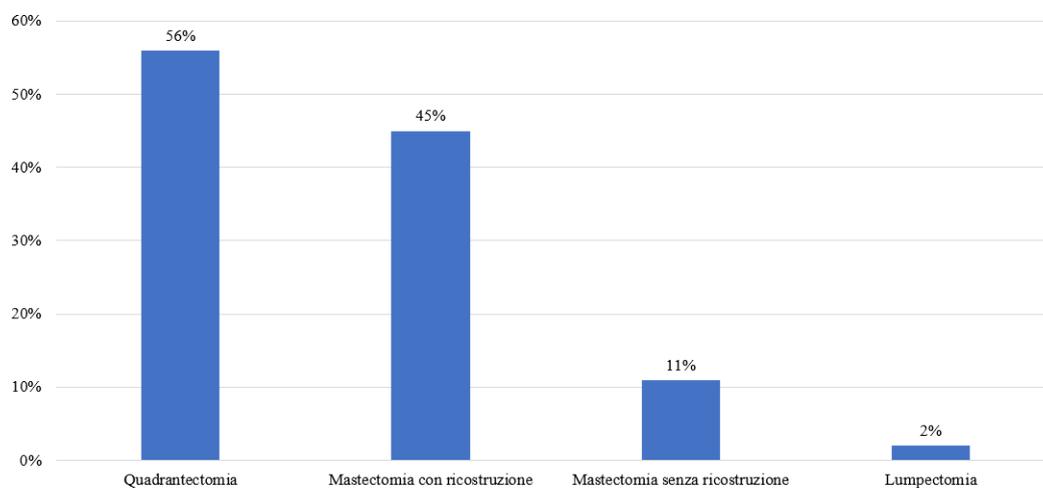
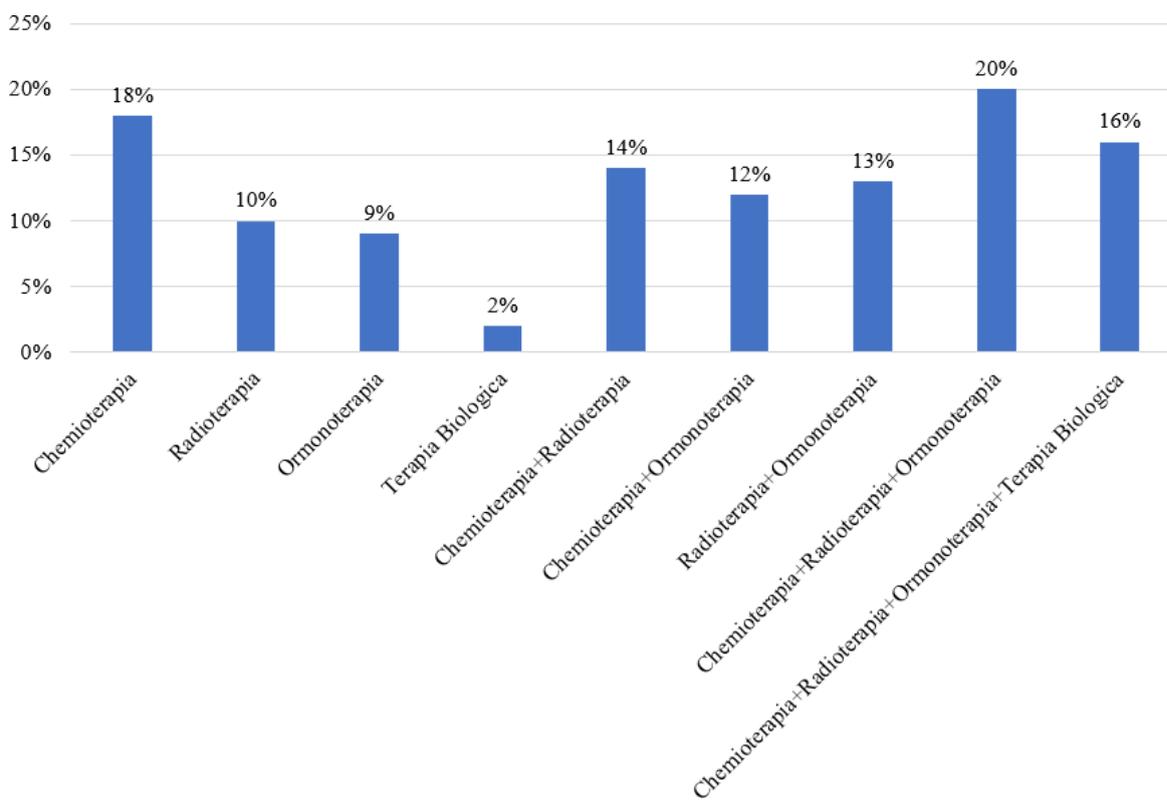


Figura 3.2. Percentuali relative alle tipologie di trattamento adiuvante (singolo o combinato) a cui si sono state sottoposte le partecipanti allo studio (N=114)



2.2. Strumenti

Insoddisfazione corporea nelle donne che hanno avuto un tumore al seno. Al fine di rilevare l'insoddisfazione corporea delle partecipanti è stata utilizzata la versione italiana (Cheli et al., 2016) della *Body Image Scale* (BIS; Hopwood et al. 2001) che misura l'insoddisfazione corporea nelle donne che hanno affrontato un trattamento medico per una malattia invalidante. La scala è composta da 10 item (e.g., “Si è sentita meno attraente fisicamente a causa della malattia o del trattamento?”) su scala Likert a 4 punti (da 1=mai a 4=molto). Elevati punteggi alla scala indicano elevati livelli di insoddisfazione corporea. L'alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .94.

Functionality Appreciation. Al fine di rilevare l'apprezzamento per le proprie funzionalità corporee è stata utilizzata la versione italiana (Cerea et al., 2021) della *Functionality Appreciation Scale* (FAS; Alleva et al., 2017) volta a misurare l'apprezzamento che la persona prova per ciò che il proprio corpo fa e può fare. La scala è composta da 7 item (e.g., “Sento che il mio corpo fa molto per me”) su scala Likert a 5 punti (da 1=fortemente in disaccordo a 5=fortemente d'accordo). Elevati punteggi indicano elevati livelli di apprezzamento per la funzionalità corporea. L'alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .90.

Body Compassion. Al fine di misurare la *body compassion* è stata utilizzata la versione italiana (Policardo et al., 2021) della *Body Compassion Scale* (BCS; Altman et al., 2017). La scala è composta da 23-item su scala Likert a 5 punti (da 1=quasi mai a 5=quasi sempre) che misurano l'atteggiamento di compassion verso il proprio corpo (e.g., “Quando penso alle inadeguatezze del mio corpo, ciò tende a farmi sentire più separata ed esclusa da altre persone”). Punteggi più alti indicano una maggiore *body compassion*. L'alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di =.93.

Benessere Psicologico Eudaimonico. Per rilevare il benessere psicologico eudaimonico è stata utilizzata la versione italiana (Sirigatti et al., 2009) della *Ryff Psychological Well-Being-18* (RPWB-18; Ryff, 1989). La scala è composta da 18 item (e.g., “Per me la vita è stata un continuo processo di apprendimento, cambiamento e crescita”) valutati su scala Likert a 6 punti (1 = completamente in disaccordo; 6 = completamente d'accordo). L'RPWB-18 valuta il benessere psicologico in sei domini: auto-accettazione, relazioni positive con gli altri, autonomia, padronanza ambientale, scopo nella vita e crescita personale. Nel presente studio è

stato utilizzato il punteggio totale che indica una stima del benessere psicologico eudaimonico. Punteggi più alti indicano un maggiore benessere psicologico eudaimonico. L'alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .89.

Inflessibilità Psicologica. Al fine di rilevare l'inflessibilità psicologica (evitamento esperienziale) è stata utilizzata la versione italiana (Pennato et al., 2013) dell'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) (Bond et al., 2011). Questa scala è composta da 7 item (e.g., “Le preoccupazioni mi impediscono di riuscire bene nella vita”) valutati su scala Likert a 7 punti (1 = non è mai vero; 7 = è sempre vero). Gli item si riferiscono ad una tendenza psicologica a reagire ai propri pensieri ed eventi di vita negativi in maniera rigida mettendo in atto comportamenti di evitamento esperienziale che conducono ad un ridotto funzionamento nella vita quotidiana. Punteggi più alti corrispondono ad una maggiore inflessibilità psicologica. L'alpha di Cronbach della scala nel presente studio era di .93.

Indice di Massa Corporea. Le partecipanti hanno riportato la loro altezza e peso, tali dati auto-riferiti sono stati utilizzati per calcolare l'IMC (kg/m^2).

Domande relative al tumore al seno. Alle donne è stato chiesto di indicare l'anno in cui hanno ricevuto la diagnosi di tumore al seno, il tipo di cancro diagnosticato (invasivo o non invasivo), se al momento della diagnosi si trovavano in menopausa, l'anno in cui hanno terminato il trattamento, se dopo il trattamento avessero avuto delle recidive ed infine che tipo di trattamento chirurgico e adiuvante avessero ricevuto.

Dati sociodemografici. Le partecipanti hanno indicato inoltre il loro anno di nascita (a partire dal quale è stata calcolata l'età anagrafica), il luogo di residenza, il livello di istruzione, lo stato civile e l'occupazione lavorativa.

2.3. Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati utilizzando il software statistico *Jamovi Statistical Platform 2.2.5*. (Jamovi Project, 2021). Preliminarmente sono state calcolate le statistiche descrittive relative alle caratteristiche del campione (dati sociodemografici e informazioni relative all'esperienza riguardante il cancro al seno), successivamente sono state calcolate le intercorrelazioni (tramite il coefficiente r di Pearson) tra l'età delle partecipanti, l'IMC, tempo passato dalla fine del trattamento, la *functionality appreciation* (FAS), l'insoddisfazione

corporea specifica per le donne che hanno subito un trattamento per il cancro al seno (BIS), la *body compassion* (BCS), il benessere psicologico eudaimonico (RPWB) e l'inflessibilità psicologica (AAQI).

Al fine di esplorare il ruolo predittivo delle singole variabili indipendenti (insoddisfazione corporea, *functionality appreciation*, *body compassion*) sulle variabili criterio prese in considerazione dallo studio (benessere psicologico e inflessibilità psicologica) sono state effettuate delle regressioni gerarchiche multiple. Nello specifico sono stati testati due modelli di regressione, uno per ogni variabile criterio oggetto di studio (i.e., benessere psicologico e inflessibilità psicologica). Sulla base di quanto emerso dalle evidenze emerse dalla letteratura in merito al ruolo dell'immagine corporea negativa e positiva, al primo step è stata inserita come predittore l'insoddisfazione corporea, al secondo step la *functionality appreciation* e al terzo step la *body compassion*. L'utilizzo della procedura multi-step ha permesso di verificare il contributo predittivo di ogni singolo predittore sulle variabili criterio oggetto di studio. Al fine di fornire risultati più affidabili e solidi sui principali predittori del benessere psicologico e della flessibilità psicologica, sono stati sviluppati due ulteriori modelli di regressione alternativi in cui l'ordine degli step 2 (FAS) e 3 (BCS) è stato invertito. La significatività statistica dei modelli è stata verificata attraverso il calcolo dei valori F di Fischer per valutare la bontà di adattamento del modello generale, seguito da t-test per ogni singolo parametro. Infine, qualora i risultati dell'analisi di regressione gerarchica lasciassero ipotizzare degli effetti di tipo indiretto dei predittori sulle variabili criterio, verrà utilizzata la procedura di *bootstrap* (Preacher & Hayes, 2008) per testare eventuali mediazioni, stimando la presenza e la dimensione degli effetti indiretti (Rucker et al., 2011).

3. Risultati

La tabella 3.1. mostra le correlazioni tra età, IMC, tempo trascorso dalla fine del trattamento, insoddisfazione corporea, *functionality appreciation*, *body compassion*, benessere psicologico eudaimonico, inflessibilità psicologica e le relative statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, valori minimi e massimi osservati). I dati mostrano una distribuzione normale (asimmetria < .90; curtosi < 2.75), dato che i valori di asimmetria e curtosi si attestano al di sotto dei valori raccomandati per tutte le variabili in esame (West et al., 1995).

Emerge dalle correlazioni che età, IMC e il tempo trascorso dalla fine del trattamento non presentano associazioni statisticamente significative né con il benessere psicologico né con l'inflessibilità psicologica (vedi tabella 3.1.). Per tale ragione queste variabili non sono state inserite, nei successivi modelli di regressione gerarchica, come potenziali predittori delle variabili criterio analizzate (benessere psicologico e inflessibilità psicologica).

Rispetto alle associazioni tra immagine corporea positiva (*functionality appreciation* e *body compassion*), benessere psicologico e inflessibilità psicologica emergono delle forti correlazioni positive statisticamente significative tra *functionality appreciation*, *body compassion* e benessere, al contrario si evidenziano delle forti associazioni negative tra tali variabili e l'inflessibilità psicologica (vedi tabella 3.1.). Rispetto all'insoddisfazione corporea emerge una forte associazione negativa statisticamente significativa tra tale variabile e il benessere psicologico e un'associazione positiva statisticamente significativa tra insoddisfazione nei confronti del proprio corpo e l'inflessibilità psicologica. Le analisi correlazionali, preliminari per la strutturazione dei modelli di regressione gerarchica multipla, confermano la presenza di associazioni statisticamente significative tra le variabili ipotizzate come predittori e le variabili criterio.

Tabella 3.1. Statistiche descrittive e correlazioni tra le variabili oggetto di studio (N = 114)

	1	2	3	4	5	6	7	8	M _(DS)	Min-Max
1. Età	-								55.69 _(9,13)	33-81
2. IMC	.17	-							25.43 _(5,16)	16.04-40.32
3. fine_trattamento	.35***	.11	-						-	-
4. BIS	-.11	-.02	.03	-					2.63 _(.88)	1-4
5. FAS	-.07	.05	.01	-.46***	-				3.60 _(.79)	1-5
6. BCS	.18*	.11	-.01	-.66***	.60***	-			2.99 _(.87)	1-4.74
7. PsWB	-.11	-.04	-.14	-.41***	.50***	.56***	-		4.16 _(.76)	1.94-5.94
8. AAQI	-.04	-.09	.12	.52***	-.58***	-.68***	-.66***	-	3.46 _(1.50)	1-6.86

Note. Indice di Massa Corporea (IMC); tempo trascorso dalla fine del trattamento (fine_trattamento); Body Image Scale (BIS); Functionality Appreciation Scale (FAS); Body Compassion Scale (BCS); Psychological Well-Being (PsWB); Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQI)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In tabella 3.2. sono riportati i risultati relativi al primo modello di regressione gerarchica con variabile criterio il benessere psicologico eudaimonico. Dalla regressione gerarchica emerge come i predittori considerati nel modello spieghino una percentuale significativa di varianza della variabile criterio benessere psicologico. Nello specifico, il modello al primo step (in cui è stata inserita l'insoddisfazione corporea come predittore) è risultato significativo spiegando il 16% della varianza della variabile criterio. Nello specifico, emerge una relazione negativa statisticamente significativa tra tale predittore e il benessere. Con l'aggiunta al secondo step della *functionality appreciation* si osserva un aumento significativo della percentuale di varianza spiegata dal modello di regressione. Il modello al secondo step risulta spiegare il 28% della varianza del benessere psicologico. A livello dei singoli predittori si osserva come sia l'insoddisfazione corporea sia la *functionality appreciation* risultino predittori statisticamente significativi del benessere psicologico delle partecipanti, sebbene, con l'aggiunta nel modello della *functionality appreciation* si osservi una riduzione del valore di beta dell'insoddisfazione corporea. Infine, con l'aggiunta al terzo step della *body compassion* si osserva un ulteriore aumento significativo della percentuale di varianza spiegata dal modello di regressione. Il modello finale spiega complessivamente il 34% del benessere psicologico delle breast cancer survivors che hanno partecipato allo studio. Con l'aggiunta della *body compassion*, l'insoddisfazione corporea perde la sua significatività quale predittore del benessere psicologico ed emergono come predittori statisticamente significativi la *functionality appreciation* e la *body compassion*.

Tabella 3.2. Modello di regressione gerarchica relativo alla variabile criterio benessere psicologico (N = 114)

	β	t	F _(gdl)	R ² adjusted	ΔR^2
<i>I step</i>					
BIS	-.41***	-4.75	22.64 ₍₁₋₁₁₂₎ ***	.16	
<i>II step</i>					
BIS	-.23**	-2.57	22.52 ₍₂₋₁₁₁₎ ***	.28	.12***
FAS	.39***	4.34			
<i>III step</i>					
BIS	-.05	-.46	20.00 ₍₃₋₁₁₀₎ ***	.34	.06***
FAS	.24*	2.53			
BCS	.38***	3.30			

Note. Body Image Scale (BIS); Functionality Appreciation Scale (FAS); Body Compassion Scale (BCS)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In tabella 3.3. sono riportati i risultati relativi al secondo modello di regressione gerarchica con variabile criterio l'inflessibilità psicologica. Dalla regressione gerarchica emerge come i predittori considerati nel modello spieghino una percentuale significativa di varianza della variabile criterio inflessibilità psicologica. Nello specifico, il modello al primo step (in cui è stata inserita l'insoddisfazione corporea come predittore) è risultato significativo spiegando il 26% della varianza. Nello specifico, emerge una relazione positiva statisticamente significativa tra tale predittore e l'inflessibilità psicologica. Con l'aggiunta al secondo step della *functionality appreciation* si osserva un aumento significativo della percentuale di varianza spiegata dal modello di regressione. Il modello al secondo step risulta spiegare il 40% della varianza dell'inflessibilità psicologica. A livello dei singoli predittori si osserva come sia l'insoddisfazione corporea sia la *functionality appreciation* risultino predittori statisticamente significativi dell'inflessibilità psicologica delle partecipanti, sebbene, con l'aggiunta nel modello della *functionality appreciation* si osservi una riduzione del valore di beta dell'insoddisfazione corporea. Infine, con l'aggiunta al terzo step della *body compassion* si osserva un ulteriore aumento significativo della percentuale di varianza spiegata dal modello di regressione. Il modello finale spiega complessivamente il 50% dell'inflessibilità psicologica delle *breast cancer survivors* che hanno partecipato allo studio. Con l'aggiunta della *body compassion*, l'insoddisfazione corporea, anche in questo modello, perde la sua significatività

quale predittore dell'inflessibilità psicologica, ed emergono come predittori statisticamente significativi la *functionality appreciation* e la *body compassion*.

Tabella 3.3. Modello di regressione gerarchica relativo alla variabile criterio inflessibilità psicologica (N = 114)

	β	t	F _(gdl)	R ² adjusted	ΔR^2
<i>I step</i>					
BIS	.52***	6.42	41.33 ₍₁₋₁₁₂₎ ***	.26	
<i>II step</i>					
BIS	.32***	3.96	39.31 ₍₂₋₁₁₁₎ ***	.40	.14***
FAS	-.43***	-5.25			
<i>III step</i>					
BIS	.09	1.04	38.91 ₍₃₋₁₁₀₎ ***	.50	.10***
FAS	-.25**	-2.94			
BCS	-.48***	-4.77			

Note. Body Image Scale (BIS); Functionality Appreciation Scale (FAS); Body Compassion Scale (BCS);
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati derivanti da entrambi i modelli di regressione gerarchica (vedi tabella 3.2. e tabella 3.3.) hanno mostrato come l'inserimento al terzo step della *body compassion*, oltre ad incrementare la varianza spiegata dai modelli, fa perdere significatività statistica all'insoddisfazione corporea.

Di seguito sono stati riportati (tabella 3.4 e 3.5) i modelli di regressione alternativi in cui l'ordine degli step 2 e 3 sono stati invertiti, i risultati di entrambi i modelli confermano anch'essi come l'inserimento della *body compassion* (al secondo step) fa perdere significatività statistica all'insoddisfazione corporea. Sebbene l'inserimento al terzo step della *functionality appreciation* aumenti la varianza spiegata dal modello, tale aumento è considerevolmente inferiore rispetto a quello conseguente all'introduzione della *body compassion*. Tale osservazione è valida per entrambi i modelli alternativi relativi alle variabili criterio benessere psicologico (tabella 3.4) e inflessibilità psicologica (tabella 3.5).

Tabella 3.4. Modello di regressione gerarchica alternativo relativo alla variabile criterio benessere psicologico (N = 114)

	β	t	F _(gdl)	R ² adjusted	ΔR^2
<i>I step</i>					
BIS	-.41***	-4.75	22.59 ₍₁₋₁₁₂₎ ***	.16	
<i>II step</i>					
BIS	-.07	-.68	25.51 ₍₂₋₁₁₁₎ ***	.30	.15***
BCS	.51***	4.88			
<i>III step</i>					
BIS	-.05	-.46	19.97 ₍₃₋₁₁₀₎ **	.35	.04**
BCS	.38***	3.30			
FAS	.24**	2.53			

Note. Body Image Scale (BIS); Functionality Appreciation Scale (FAS); Body Compassion Scale (BCS)
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabella 3.5. Modello di regressione gerarchica alternativo relativo alla variabile criterio inflessibilità psicologica (N = 114)

	β	t	F _(gdl)	R ² adjusted	ΔR^2
<i>I step</i>					
BIS	.52***	6.42	41.25 ₍₁₋₁₁₂₎ ***	.26	
<i>II step</i>					
BIS	.12	1.28	50.57 ₍₂₋₁₁₁₎ ***	.47	.21***
BCS	-.61***	-6.64			
<i>III step</i>					
BIS	.09	1.04	38.90 ₍₃₋₁₁₀₎ ***	.50	.04**
BCS	-.47***	-4.77			
FAS	-.25**	-2.94			

Note. Body Image Scale (BIS); Functionality Appreciation Scale (FAS); Body Compassion Scale (BCS);
 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Sulla base di tali risultati è possibile ipotizzare che l'effetto predittivo dell'insoddisfazione sulle variabili criterio (benessere psicologico e inflessibilità psicologica) possa essere mediato dalla *body compassion*. Sono state quindi testate due analisi di mediazione attraverso la procedura di bootstrapping al fine di verificare tale ipotesi. I risultati della procedura di bootstrapping (Preacher & Hayes, 2008) hanno mostrato che l'effetto indiretto dell'insoddisfazione corporea sul benessere psicologico attraverso la *body compassion* è risultato statisticamente significativo (ES = .07; IC 95% = -.42; - .17), dato che lo zero non era incluso nell'IC al 95%. La quantità di variazione dell'effetto totale quando viene introdotto il mediatore nella regressione si attesta intorno al 82.5%.

Allo stesso modo è stato esplorato l'effetto indiretto dell'insoddisfazione corporea sull'inflessibilità psicologica attraverso la mediazione della *body compassion*. Tale effetto indiretto è risultato statisticamente significativo (ES = .13; IC 95% = .46; - .91). La quantità di variazione dell'effetto totale quando viene introdotto il mediatore nella regressione si attesta intorno al 77.4%.

4. Discussione e conclusioni

Lo scopo del presente studio è stato quello di comprendere il ruolo predittore di alcune dimensioni dell'immagine corporea positiva (*functionality appreciation* e *body compassion*) e negativa (insoddisfazione corporea legata agli effetti del trattamento oncologico) rispetto al benessere psicologico eudaimonico e all'inflessibilità psicologica di un gruppo di donne italiane sopravvissute al cancro al seno. Una prima osservazione generale dei risultati ottenuti evidenzia la salienza dell'immagine corporea sugli indicatori di salute oggetto di studio. Prendendo come riferimento la quantità di varianza spiegata dai modelli di regressione testati, possiamo osservare come le dimensioni dell'immagine corporea considerate nel presente studio spieghino il 38% della variabilità dei livelli di benessere psicologico percepito dalle *breast cancer survivors* partecipanti allo studio; in merito al modello relativo alla variabile inflessibilità psicologica, le dimensioni dell'immagine corporea risultano spiegare il 50% della varianza dei livelli di inflessibilità psicologica. Il benessere e l'inflessibilità psicologica sono macrocostrutti connessi alla salute fisica e individuale che sono determinati da molti fattori (e.g., condizioni di vita, risorse cognitive, condizioni socioeconomiche, tratti di personalità) dunque l'evidenza che alcune specifiche variabili associate all'immagine corporea spiegano una tale percentuale di varianza conferma, in linea con la letteratura (Davis et al., 2020), l'importanza dell'immagine corporea, soprattutto positiva, per le *breast cancer survivors*.

Considerando le specifiche ipotesi testate, l'HP1, secondo la quale *functionality appreciation* e *body compassion* svolgono un ruolo predittivo rispetto ai livelli di benessere e inflessibilità psicologica delle partecipanti, risulta confermata. Dai risultati emerge come nelle donne partecipanti allo studio l'apprezzamento degli aspetti associati alle proprie funzionalità corporee (i.e., *functionality appreciation*) e l'accettazione gentile del proprio corpo nonostante difetti e inadeguatezze percepite (i.e., *body compassion*) si associno ad una percezione di maggiore autonomia e autorealizzazione nella vita (i.e., benessere psicologico) e ad un minore evitamento delle esperienze emotive associate ad eventi dolorosi (i.e., inflessibilità psicologica). Poiché dall'analisi della letteratura si evince come la *self-compassion* risulti una variabile particolarmente efficace nel ridurre il distress psicologico nelle popolazioni di donne sopravvissute al cancro al seno (Przedziecki et al., 2013; Sherman et al., 2018), è possibile ipotizzare che la *body compassion*, rappresentando un costrutto che origina dalla *self-*

compassion ma con un focus specifico sul sé corporeo, possa rappresentare un importante fattore protettivo del benessere psicologico e della flessibilità psicologica in donne che hanno dovuto affrontare un trattamento per il cancro al seno le cui conseguenze sul piano dell'immagine corporea risultano essere particolarmente salienti e invalidanti. Per quanto riguarda la *functionality appreciation*, i risultati del presente studio sembrano accostarsi alle evidenze provenienti dai primi studi qualitativi sul ruolo dell'immagine corporea positiva nelle *breast cancer survivors* (e.g., Brunet et al., 2013). In linea con tali studi si potrebbe ipotizzare che, nel momento in cui la donna sopravvissuta al tumore al seno comincia a focalizzare la propria attenzione su aspetti riguardanti funzioni, competenze e sensazioni corporee, essa riesca anche a raggiungere una maggiore accettazione di stessa e della sua condizione di malattia. Tale reframing attentivo, da un corpo considerato come un insieme di caratteristiche fisiche a un corpo considerato come un sistema caratterizzato da abilità e funzionalità, potrebbe giocare quindi un ruolo importante nell'aumentare i livelli di piacere e soddisfazione nei confronti della propria vita (i.e., benessere psicologico) riducendo la necessità di dover tenere fuori da essa la sofferenza concentrando la propria attenzione sul raggiungimento di obiettivi in linea con i propri valori (i.e., flessibilità psicologica).

Per quanto riguarda l'HP2, secondo la quale l'insoddisfazione corporea svolge un ruolo predittivo negativo rispetto al benessere psicologico e positivo rispetto all'inflessibilità psicologica, dai risultati della regressione gerarchica emerge come l'insoddisfazione corporea risulti associata in modo statisticamente significativo negativamente con il benessere psicologico e positivamente con l'inflessibilità psicologica; tuttavia, quando all'interno dei modelli di regressione viene introdotta, come predittore, la *functionality appreciation*, tale associazione tende a risultare meno significativa e perde completamente di significatività con l'introduzione della *body compassion*. Le analisi di mediazione hanno confermato come sia la relazione tra insoddisfazione corporea e flessibilità psicologica sia quella tra insoddisfazione corporea e benessere eudaimonico, risultino mediate dalla *body compassion*. Nello specifico, all'aumentare dell'insoddisfazione corporea delle partecipanti risulta diminuire la loro capacità di essere accettanti e gentili nei confronti delle proprie inadeguatezze corporee percepite (i.e., *body compassion*) che a sua volta risulta associata ad una minore percezione di benessere psicologico e ad una maggiore tendenza ad evitare la propria sofferenza (i.e., inflessibilità

psicologica). In linea con precedenti studi (Teo et al., 2015; Turk & Yilmaz, 2018), i risultati confermano la presenza di un'associazione negativa tra insoddisfazione corporea e salute nelle partecipanti, ma tuttavia dal presente studio emerge come tale relazione non sia diretta ma mediata dalla *body compassion*. È dunque ipotizzabile che la *body compassion* rappresenti un'abilità importante da potenziare quando ci si occupa di insoddisfazione corporea determinata dagli effetti collaterali dei trattamenti tumorali.

Infine, l'HP 3, secondo cui le componenti dell'immagine corporea positiva svolgono un ruolo predittivo del benessere e dell'inflessibilità psicologica al netto dell'insoddisfazione corporea, risulta pienamente confermata. I risultati indicano che la *body compassion*, insieme alla *functionality appreciation*, rappresentano le uniche variabili in grado di spiegare la variabilità dei livelli del benessere psicologico e dell'evitamento dell'esperienze di vita negative (i.e., inflessibilità psicologica) confermando il ruolo saliente di queste variabili nel predire alcuni aspetti associati alla salute delle *breast cancer survivors* che hanno partecipato allo studio.

I risultati del presente studio forniscono delle evidenze preliminari circa l'importante ruolo predittivo dell'immagine corporea rispetto al benessere e all'inflessibilità psicologica delle donne che hanno affrontato un trattamento per il tumore al seno. In particolare, evidenzia l'importante ruolo positivo della *functionality appreciation* e della *body compassion* rispetto alla salute psicologica di tali gruppi di donne. Tuttavia, lo studio presenta alcune limitazioni. In primo luogo, seppure l'IMC nel presente studio sembra non avere alcuna associazione statisticamente significativa con le variabili oggetto di studio (immagine corporea negativa e positiva, benessere e inflessibilità psicologica), futuri studi potrebbero approfondire la relazione tra IMC, valutazione corporea, e benessere nelle donne survivors effettuando dei confronti statistici tra gruppi prendendo come criterio di suddivisione i diversi range di IMC. In secondo luogo, i dati sono stati raccolti tramite misurazioni self-report, che, come è noto, risentono degli effetti relativi alla desiderabilità sociale e al *response set*. Lo studio inoltre ha adottato un disegno correlazionale; pertanto, è possibile analizzare le associazioni tra le variabili oggetto di studio senza poter trarre da queste inferenze causali. Infine, lo studio è stato condotto utilizzando una survey online; quindi, le persone senza accesso a Internet o che non sono pratiche di tecnologie è possibile che non vi abbiano preso parte. Un'ultima considerazione è relativa alla

possibilità di includere, in futuri studi che si occupano delle *breast cancer survivors*, variabili quali la familiarità per il tumore al seno e la paura di eventuali recidive in quanto da studi precedenti entrambe le variabili risultano essere predittive del benessere psicologico delle donne che hanno avuto un cancro al seno (Abu-Helalah et al., 2014; Dumalaon-Canaria et al., 2018; Koch et al., 2014).

Ciononostante, lo studio presenta alcuni punti di forza sia da un punto di vista teorico che applicativo. Da un punto di vista teorico, i risultati del presente studio contribuiscono ad arricchire la letteratura recente su immagine corporea e *breast cancer survivors* adulte. Lo studio, infatti, si è focalizzato sulle *old breast cancer survivors* (cioè quelle donne che hanno concluso i trattamenti per il cancro al seno da almeno 5 anni), colmando in parte il gap relativo al ruolo dell'immagine corporea rispetto al benessere in questa specifica popolazione scarsamente studiata in letteratura (Davis et al., 2020). Lo studio, inoltre, ha focalizzato l'attenzione sull'importante ruolo svolto da due variabili relative all'immagine corporea positiva (i.e., *functionality appreciation* e *body compassion*) ad oggi scarsamente esplorate nel contesto del tumore al seno.

Da un punto di vista applicativo, i risultati del presente studio suggeriscono un potenziale ruolo dell'immagine corporea positiva nella promozione del benessere delle *breast cancer survivors*. Considerato che *functionality appreciation* e *body compassion* rappresentano dei costrutti fortemente associati ai livelli di benessere e inflessibilità psicologica delle partecipanti, potrebbe essere centrale sviluppare interventi di promozione della salute delle donne sopravvissute al tumore al seno volti a potenziare sia gli aspetti associati alla competenza e funzionalità corporea, sia le abilità associate all'atteggiamento compassionevole. Incrementare l'accettazione del proprio corpo e ridurre l'eccessiva fusione con i pensieri negativi associati ai propri difetti fisici percepiti potrebbero essere esempi di obiettivi da integrare negli interventi *compassion based* rivolti alle donne che hanno ricevuto un trattamento per il cancro al seno (Przedziecki & Sherman, 2016; Przedziecki et al., 2016). Inoltre, potrebbe essere utile strutturare degli esercizi di scrittura *compassion based* focalizzati esplicitamente sulle caratteristiche della *body compassion* (*defusion*, *common humanity* e *acceptance*) e sugli aspetti di funzionalità corporea per aiutare le *breast cancer survivors* sia a migliorare la percezione di autonomia, competenza e autorealizzazione nella vita (i.e., benessere psicologico) sia a ridurre

l'evitamento esperienziale nei confronti di pensieri e sensazioni corporee negative associati agli eventi di vita (i.e., inflessibilità psicologica).

Conclusioni

L'obiettivo della presente ricerca è stato quello di analizzare il ruolo dell'immagine corporea, nelle sue sfaccettature positive e negative, nel macrocontesto del tumore al seno. Applicando framework teorici ampiamente utilizzati nell'ambito della psicologia della salute unitamente all'impiego di strumenti di misura validi e attendibili volti a rilevare i costrutti oggetto di studio, la ricerca si è proposta, in particolare, di ampliare le conoscenze relative all'immagine corporea positiva, costrutto recentemente definito ed esplorato dagli studiosi che si occupano di immagine corporea e che risulta di forte rilevanza nel contesto medico e della salute (Tylka, 2018).

Al fine di raggiungere tale scopo generale sono stati sviluppati tre studi cross-sectional. In particolare, con lo studio 1 si è potuto contribuire all'operazionalizzazione e all'ampliamento delle conoscenze relative alla *body compassion*, costrutto emergente che sembra svolgere un ruolo protettivo e positivo sulla valutazione dell'immagine corporea (Altman et al., 2017). Lo studio si è infatti proposto di validare lo strumento volto a rilevare tale costrutto (*Body Compassion Scale*, Altman et al., 2017) al fine di analizzarne validità e attendibilità anche nel contesto italiano, permettendo di rilevare l'atteggiamento di accettazione e consapevolezza non giudicante del proprio corpo (i.e., *body compassion*) in donne giovani e adulte. I risultati dello studio oltre a confermare la solidità della struttura fattoriale della BCS anche nel contesto italiano; hanno evidenziato come la *body compassion* rappresenti un fattore associato negativamente all'insoddisfazione corporea femminile e positivamente al benessere psicologico e alla flessibilità psicologica (due importanti indicatori associati alla salute individuale).

Lo studio 2 si è proposto di esplorare i possibili predittori delle intenzioni di eseguire l'autoesame al seno (*Breast Self-Examination*, BSE), considerati i bassi tassi di adesione, nel contesto italiano (Arcarisi et al., 2019), a tale efficace strategia di prevenzione per la rilevazione di eventuali anomalie nel tessuto mammario. In particolare, prendendo come framework di riferimento la *Teoria del Comportamento Pianificato* (TCP, Ajzen, 1990), è stato esplorato il ruolo predittivo di quelle componenti della TCP risultate salienti nel contesto della BSE (norme soggettive e controllo comportamentale percepito) e di alcune variabili relative all'immagine

corporea positiva e negativa. La scelta di queste ultime variabili è stata ponderata sulla base di studi precedenti che hanno riportato evidenze, in alcuni casi contrastanti, circa il ruolo dell'immagine corporea negativa sulle intenzioni di effettuare la BSE (insoddisfazione corporea generale e specifica per il seno). Allo stesso modo sono state selezionate alcune variabili relative all'immagine corporea positiva (*body appreciation* e *body compassion*) il cui ruolo sul comportamento dell'autoesame al seno è tutt'ora poco esplorato. Dai risultati si conferma l'importanza che gli altri significativi (i.e., norme soggettive) e la percezione di essere capaci di eseguire l'autoesame al seno (i.e., controllo comportamentale percepito) rivestono rispetto all'intenzione di eseguirlo. Entrambe le variabili associate all'immagine corporea positiva, analizzate in tale studio, risultano predire l'intenzione di eseguire la BSE attraverso la mediazione del CCP, per cui all'aumentare dei livelli di *body appreciation* e di *body compassion* delle partecipanti si osserva un aumento anche nella loro percezione del controllo sull'esecuzione di tale comportamento che a sua volta risulta associata positivamente con l'intenzione di attuarlo. La *body appreciation* risulta associata alle intenzioni di eseguire la BSE anche in modo diretto; mentre l'immagine corporea negativa non mostra alcuna associazione significativa né con la percezione di essere in grado di eseguire il comportamento BSE né con l'intenzione di eseguirlo. I risultati emersi da tale studio sembrano suggerire l'importanza di incrementare nelle giovani donne l'apprezzamento del proprio corpo e di lavorare sull'accettazione di limiti e inadeguatezze corporee, in modo tale che essendo più consapevoli e connesse con i bisogni del proprio corpo potrebbero percepirsi più in grado di prendersene cura e dunque più intenzionate a eseguire l'autoesame al seno.

Varie evidenze mostrano come, nelle donne sopravvissute al cancro al seno, elevati livelli di preoccupazioni associate alla propria immagine corporea post-trattamento (e.g., insoddisfazione e vergogna corporea) si associano a elevati livelli di distress psicologico e bassa qualità della vita (e.g., Davis et al., 2020; Turk & Yilmaz, 2018). A partire da tali studi, con lo studio 3 si è voluto indagare il ruolo predittore dell'immagine corporea negativa (insoddisfazione corporea legati agli effetti collaterali del trattamento) e positiva (*functionality appreciation* e *body compassion*) su benessere e inflessibilità psicologica nelle donne sopravvissute al tumore al seno. Dai risultati è emerso chiaramente che la *functionality appreciation* e la *body compassion* rappresentano i maggiori predittori del benessere psicologico

e della capacità di accettare e gestire i pensieri dolorosi associati ad esperienze di vita negative (i.e., flessibilità psicologica). Il ruolo predittivo dell'insoddisfazione corporea su tali variabili risulta mediato: emergono delle associazioni tra insoddisfazione corporea, benessere e inflessibilità psicologica ma esse sono esclusivamente mediate dalla *body compassion*. Livelli maggiori di insoddisfazione corporea risultano associati con una minore capacità delle partecipanti di accettare i limiti e le inadeguatezze del proprio corpo (i.e., *body compassion*), capacità che a sua volta risulta associata a minore benessere e maggiore inflessibilità psicologica. Dai risultati dello studio emerge quindi l'importante ruolo degli aspetti associati all'immagine corporea positiva (*functionality appreciation* e *body compassion*). Al fine di promuovere il benessere e la flessibilità psicologica in donne che hanno vissuto sul proprio corpo l'esperienza di trattamento del cancro al seno, potrebbe dunque risultare particolarmente efficace sviluppare strategie di intervento volte a potenziare la funzionalità e la competenza corporea, unitamente ad un atteggiamento compassionevole e gentile nei confronti dei propri limiti corporei, piuttosto che focalizzarsi esclusivamente sulla riduzione dell'insoddisfazione corporea che la persona prova verso il proprio corpo "alterato" dagli effetti collaterali del trattamento oncologico.

Da un punto di vista teorico, i risultati dei vari studi contribuiscono ad un avanzamento relativo allo studio dell'immagine corporea positiva nell'ambito della salute. In primo luogo, la ricerca nel suo complesso ha consentito un passo avanti nell'operazionalizzazione di un costrutto nuovo e ancora scarsamente studiato quale quello della *body compassion*, evidenziandone i legami sia con l'insoddisfazione corporea sia con alcuni costrutti associati al benessere (i.e., benessere psicologico eudaimonico e flessibilità psicologica) nella popolazione generale (studio 1) e in quella clinica (studio 3). Inoltre, tale promettente costrutto sembra avere un potenziale ruolo positivo nell'incrementare sicurezza e capacità nell'esecuzione di comportamenti di rilevamento delle malattie (i.e., BSE) a cui consegue una maggiore probabilità che il comportamento venga messo in atto. In secondo luogo, i risultati degli studi condotti arricchiscono la letteratura relativa al ruolo svolto da ulteriori caratteristiche associate all'immagine corporea positiva (i.e., *body appreciation* e *functionality appreciation*) rispetto sia all'intenzione di attuare comportamenti di rilevamento delle malattie in donne appartenenti alla

popolazione generale (Andrew et al., 2016; Gillen, 2015) sia rispetto ai livelli di benessere in donne che hanno affrontato un trattamento oncologico (Lehardy, 2019; Sherman et al., 2018).

La ricerca nel suo complesso potrebbe avere importanti implicazioni anche da un punto di vista applicativo. Dai risultati degli studi si potrebbe ipotizzare che promuovere nelle donne l'apprezzamento del proprio corpo, anche se non in linea con gli standard socioculturali orientati alla magrezza o alla perfezione, in termini generali (i.e., *body appreciation*), funzionali e di competenza corporea (i.e., *functionality appreciation*) unitamente alla promozione di un atteggiamento che miri all'accettazione consapevole del proprio corpo nonostante limiti e difetti percepiti (i.e., *body compassion*) potrebbe rappresentare una modalità di intervento efficace e trasversale in psicologia della salute. Nello specifico, al fine di favorire l'aderenza a strategie di prevenzione focalizzate sul corpo (i.e., BSE), potrebbero infatti rivelarsi efficaci interventi che, oltre a evidenziare l'approvazione sul piano sociale di certe pratiche preventive (norme soggettive) e a sottolineare la loro facile esecuzione (controllo comportamentale percepito), aiutino le giovani donne a riformulare il rapporto che hanno con il proprio corpo affinché venga maggiormente apprezzato e accettato nella sua unicità. Allo stesso modo potenziare la *functionality appreciation* (e.g., Alleva et al., 2015; Webb et al., 2015), ovvero la capacità di rapportarsi al proprio corpo con rispetto e gratitudine per ciò che esso fa o è in grado di fare piuttosto che per come esso appare (Alleva et al., 2017), e sviluppare un atteggiamento compassionevole nei confronti dei limiti e difetti corporei (i.e., *body compassion*), potrebbe favorire nelle *breast cancer survivors* una maggiore accettazione del dolore e dell'esperienza negativa vissuta unitamente ad un maggior benessere psicologico. Considerare il contesto delle malattie oncologiche, in cui i trattamenti possono avere tangibili conseguenze sul piano corporeo, è particolarmente importante quando ci si occupa di immagine corporea. In tale contesto, infatti, l'individuo spesso si trova a dover fronteggiare un "oggettivo" evento che minaccia la propria immagine corporea e che conduce a una serie di preoccupazioni e sofferenze legate a questa che non sono solo associate all'aspetto meramente estetico ma anche a quegli aspetti relativi a competenze, funzionalità e stato di salute corporeo (e.g., Galvin, 2005). Riformulare la visione del proprio corpo esaltandone gli aspetti positivi e funzionali, comprendendo in tale riformulazione anche un'accettazione consapevole e non giudicante degli aspetti "difettosi" o "limitanti" del proprio corpo (i.e., *body compassion*) potrebbe migliorare

l'efficacia di campagne sanitarie pubbliche e interventi di promozione del benessere nel contesto del tumore al seno.

Potrebbe essere importante che, studi futuri, approfondiscano ulteriormente o confermino l'importanza di tale costrutto (i.e., immagine corporea positiva) nell'ambito del tumore al seno, sia esplorando la salienza di ulteriori caratteristiche associate all'immagine corporea positiva (e.g., flessibilità dell'immagine corporea, spiritualità, accettazione del proprio corpo da parte degli altri) sia facendo riferimento o confrontando differenti contesti culturali. Inoltre, potrebbe essere importante strutturare delle ricerche longitudinali o con campioni stratificati per età, che possano evidenziare come l'immagine corporea positiva si sviluppi e si mantenga nel corso del tempo, esplorando eventuali fattori protettivi e/o di rischio legati al mantenimento di tale valutazione corporea. Un'ulteriore direzione di ricerca potrebbe essere quella di esplorare il ruolo dell'immagine corporea positiva in altri ambiti oncologici (e.g., carcinomi cutanei), in cui gli effetti del carcinoma stesso nonché quelli dei trattamenti, coinvolgono in maniera pervasiva ed estesa il corpo e le sue caratteristiche, al fine di individuare potenziali risorse da sviluppare per incrementare il benessere in tali popolazioni specifiche.

In conclusione, i risultati della presente ricerca, sebbene siano ancora iniziali e non esenti da limiti, sembrano evidenziare come, la prevenzione e la promozione della salute nel contesto del tumore al seno, rappresentano potenziali ambiti d'intervento in cui promuovere un'immagine corporea positiva.

BIBLIOGRAFIA

- Abbasi, A., & Zubair, A. (2015). Body image, self-compassion, and psychological well-being among university students. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(1), 41-47.
- Abbott, B. D., & Barber, B. L. (2010). Embodied image: Gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents. *Body Image*, 7(1), 22-31. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.10.004>
- Abu-Helalah, M., Al-Hanaqta, M., Alshraideh, H., Abdulbaqi, N., & Hijazeen, J. (2014). Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(14), 5927-5936. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.14.5927>
- Aguado Loi, C. X., Baldwin, J. A., McDermott, R. J., McMillan, S., Martinez Tyson, D., Yampolskaya, S., & VandeWeerd, C. (2013). Risk factors associated with increased depressive symptoms among Latinas diagnosed with breast cancer within 5 years of survivorship. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2779-2788. <https://doi.org/10.1002/pon.3357>
- Ahmad, S., Fergus, K., & McCarthy, M. (2015). Psychosocial issues experienced by young women with breast cancer: the minority group with the majority of need. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 9(3), 271-278. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000162>
- Ahmadian, M., Carmack, S., Samah, A. A., Kreps, G., & Saidu, M. B. (2016). Psychosocial predictors of breast self-examination among female students in Malaysia: A study to assess the roles of body image, self-efficacy and perceived barriers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(3), 1277-1284. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.3.1277>
- Ahmed, K. A., Scott, J. G., Arrington, J. A., Naghavi, A. O., Grass, G. D., Perez, B. A., & Torres-Roca, J. F. (2018). Radiosensitivity of lung metastases by primary histology and implications for stereotactic body radiation therapy using the genomically adjusted radiation dose. *Journal of Thoracic Oncology*, 13(8), 1121-1127. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2018.04.027>

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire*. <https://people.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>
- Alborno, C. R., Matros, E., Lee, C. N., Hudis, C. A., Pusic, A. L., Elkin, E., ... & Morrow, M. (2015). Bilateral mastectomy versus breast-conserving surgery for early stage breast cancer: the role of breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 135(6), 1518-1526. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001276>
- Al-Ghazal, S. K., Sully, L., Fallowfield, L., & Blamey, R. W. (2000). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology*, 26(1), 17-19. <https://doi.org/10.1053/ejso.1999.0733>
- Allen, T. L., Van Groningen, B. J., Barksdale, D. J., & McCarthy, R. (2010). The Breast Self-Examination controversy: what providers and patients should know. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(6), 444-451. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2009.11.005>
- 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. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.07.001
- Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Van Diest, A. M. K. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in US 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., van Oorsouw, K., Montanaro, E., Perey, I., Bolle, C., ... & Webb, J. B. (2020). The effects of yoga on functionality appreciation and additional facets of positive body image. *Body Image*, 34, 184-195. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.06.003>

- Alleva, J. M., Veldhuis, J., & Martijn, C. (2016). A pilot study investigating whether focusing on body functionality can protect women from the potential negative effects of viewing thin-ideal media images. *Body Image, 17*, 10-13. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.01.007>
- Altman, J. K., Linfield, K., Salmon, P. G., & Beacham, A. O. (2017). The Body Compassion Scale: Development and initial validation. *Journal of Health Psychology, 25*(4), 439-449. <https://doi.org/10.1177/1359105317718924>
- Altman, J. K., Zimmaro, L. A., & Woodruff-Borden, J. (2017). Targeting body compassion in the treatment of body dissatisfaction: A case study. *Clinical Case Studies, 16*(6), 431-445. <https://doi.org/10.1177/1534650117731155>
- Andersen, M. R., Smith, R., Meischke, H., Bowen, D., & Urban, N. (2003). Breast cancer worry and mammography use by women with and without a family history in a population-based sample. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 12*(4), 314-320.
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2015). The protective role of body appreciation against media-induced body dissatisfaction. *Body Image, 15*, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.005>
- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). 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>
- Annunziata, M.A., Giovannini, L., & Muzzatti, B., (2012). Assessing the body image: relevance, application, and instruments for oncological settings. *Supportive Care in Cancer, 20*(5), 901-907. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1339-x>
- Antoni, M. H., Jacobs, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Gudenkauf, L. M., ... & Carver, C. S. (2017). Post-surgical depressive symptoms and long-term survival in non-metastatic breast cancer patients at 11-year follow-up. *General Hospital Psychiatry, 44*, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.10.002>
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances, 4*(1), 47-55.

- Appleton, L., Poole, H., & Wall, C. (2018). Being in safe hands: Patients' perceptions of how cancer services may support psychological well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 747, 1531-1543. <https://doi.org/10.1111/jan.13553>
- Arcarisi, L., Di Pietro, L., Carbonaro, N., Tognetti, A., Ahluwalia, A., & De Maria, C. (2019). Palpreast—a new wearable device for breast self-examination. *Applied Sciences*, 9(3), 381-392. <https://doi.org/10.3390/app9030381>
- Associazione Italiana Oncologia Medica (2021). *I Numeri Del Cancro in Italia 2021*. Associazione Italiana Oncologia Medica. 2021.
- Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (2020). <https://www.airc.it/news/2000-2020-i-principali-risultati-e-successi-contro-il-cancro-dal-2015-in-avanti>
- Associazione Italiana Registro Tumori (2020). *I tumori in Italia – Rapporto AIRTUM 2020*. https://www.registri-tumori.it/cms/sites/default/files/pubblicazioni/new_NDC2020-operatori-web.pdf
- Atari, M. (2016). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. *Body Image*, 18, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.006>
- 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. 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>
- 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>
- Bailey, K. A., Gammage, K. L., van Ingen, C., & Ditor, D. S. (2015). “It's all about acceptance”: A qualitative study exploring a model of positive body image for people with spinal cord injury. *Body Image*, 15, 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.010>
- Banerjee, S., & Ho, S. S. (2020). Applying the theory of planned behavior: Examining how communication, attitudes, social norms, and perceived behavioral control relate to healthy

- lifestyle intention in Singapore. *International Journal of Healthcare Management*, 13(sup1), 496-503. <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1605687>
- Barata-Santos, M., Marta-Simões, J., & Ferreira, C. (2019). Body compassion safeguards against the impact of major life events on binge eating. *Appetite*, 134, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.016>
- Barbuti, S., Fara, G.M., Giammanco, G, Carducci, A, Coniglio, Ma, D'Alessandro, D., Montagna, M.T., Tanzi, M.I., Zotti C. M., (2011). *Igiene*. Monduzzi Editore. ISBN:9788865210413
- Barchielli, A., Federico, M., De Lisi, V., Bucchi, L., Ferretti, S., Paci, E., ... & SCREENREG Working Group. (2005). In situ breast cancer: incidence trend and organised screening programmes in Italy. *European Journal of Cancer*, 41(7), 1045-1050. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.12.032>
- Barilaro, A., & Celata, C. (2000). *Attori di prevenzione. Da un'esperienza territoriale, un metodo di lavoro possibile*. Franco Angeli. Milano. ISBN: 8846422902.
- Barlett, C. P., Vowels, C. L., & Saucier, D. A. (2008). Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image concerns. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 27(3), 279-310. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.3.279>
- Batchelor, D. 2001. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. *European Journal of Cancer Care*, 103, 147-163. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00272.x>
- Beadle, E. S. (2020). *Body shame, body compassion and physical activity*. Doctoral Dissertation. University of Hertfordshire. <https://doi.org/10.18745/th.22613>
- Becker, A. E. (2018). *Sociocultural influences on body image and eating disturbance*. In *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, (pp. 127-133). Guilford Press: New York. ISBN: 978-1462536092
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.684856>
- Bellino, S., Fenocchio, M., Zizza, M., Rocca, G., Bogetti, P., & Bogetto, F. (2011). Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality

- characteristics. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(1), 10-17.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f956c0>
- Berry, K. A., Kowalski, K. C., Ferguson, L. J., & McHugh, T. L. F. (2010). An empirical phenomenology of young adult women exercisers' body self-compassion. *Qualitative Research in Sport and Exercise*, 2(3), 293-312.
<https://doi.org/10.1080/19398441.2010.517035>
- Bessenoff, G. R., & Snow, D. (2006). Absorbing society's influence: Body image self-discrepancy and internalized shame. *Sex Roles*, 54(9-10), 727-731.
<https://doi.org/10.1007/s11199-006-9038-7>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Boquiren, V. M., Hack, T. F., Thomas, R. L., Towers, A., Kwan, W. B., Tilley, A., & Miedema, B. (2016). A longitudinal analysis of chronic arm morbidity following breast cancer surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 157(3), 413-425.
<https://doi.org/10.1007/s10549-016-3834-8>
- Bornioli, A., Lewis-Smith, H., Smith, A., Slater, A., & Bray, I. (2019). Adolescent body dissatisfaction and disordered eating: Predictors of later risky health behaviours. *Social Science & Medicine*, 238, 112458. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112458>
- 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>
- Brennan, J., 2001. Adjustment to cancer—coping or personal transition?. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 1-18.
[https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10)
- Brenner, D. R., Brockton, N. T., Kotsopoulos, J., Cotterchio, M., Boucher, B. A., Courneya, K. S., & Friedenreich, C. M. (2016). Breast cancer survival among young women: a review of the role of modifiable lifestyle factors. *Cancer Causes & Control*, 27(4), 459-472.
<https://doi.org/10.1007/s10552-016-0726-5>

- Brooker, J., Julian, J., Millar, J., Prince, H. M., Kenealy, M., Herbert, K., ... & Burney, S. (2020). A feasibility and acceptability study of an adaptation of the Mindful Self-Compassion program for adult cancer patients. *Palliative & Supportive Care*, *18*(2), 130-140. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000737>
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *55*(1-2), 135-144. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674053>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, *21*(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Brunault, P., Champagne, A. L., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J. L., Body, G., ... & Camus, V. (2016). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *25*(5), 513-520. <https://doi.org/10.1002/pon.3947>
- Brunet, J., Sabiston, C.M., & Burke, S. (2013). Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *Body Image*, *10*, 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.002>
- Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Body dissatisfaction: An overlooked public health concern. *Journal of Public Mental Health*. *13*(2), 64–69. <https://doi.org/10.1108/JPMH-11-2013-0071>
- Buiatti, E., Barchielli, A., Bartolacci, S., Bucchi, L., De Lisi, V., Federico, M., & Zanetti, R. (2002). Stage-specific incidence of breast cancer before the beginning of organized screening programs in Italy. *Cancer Causes & Control*, *13*(1), 65-71. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00938>
- Buki, L. P., Reich, M., & Lehardy, E. N. (2016). “Our organs have a purpose”: body image acceptance in Latina breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *25*(11), 1337-1342. <https://doi.org/10.1002/pon.4270>
- Busetto, L., Buongiorno, F., & Schiff, S. (2018). *Studies on body image changes after bariatric surgery in adults*. In *Body Image, Eating, and Weight* (pp. 233-245). Springer: USA.
- Cadet, T., Burke, S. L., Bakk, L., Nedjat-Haiem, F. R., & Schroepfer, T. (2021). Attending to the Psychosocial Needs of Older Hispanic, Black and Non-Hispanic White Women and Their

- Breast Cancer Screening Behaviors. *Journal of the National Medical Association*, 113(3), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.09.145>
- Caplan, G., (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Tavistock Publications: London. ISBN-10:9780422982702
- Carioli, G., Bertuccio, P., Boffetta, P., Levi, F., La Vecchia, C., Negri, E., & Malvezzi, M. (2020). European cancer mortality predictions for the year 2020. *Annals of Oncology*, 31(5), 650-658. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.009>
- Carriere, L. J., & Kluck, A. S. (2014). Appearance commentary from romantic partners: Evaluation of an adapted measure. *Body Image*, 11(2), 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.12.003>
- Casale, S., Prostamo, A., Giovannetti, S., & Fioravanti, G. (2021). Translation and validation of an Italian version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 37, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.005>
- Cash, T.F, Melnyk, S., & Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body-image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305- 316. <https://doi.org/10.1002/eat.10264>
- Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press: New York. ISBN 9781462509584
- Cash, T.F. & Smolak, L. (2011). *Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives*. In: Cash, T.F. and Smolak, L., Eds., *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 13-11), Guilford Press: New York. ISBN 9781462509584
- Cash, T.F. (1990). *The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images*. In Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 51-79). Guilford Press: New York. ISBN 9781462509584
- Cash, T.F. (2002). A “negative body image”: *Evaluating epidemiological evidence*. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 269-276). Guilford Press: New York.
- Cash, T.F. (2011). *Cognitive-behavioral perspectives on body image*. In Cash, T.F., & Smolak, L. (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 39-47). Guilford Press: New York. ISBN 9781462509584

- Cash, T.F. (2012). *Cognitive-behavioral perspectives on body image*. In T.F Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 334-342). Academic Press (Elsevier): London, UK, and San Diego, CA:
- Cash, T.F., Santos, M.T., & Williams, E.F. (2005). Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58,191-199. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.07.008>
- Cass, J., Giltrap, G., & Talbot, D. (2020). Female body dissatisfaction and attentional bias to body images evaluated using visual search. *Frontiers in Psychology*, 10, 2821. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02821>
- Cerea, S., Todd, J., Ghisi, M., Mancin, P., & Swami, V. (2021). Psychometric properties of an Italian translation of the Functionality Appreciation Scale (FAS). *Body Image*, 38, 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.007>
- Chait, S. R., Thompson, J. K., & Jacobsen, P. B. (2009). Relationship of body image to breast and skin self-examination intentions and behaviors. *Body Image*, 6(1), 60-63. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.09.003>
- Chang, H. J., & Suttikun, C. (2017). The examination of psychological factors and social norms affecting body satisfaction and self-esteem for college students. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 45(4), 422-437. <https://doi.org/10.1111/fcsr.12220>
- Cheli, S., Agostini, A., Herd-Smith, A., Caligiani, L., Martella, F., & Fioretto, L. (2016). The Italian version of Body Image Scale Reliability and Sensitivity in a sample of breast cancer patients. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 22(1), 65-79.
- Chen, C. L., Liao, M. N., Chen, S. C., Chan, P. L., & Chen, S. C. (2012). Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer Nursing*, 35(5), 10-16. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182336f8b>
- Cheng, I., Tseng, C., Wu, J., Yang, J., Conroy, S. M., Shariff-Marco, S., ... & Wu, A. H. (2020). Association between ambient air pollution and breast cancer risk: the multiethnic cohort study. *International Journal of Cancer*, 146(3), 699-711. <https://doi.org/10.1002/ijc.32308>
- Choi, E. K., Kim, I. R., Chang, O., Kang, D., Nam, S. J., Lee, J. E., ... & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and

- depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1103-1110. <https://doi.org/10.1002/pon.3531>
- Choma, B. L., Shove, C., Busseri, M. A., Sadava, S. W., & Hosker, A. (2009). Assessing the role of body image coping strategies as mediators or moderators of the links between self-objectification, body shame, and well-being. *Sex Roles*, 61, 699-713. <https://doi.org/10.1007/S11199-009-9666-9>
- Chouliara, Z., Miller, M., Stott, D., Molassiotis, A., Twelves, C., & Kearney, N. (2004). Older people with cancer: perceptions and feelings about information, decision-making and treatment—a pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 257-261. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2003.12.010>
- Christie, K. M., Meyerowitz, B. E., & Maly, R. C. (2010). Depression and sexual adjustment following breast cancer in low-income Hispanic and non-Hispanic White women. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1069-1077. <https://doi.org/10.1002/pon.1661>
- Chua, A. S., DeSantis, S. M., Teo, I., & Fingeret, M. C. (2015). Body image investment in breast cancer patients undergoing reconstruction: taking a closer look at the Appearance Schemas Inventory-Revised. *Body Image*, 13, 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.12.003>
- Chuang, L. Y., Hsu, Y. Y., Yin, S. Y., & Shu, B. C. (2017). Staring at my body: The experience of body reconstruction in breast cancer long-term survivors. *Cancer Nursing*, 1-6. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000507>
- Ciarrochi, J., Fisher, D., & Lane, L. (2011). The link between value motives, value success, and well-being among people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1184-1192. <https://doi.org/10.1002/pon.1832>
- Clark, M. A., Rogers, M. L., Armstrong, G. F., Rakowski, W., Bowen, D. J., Hughes, T., & McGarry, K. A. (2009). Comprehensive cancer screening among unmarried women aged 40–75 years: Results from the cancer screening project for women. *Journal of Women's Health*, 18(4), 451-459. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1046>
- Cohen, J. (1988). Set correlation and contingency tables. *Applied Psychological Measurement*, 12(4), 425-434. <https://doi.org/10.1177/014662168801200410>

- 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>
- Cordero, M. J. A., Villar, N. M., Sánchez, M. N., Pimentel-Ramírez, M. L., García-Rillo, A., & Valverde, E. G. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutricion Hospitalaria, 31*(1), 371-379. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.1.7863>
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 10*(7), 1-9. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- Cotter, E. W., Kelly, N. R., Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2015). An investigation of body appreciation, ethnic identity, and eating disorder symptoms in Black women. *Journal of Black Psychology, 41*(1), 3–25. <https://doi.org/10.1177/0095798413502671>
- Csikszentmihalyi, M., & Seligman, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1>
- Dakanalis A., Di Mattei V. E., Pagani Bagliacca E., Prunas A., Sarno L., Riva G., & Zanetti, M. A. (2012). Disordered eating behaviors among Italian men: Objectifying media and sexual orientation differences. *Eating Disorders, 20*(5), 356-367. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715514>
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(8), 997-1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>
- Dalley, S. E., & Vidal, J. (2013). Optimism and positive body image in women: The mediating role of the feared fat self. *Personality and Individual Differences, 55*(5), 465-468. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.006>
- Davis, C., Tami, P., Ramsay, D., Melanson, L., MacLean, L., Nersesian, S., & Ramjeesingh, R. (2020). Body image in older breast cancer survivors: A systematic review. *Psycho-Oncology, 29*(5), 823-832. <https://doi.org/10.1002/pon.5359>

- 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 Carvalho Barreto, M., Ferreira, C., Marta-Simões, J., & Mendes, A. L. (2020). Exploring the paths between self-compassionate attributes and actions, body compassion and disordered eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 25*(2), 291-297. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0581-3>
- De Cicco, P., Catani, M. V., Gasperi, V., Sibilano, M., Quaglietta, M., & Savini, I. (2019). Nutrition and breast cancer: a literature review on prevention, treatment and recurrence. *Nutrients, 11*(7), 1514. <https://doi.org/10.3390/nu11071514>.
- de Wet A., J., Lane, B. R., & Mulgrew, K. E. (2020). A randomised controlled trial examining the effects of self-compassion meditations on women's body image. *Body Image, 35*, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.07.009>
- Di Gesto, C., Nerini, A., Policardo, G. R., & Matera, C. (2021). Predictors of acceptance of cosmetic surgery: instagram images-based activities, appearance comparison and body dissatisfaction among women. *Aesthetic Plastic Surgery, 1-11*. <https://doi.org/10.1007/s00266-021-02546-3>
- Doshi, D., Reddy, B. S., Kulkarni, S., & Karunakar, P. (2012). Breast self-examination: Knowledge, attitude, and practice among female dental students in Hyderabad city, India. *Indian Journal of Palliative Care, 18*(1), 68-73. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.97476>
- Dowson, J., & Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research, 102*(3), 263-271. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00254-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00254-2)
- Drury, C. A., & Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 14*(12), 554-561. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x>
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology, 20*(6), 754-764. <https://doi.org/10.1177/1359105315573438>

- Dumalaon-Canaria, J. A., Prichard, I., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2018). Fear of cancer recurrence and psychological well-being in women with breast cancer: The role of causal cancer attributions and optimism. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12579. <https://doi.org/10.1111/ecc.12579>
- Eke, A., Adam, M., Kowalski, K., & Ferguson, L. (2020). Narratives of adolescent women athletes' body self-compassion, performance and emotional well-being. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 12(2), 175-191. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628805>
- Ellis, A. (1973). My philosophy of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 6(1), 13–18. <https://doi.org/10.1007/BF01796028>
- Elmore, J.G., Armstrong, K., Lehman, C.D., Fletcher, S.W., (2005). Screening for Breast Cancer. *JAMA*, 293(10),1245–1256. <https://doi.org/10.1001/jama.293.10.1245>
- Eltahir, Y., Werners, L. L., Dreise, M. M., van Emmichoven, I. A. Z., Jansen, L., Werker, P. M., & de Bock, G. H. (2013). Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 132(2), 201e-209e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31829586a7>
- Engel, G.L., (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Erblich, J., Bovbjerg, D. H., & Valdimarsdottir, H. B. (2000). Psychological distress, health beliefs, and frequency of breast self-examination. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 277-292. <https://doi.org/10.1023/a:1005510109233>
- Fairburn, C.G., (2008). *Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory*. In *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 7–22). New York: Guilford Press.
- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fosså, S. D., & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549-3557. <https://doi.org/10.1002/cncr.25251>

- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer—A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(3), 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.002>
- Fang, S. Y., Chang, H. T., & Shu, B. C. (2014). Objectified body consciousness, body image discomfort, and depressive symptoms among breast cancer survivors in Taiwan. *Psychology of Women Quarterly, 38*(4), 563-574. <https://doi.org/10.1177/0361684314552652>
- Fang, S. Y., Shu, B. C., & Chang, Y. J. (2013). The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment, 137*(1), 13-21. <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2349-1>
- Favez, N., Antonini, T., Delaloye, J. F., & Notari, S. C. (2021). From breast cancer surgery to survivorship: Insecure attachment tendencies predict negative psychological outcomes. *Health Psychology Open, 8*(1), 2055102920987463. <https://doi.org/10.1177/2055102920987463>
- Fazzino, T. L., Fleming, K., Sher, K. J., Sullivan, D. K., & Befort, C. (2017). Heavy drinking in young adulthood increases risk of transitioning to obesity. *American Journal of Preventive Medicine, 53*(2), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.007>
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness, 10*(8), 1455-1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- Ferreira, C., Marta-Simões, J., & Oliveira, S. (2018). *The Body Compassion Scale: A Confirmatory Factor Analysis with a sample of Portuguese adult*. Presentato alla Conference: 26th European Congress of Psychiatry – 2018. [https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(17\)33046-8/pdf](https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(17)33046-8/pdf)
- 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>
- Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2011). A prospective study of risk factors for the development of depression and disordered eating in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(3), 500-505. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563465>

- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C. C., Tubman, J. G., & Adamson, L. (2004). *Prevention and Promotion across Borders*. In Successful Prevention and Youth Development Programs (pp. 191-217). Springer, Boston, MA.
- Fingeret, M. C., Nipomnick, S., Guindani, M., Baumann, D., Hanasono, M., & Crosby, M. (2014). Body image screening for cancer patients undergoing reconstructive surgery. *Psycho-Oncology*, 23(8), 898-905. <https://doi.org/10.1002/pon.3491>
- Fioretti, C., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2017). *Psychological support in breast cancer patients: a personalized approach*. In Breast cancer (pp. 841-847). Springer: Cambridge.
- Fish, J., & Wilkinson, S. (2003). Understanding lesbians' healthcare behaviour: The case of breast self-examination. *Social Science & Medicine*, 56(2), 235-245. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00022-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00022-9)
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(7), 579-594. <https://doi.org/10.1002/pon.991>
- Fontaine, K. R., Heo, M., & Allison, D. B. (2001). Body weight and cancer screening among women. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(5), 463-470. <https://doi.org/10.1089/152460901300233939>
- Franko, D. L., Coen, E. J., Roehrig, J. P., Rodgers, R. F., Jenkins, A., Lovering, M. E., & Cruz, S. D. (2012). Considering J. Lo and Ugly Betty: A qualitative examination of risk factors and prevention targets for body dissatisfaction, eating disorders, and obesity in young Latina women. *Body Image*, 9(3), 381-387. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.04.003>
- Franzoi, S. L., & Herzog, M. E. (1986). The Body Esteem Scale: A convergent and discriminant validity study. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 24-31. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5001_4
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (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>

- Fredrickson, B.L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678>
- 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>
- Galiano-Castillo, N., Ariza-García, A., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Díaz-Rodríguez, L., & Arroyo-Morales, M. (2014). Depressed mood in breast cancer survivors: associations with physical activity, cancer-related fatigue, quality of life, and fitness level. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2), 206-210. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.008>
- Galvin, R.D. (2005). Researching the disabled identity: Contextualizing the identity transformations which accompany the onset of impairment. *Sociology of Health & Illness*, 2, 393-413. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00448.x>
- Gamelli, I. (2011). *Sensibili al corpo. I gesti della formazione e della cura*. Milano: Libreria Cortina. ISBN: 9788869166273
- Garcia, S. N., Coelho, R. D. C. F. P., dos Santos, P. N. D., Maftum, M. A., de Fátima Mantovani, M., & Kalike, L. P. (2017). Changes in social function and body image in women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 39(1), 57-64. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v39i1.31833>
- Gavric, Z., & Vukovic-Kostic, Z. (2016). Assessment of quality of life of women with breast cancer. *Global Journal of Health Science*, 8(9), 1-9. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n9p1>
- Gehlert, S., & Clanton, M. (2020). Shift Work and Breast Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9544-9573. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249544>
- Gelso, C., & Fretz, B., (2001). *Counseling Psychology*. Cengage Learning. CA:Wadsworth. ISBN: 978-1-4338-1711-3
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>

- Gilbert, P., (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. New York: Routledge. ISBN:9781583919835
- 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>
- Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image*, 31, 294-301. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004>
- Gochett, C. G., (2015). *Psychological Well-being Among Breast Cancer Survivors: Factors That Influence Transition From Primary Treatment To Early Survivorship*. Doctoral Dissertation. University of Kentucky. https://uknowledge.uky.edu/nursing_etds/16
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107–109.
- Gorini, A., Mazzocco, K., Gandini, S., Munzone, E., McVie, G., & Pravettoni, G. (2015). Development and psychometric testing of a breast cancer patient-profiling questionnaire. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 7, 133-146. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S80014>
- Goss, K. P., & Gilbert, P. (2002). *Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis*. In P. Gilbert, & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualization, research & treatment* (pp. 219–255). UK: Brunner-Routledge
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(4), 189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Groen, J. W., Negenborn, V. L., Twisk, D. J. W. R., Rizopoulos, D., Ket, J. C. F., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Autologous fat grafting in onco-plastic breast reconstruction: a systematic review on oncological and radiological safety, complications, volume retention and patient/surgeon satisfaction. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 69(6), 742-764. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2016.03.019>
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Taylor & Francis: UK.

- Grogan, S., & Mehan, J. (2017). Body image after mastectomy: A thematic analysis of younger women's written accounts. *Journal of Health Psychology, 22*(11), 1480-1490. <https://doi.org/10.1177/1359105316630137>
- Gudenkauf, L. M., Antoni, M. H., Stagl, J. M., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Bouchard, L. C., ... & Carver, C. S. (2015). Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 677-688. <https://doi.org/10.1037/ccp0000020>
- Guest, E., Costa, B., Williamson, H., Meyrick, J., Halliwell, E., & Harcourt, D. (2019). The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. *Body Image, 30*, 10-25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.04.002>
- Gupta, S., King, W. D., Korzeniowski, M., Wallace, D. L., & Mackillop, W. J. (2016). The effect of waiting times for postoperative radiotherapy on outcomes for women receiving partial mastectomy for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oncology, 28*(12), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2016.07.010>
- Haddad, C., Zakhour, M., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Hallit, S., & Obeid, S. (2019). Factors associated with body dissatisfaction among the Lebanese population. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24*(3), 507-519. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-00634-z>
- Halliwell, E. (2013). The impact of thin idealized media images on body satisfaction: Does body appreciation protect women from negative effects?. *Body Image, 10*(4), 509-514. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.004>
- Hamlet, C., Williamson, H., Hotton, M., & Rumsey, N. (2021). 'Your face freezes and so does your life': A qualitative exploration of adults' psychosocial experiences of living with acquired facial palsy. *British Journal of Health Psychology, 26*(3), 977-994. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12515>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>

- He, J., Sun, S., Lin, Z., & Fan, X. (2020). The association between body appreciation and body mass index among males and females: A meta-analysis. *Body Image*, *34*, 10-26. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.006>
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & Matzon, J. L. (2001). *Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: Is some distress beneficial?* In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 215–232). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10403-011>
- Helms, R. L., O'Hea, E. L., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health and Medicine*, *13*(3), 313-325. <https://doi.org/10.1080/13548500701405509>
- Herbozo, S., & Thompson, J. K. (2006). Appearance-related commentary, body image, and self-esteem: Does the distress associated with the commentary matter?. *Body Image*, *3*(3), 255-262. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.04.00>
- Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological Science*, *25*(7), 1482-1486. <https://doi.org/10.1177/0956797614531799>
- Holtmaat, K., Van der Spek, N., Lissenberg-Witte, B. I., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). Positive mental health among cancer survivors: overlap in psychological well-being, personal meaning, and posttraumatic growth. *Supportive Care in Cancer*, *27*(2), 443-450. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4325-8>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, *6*, 53-60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, *37*(2), 189-197. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(00\)00353-1](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(00)00353-1)
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

- Hulbert-Williams, N. J., & Storey, L. (2016). Psychological flexibility correlates with patient-reported outcomes independent of clinical or sociodemographic characteristics. *Supportive Care in Cancer, 24*(6), 2513-2521. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3050-9>
- 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>
- Islam, R. M., Billah, B., Hossain, M. N., & Oldroyd, J. (2017). Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 18*(7), 1751–1763. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.7.1751>
- Ivanova, A., & Kvaalem, I. L. (2021). Psychological predictors of intention and avoidance of attending organized mammography screening in Norway: applying the Extended Parallel Process Model. *BMC Women's Health, 21*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01201-y>
- Jackson, K. L., Janssen, I., Appelhans, B. M., Kazlauskaitė, R., Karavolos, K., Dugan, S. A., ... & Kravitz, H. M. (2014). Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 177-187. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0416-9>
- Jacobson, H. L., Hall, M., & Anderson, T. L. (2013). Theology and the body: Sanctification and bodily experiences. *Psychology of Religion and Spirituality, 5*(1), 41-50. <https://doi.org/10.1037/a0028042>
- Jakatdar, T. A., Cash, T. F., & Engle, E. K. (2006). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image, 3*(4), 325-333. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.09.001>
- Janz, N. K., Mujahid, M., Lantz, P. M., Fagerlin, A., Salem, B., Morrow, M., ... & Katz, S. J. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research, 14*(6), 1467-1479. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0288-6>

- Jørgensen, L., Garne, J. P., Sjøgaard, M., & Laursen, B. S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(6), 612-618. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.009>
- Jung, F., Spahlholz, J., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2017). Impact of weight-related discrimination, body dissatisfaction and self-stigma on the desire to weigh less. *Obesity Facts, 10*(2), 139-151. <https://doi.org/10.1159/000468154>
- Kamińska, M., Ciszewski, T., Łopacka-Szatan, K., Miotła, P., & Starosławska, E. (2015). Breast cancer risk factors. *Menopause review, 14*(3), 196-202. <https://doi.org/10.5114/pm.2015.54346>
- Kelly, A. C., & Waring, S. V. (2018). A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 51*, 1005-1009. <https://doi.org/10.1002/eat.22930>
- 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>
- Khalid, A., Hassnain, S., Gakhar, H., Khalid, B., Zulfiqar, F., & Wahaj, A. (2018). Breast cancer among young girls: KAP study conducted in Lahore. *International Journal of Scientific Report, 4*(6), 166-171. <https://doi.org/10.18203/issn.2454-2156.IntJSciRep20182206>
- Khoury, L. R., Danielsen, P. L., & Skiveren, J. (2014). Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *Journal of Dermatological Treatment, 25*(1), 2-7. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.739278>
- Kichler, J. C., & Crowther, J. H. (2009). Young girls' eating attitudes and body image dissatisfaction: Associations with communication and modeling. *The Journal of Early Adolescence, 29*(2), 212-232. <https://doi.org/10.1177/0272431608320121>
- Knight, A., Wasiak, J., Salway, J., & O'Brien, L. (2017). Factors predicting health status and recovery of hand function after hand burns in the second year after hospital discharge. *Burns, 43*(1), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.07.025>
- Knobf, M. T. (2015, May). The transition experience to breast cancer survivorship. *Seminars in Oncology Nursing, 31*(2), 178-182. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.02.006>

- Koc, G., Gulen-Savas, H., Ergol, S., Yildirim-Cetinkaya, M., & Aydin, N. (2019). Female university students' knowledge and practice of Breast Self-Examination in Turkey. *Niger Journal of Clinical Practice*, 22(3), 410-415. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_341_18
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *The Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., ... & Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors—still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship—a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, 23(5), 547-554. <https://doi.org/10.1002/pon.3452>
- Kołodziejczyk, A., & Pawłowski, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 28(8), 1137-1142. <https://doi.org/10.17219/acem/103626>
- Krueger, D. W. (2002). *Psychodynamic approaches to changing body image*. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 461–468). New York: Guilford Press.
- Kuhl, C. K., Schrading, S., Leutner, C. C., Morakkabati-Spitz, N., Wardelmann, E., Fimmers, R., ... & Schild, H. H. (2005). Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(33), 8469-8476. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.00.4960>
- Kummerow, K. L., Du, L., Penson, D. F., Shyr, Y., & Hooks, M. A. (2015). Nationwide trends in mastectomy for early-stage breast cancer. *JAMA Surgery*, 150(1), 9-16. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.2895>
- Kunkel, E. J., Chen, E. I., & Okunlola, T. B. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 9(4), 129-134. [https://doi.org/10.1016/S1068-607X\(02\)00103-8](https://doi.org/10.1016/S1068-607X(02)00103-8)
- Lagerlund, M., Hedin, A., Sparén, P., Thurffjell, E., & Lambe, M. (2000). Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography

- screening program. *Preventive Medicine*, 31(4), 417-428.
<https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0723>
- Lambert, N. M., Graham, S. M., Fincham, F. D., & Stillman, T. F. (2009). A changed perspective: How gratitude can affect sense of coherence through positive reframing. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 461-470. <https://doi.org/10.1080/17439760903157182>
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275-291. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0483-4>
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., Cortijo-Alcarria, M. C., & Santed-Germán, M. A. (2020). Attachment, body appreciation, and body image quality of life in adolescents with eating disorders. *Eating Disorders*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1763112>
- Latner, J. D., Mond, J. M., Vallance, J. K., Gleaves, D. H., & Buckett, G. (2012). Body checking and avoidance in women: Associations with mental and physical health-related quality of life. *Eating Behaviors*, 13(4), 386-389. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.008>
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Wang, L., & Wang, L. (2015). Using theory of planned behavior to predict the physical activity of children: probing gender differences. *BioMed Research International*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/536904>
- Lee, C., (2017) *Exploration of the link between Breast Cancer and Body Image, Quality of Life and Body Appreciation*. Undergraduate Thesis, Dublin, National College of Ireland.
- Lehardy, E. N. (2019). *Extending Objectification Theory: An Exploratory Model of Body Appreciation Among Breast Cancer Survivors*. Doctoral dissertation, University of Miami.
- Lehmann, V., Hagedoorn, M., & Tuinman, M. A. (2015). Body image in cancer survivors: a systematic review of case-control studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(2), 339-348. <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0414-y>

- Lemieux, J., Maunsell, E., & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(4), 317-328. <https://doi.org/10.1002/pon.1245>
- Lemoine, J. E., Konradsen, H., Jensen, A. L., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>
- Levin, M. E., Luoma, J. B., Lillis, J., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire–Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.003>
- Levin, R. J. (2006). The breast/nipple/areola complex and human sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(02), 237-249. <https://doi.org/10.1080/14681990600674674>
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., & Harcourt, D. (2018). Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2687-2699. <https://doi.org/10.1002/pon.4870>
- Linardon, J. (2021). Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1967-1977. <https://doi.org/10.1002/eat.23623>
- Linardon, J., Susanto, L., Tepper, H., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). Self-compassion as a moderator of the relationships between shape and weight overvaluation and eating disorder psychopathology, psychosocial impairment, and psychological distress. *Body Image*, 33, 183-189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.001>
- Littleton, H. Body Image Dissatisfaction: Normative Discontent?. *Sex Roles*, 59, 292–293. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9399-1>
- Ljungman, L., Ahlgren, J., Petersson, L. M., Flynn, K. E., Weinfurt, K., Gorman, J. R., ... & Lampic, C. (2018). Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with

- breast cancer: Type, prevalence, and predictors of problems. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2770-2777. <https://doi.org/10.1002/pon.4886>
- Lonergan, A. R., Bussey, K., Mond, J., Brown, O., Griffiths, S., Murray, S. B., & Mitchison, D. (2019). Me, my selfie, and I: The relationship between editing and posting selfies and body dissatisfaction in men and women. *Body Image*, 28, 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.001>
- Lovett, J. L., Chima, M. A., Wexler, J. K., Arslanian, K. J., Friedman, A. B., Yousif, C. B., & Strassmann, B. I. (2017). Oral contraceptives cause evolutionarily novel increases in hormone exposureA risk factor for breast cancer. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2017(1), 97-108. <https://doi.org/10.1093/emph/eox009>
- Ludman, E. J., Ichikawa, L. E., Simon, G. E., Rohde, P., Arterburn, D., Operskalski, B. H., ... & Jeffery, R. W. (2010). Breast and cervical cancer screening: specific effects of depression and obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 303-310. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.039>
- Lyle, G., Hendrie, G. A., & Hendrie, D. (2017). Understanding the effects of socioeconomic status along the breast cancer continuum in Australian women: a systematic review of evidence. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0676-x>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Magnus, C. M., Kowalski, K. C., & McHugh, T. L. F. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9(4), 363-382. <https://doi.org/10.1080/15298860903135073>
- Malvezzi, M., Carioli, G., Bertuccio, P., Boffetta, P., Levi, F., La Vecchia, C., & Negri, E. (2019). European cancer mortality predictions for the year 2019 with focus on breast cancer. *Annals of Oncology*, 30(5), 781-787. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz051>
- Manaf, N. A., Saravanan, C., & Zuhrah, B. (2016). The Prevalence and Inter-Relationship of Negative Body Image Perception, Depression and Susceptibility to Eating Disorders Among Female Medical Undergraduate Students. *Journal of clinical and diagnostic research: Journal*

- of *Clinical and Diagnostic Research*, 10(3), VC01-VC04.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16678.7341>
- Markey, C. H., Dunaev, J. L., & August, K. J. (2020). Body image experiences in the context of chronic pain: An examination of associations among perceptions of pain, body dissatisfaction, and positive body image. *Body Image*, 32, 103-110.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.11.005>
- Marshall, E. J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60–72. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.30.1.60>
- Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Mendes, A. L. (2016). Exploring the effect of external shame on body appreciation among Portuguese young adults: The role of self-compassion. *Eating Behaviors*, 23, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.006>
- Martín-Sánchez, J. C., Lunet, N., Gonzalez-Marron, A., Lidon-Moyano, C., Matilla-Santander, N., Cleries, R., ... & Martinez-Sanchez, J. M. (2018). Projections in breast and lung cancer mortality among women: a Bayesian analysis of 52 countries worldwide. *Cancer Research*, 78(15), 4436-4442. <https://doi.org/10.1158/0008-5472>.
- Marzorati, C., Riva, S., & Pravettoni, G. (2017). Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 228-237.
<https://doi.org/10.1007/s13187-016-0997-2>
- Mason, T. E., & White, K. M. (2008). Applying an extended model of the theory of planned behaviour to breast self-examination. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 946-955.
<https://doi.org/10.1177/1359105308095069>
- Matera, C., Nerini, A., & Stefanile, C. (2013b). Assessing body dissatisfaction: validation of the Italian version of the Body Shape Questionnaire-14 (BSQ-14). *Counseling*, 6, 235–244.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- McGaughey, A. (2006). Body image after bilateral prophylactic mastectomy: an integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6), 45-49.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.07.002>

- McGuigan, R. D., & Wilkinson, J. M. (2015). Obesity and healthcare avoidance: a systematic review. *AIMS Public Health*, 2(1), 56-63. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2015.1.56>
- McKinley, N. M., & Lyon, L. A. (2008). Menopausal attitudes, objectified body consciousness, aging anxiety, and body esteem: European American women's body experiences in midlife. *Body Image*, 5(4), 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.07.001>
- Melnik, 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>
- Menzel, J., Schaefer, L., Burke, N., Mayhew, L., Brannick, M., & Thompson, J. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body Image*, 7(4), 261-270. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.05.004>
- Miaja, M., Platas, A., & Martinez-Cannon, B. A. (2017). Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. *Revista de Investigacion Clinica*, 69(4), 204-209. <https://doi.org/10.24875/ric.17002279>
- Miller, A. B., Wall, C., Baines, C. J., Sun, P., To, T., & Narod, S. A. (2014). Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*, 11, 348-366. <https://doi.org/10.1136/bmj.g366>
- Miller, A. M., & Champion, V. L. (1993). Mammography in women > or = 50 years of age. Predisposing and enabling characteristics. *Cancer Nursing*, 16(4), 260-269.
- Mohabbat-Bahar, S., Maleki-Rizi, F., Akbari, M. E., & Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 8(2), 71-76.

- Mokhatri-Hesari, P., & Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-25. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>
- Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, 11, 151-164. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>
- Montazer, A., Nemati, F., Dehghani, F., & Fallah, T. (2017). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on breast cancer female patients' hope. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 10(2). <https://doi.org/10.5812/ijcp.5526>
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-330>
- Montiel, C. B., Moya, T. R., Venditti, F., & Bernini, O. (2016). On the contribution of psychological flexibility to predict adjustment to breast cancer. *Psicothema*, 28(3), 266-271.
- Moorey, S., (2007). *Breast Cancer and Body Image in The Female Body in Mind*. Routledge, Taylor & Francis Group. ISBN: 9780203939543
- More, K. R., Phillips, L. A., & Colman, M. H. E. (2019). Evaluating the potential roles of body dissatisfaction in exercise avoidance. *Body Image*, 28, 110-114. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.003>
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.04.001>
- 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 and Exercise Psychology*, 33(1), 103-123. <https://doi.org/10.1123/jsep.33.1.103>
- Murphy, J. O., & Sacchini, V. (2020). *Surgical Options for Primary Prevention: Prophylactic Mastectomy and Oophorectomy*. In *Breast MRI for High-risk Screening* (pp. 279-291). Springer, Cham.

- Namatame, H., Yamamiya, Y., Shimai, S., & Sawamiya, Y. (2022). Psychometric validation of the Japanese version of the Functionality Appreciation Scale (FAS). *Body Image*, *40*, 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.11.007>
- Naumann, E., Svaldi, J., Wyszka, T., Heinrichs, M., & von Dawans, B. (2018). Stress-induced body dissatisfaction in women with binge eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *127*(6), 548-558. <https://doi.org/10.1037/abn0000371>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2004). Self-Compassion and Psychological Well-Being. *Constructivism in the Human Sciences*, *9*, 27-37.
- Neff, K. D. (2016). "The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion": Erratum. *Mindfulness*, *7*(4), 1009. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0560-6>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, *77*(1), 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Nozawa, K., Shimizu, C., Kakimoto, M., Mizota, Y., Yamamoto, S., Takahashi, Y., ... & Fujiwara, Y. (2013). Quantitative assessment of appearance changes and related distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, *22*(9), 2140-2147. <https://doi.org/10.1002/pon.3268>
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1967) *Psychometric Theory*. McGraw-Hill: New York.
- Oeffinger, K. C., Fontham, E. T., Etzioni, R., Herzig, A., Michaelson, J. S., Shih, Y. C. T., ... & Wender, R. (2015). Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the American Cancer Society. *JAMA*, *314*(15), 1599-1614. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.12783>
- Ogle, J. P., & Ullstrup, K. (2006). Breast cancer as an embodied life event: A synthesis of research and theory and directions for intervention and future work. *Illness, Crisis & Loss*, *14*(3), 223-244. <https://doi.org/10.1177/105413730601400302>

- Oh, K. H., Wiseman, M. C., Hendrickson, J., Phillips, J. C., & Hayden, E. W. (2012). Testing the acceptance model of intuitive eating with college women athletes. *Psychology of Women Quarterly*, 36(1), 88-98. <https://doi.org/10.1177/0361684311433282>
- Olfatbakhsh, A., Haghghat, S., Tabari, M., Hashemi, E., Sari, F., & Kaviani, A. (2018). Patient satisfaction and body image following mastectomy, breast-conserving therapy, and mastectomy with reconstruction: a study in Iran. *Archives of Breast Cancer*, 173-182. <https://doi.org/10.32768/abc.201854173-182>
- 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>
- Osservatorio Nazionale Screening. Osservatorio nazionale screening Rapporto 2020. Available online at: <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto> accessed April 3, 2020.
- Ozkan, B., Menten, S., Öztürk, A., & Soyuer, S. (2014). Effects of follow-up by phone interview and anger management training provided to patients with breast cancer undergoing radiotherapy on levels of self-esteem, anger and depression. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 24(4), 260-269. <https://doi.org/10.4999/uhod.14474>
- Pacian, A., Kulik, T. B., Chrusciel, P., Pacian, J., Skórzynska, H., & Zakrzewska, W. (2012). Psychosocial conditions of quality of life for women during menopause treated for breast cancer. *Przegląd Menopauzalny*, 16(5), 423-427. <https://doi.org/10.5114/pm.2012.31470>
- Parker, P. A., Peterson, S. K., Bedrosian, I., Crosby, M. A., Shen, Y., Black, D. M., ... & Brewster, A. M. (2016). Prospective study of surgical decision-making processes for contralateral prophylactic mastectomy in women with breast cancer. *Annals of Surgery*, 263(1), 178-183. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001216>
- PASSI Epicentro. *Screening mammografico dati sorveglianza Passi*. Available online at: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningMammografico#impatto> accessed April 3, 2020
- Paterson, C., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer Nursing*, 39(1), E39. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000251>

- Paxton, S. J., & Heinicke, B. E. (2018). *Body image* in Annual Review of Eating Disorders (pp. 77-91). CRC Press. ISBN:9781315380063
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 181–197. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>
- Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., & Rivas, T. (2013). Italian version of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(4), 552-563. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9355-4>
- Pierrisnard, C., Baciuchka, M., Mancini, J., Rathelot, P., Vanelle, P., & Montana, M. (2018). Body image and psychological distress in women with breast cancer: a French online survey on patients' perceptions and expectations. *Breast Cancer, 25*(3), 303-308. <https://doi.org/10.1007/s12282-017-0828-2>
- Pikler, V., & Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology, 22*(6), 632-637. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.6.632>
- Piko, B. F., Obál, A., & Mellor, D. (2020). Body Appreciation in Light of Psychological, Health- and Weight-Related Variables Among Female Adolescents. *Europe's Journal of Psychology, 16*(4), 676-687. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i4.2183>
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(4), 311-323. <https://doi.org/10.1002/cpp.1838>
- 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. (2019). *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions*. Oxford University Press. ISBN: 0190841885

- Pirani, E., & Matera, C. (2020). Who is at risk? Gendered psychological correlates in Italian students' sexual risk profiles. *Genus*, 76(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s41118-020-00080-9>
- Pisitsungkagarn, K., Taephant, N., & Attasaranya, P. (2014). Body image satisfaction and self-esteem in Thai female adolescents: the moderating role of self-compassion. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3), 333-338. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0307>
- Policardo, G. R., Nerini, A., Di Gesto, C., & Matera, C. (2021). Body Compassion Scale: A validation study in the Italian context. Advance online publication. *European Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000088>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
- Przedziecki, A., & Sherman, K. A. (2016). Modifying affective and cognitive responses regarding body image difficulties in breast cancer survivors using a self-compassion-based writing intervention. *Mindfulness*, 7(5), 1142-1155. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0557-1>
- Przedziecki, A., Alcorso, J., & Sherman, K. A. (2016). My Changed Body: Background, development and acceptability of a self-compassion based writing activity for female survivors of breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 870-874. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.011>
- Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1872-1879. <https://doi.org/10.1002/pon.3230>
- Pyfer, B., Chatterjee, A., Chen, L., Nigriny, J., Czerniecki, B., Tchou, J., & Fisher, C. (2016). Early postoperative outcomes in breast conservation surgery versus simple mastectomy with implant reconstruction: a NSQIP analysis of 11,645 patients. *Annals of Surgical Oncology*, 23(1), 92-98. <https://doi.org/10.1245/s10434-015-4770-2>

- Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., & Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 864. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00864>
- Radwan, H., Hasan, H. A., Ismat, H., Hakim, H., Khalid, H., Al-Fityani, L., ... & Ayman, A. (2019). Body mass index perception, body image dissatisfaction and their relations with weight-related behaviors among university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(9), 1541-1555. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091541>
- Raggio, G. A., Butryn, M. L., Arigo, D., Mikorski, R., & Palmer, S. C. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health, 29*(6), 632-650. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>
- Ramseyer Winter, V., Kennedy, A. K., & O'Neill, E. (2017). Adolescent tobacco and alcohol use: the influence of body image. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 26*(3), 219-228. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2017.1279992>
- Rawana, J. S., McPhie, M. L., & Hassibi, B. (2016). Eating-and weight-related factors associated with depressive symptoms in emerging adulthood. *Eating Behaviors, 22*, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.04.002>
- Razmus, M., & Razmus, W. (2017). Evaluating the psychometric properties of the Polish version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image, 23*, 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.004>
- Rezaei, M., Elyasi, F., Janbabai, G., Moosazadeh, M., & Hamzehgardeshi, Z. (2016). Factors influencing body image in women with breast cancer: A comprehensive literature review. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 18*(10), e39465. <https://doi.org/10.5812/ircmj.39465>
- Rhondali, W., Chisholm, G. B., Daneshmand, M., Allo, J., Kang, D. H., Filbet, M., ... & Bruera, E. (2013). Association between body image dissatisfaction and weight loss among patients with advanced cancer and their caregivers: a preliminary report. *Journal of Pain and Symptom Management, 45*(6), 1039-1049. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.06.013>
- Ribeiro-Silva, R. D. C., Fiaccone, R. L., Conceição-Machado, M. E. P. D., Ruiz, A. S., Barreto, M. L., & Santana, M. L. P. (2018). Body image dissatisfaction and dietary patterns according

- to nutritional status in adolescents. *Jornal de Pediatria*, 94, 155-161.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.05.005>
- Ricci Bitti, P. E., Scioli, A., Candini, L., & Garotti, P. L. (2003). Studio sulle credenze e gli atteggiamenti personali in tema di prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella. *Psicologia della Salute*, 18, 1-18.
- Rice, R. E., & Atkin, C. K. (2002). *Communication campaigns: Theory, design, implementation, and evaluation*. In *Media Effects* (pp. 437-462). Routledge: UK.
- Ridolfi, D. R., & Crowther, J. H. (2013). The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: A critical review of the literature and a new integrated model for women. *Body Image*, 10(2), 149-162.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.11.003>
- Rimal, R. N., & Real, K. (2003). Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change: Use of the risk perception attitude (RPA) framework to understand health behaviors. *Human Communication Research*, 29(3), 370-399. <https://doi.org/10.1093/hcr/29.3.370>
- Riva, G., Gaggioli, A., & Dakanalis, A. (2013). *From body dissatisfaction to obesity: how virtual reality may improve obesity prevention and treatment in adolescents*. In *Medicine Meets Virtual Reality 20* (pp. 356-362). IOS Press.
- Rodgers, R. F., Franko, D. L., Donovan, E., Cousineau, T., Yates, K., McGowan, K., & Lowy, A. S. (2017). Body image in emerging adults: The protective role of self-compassion. *Body Image*, 22, 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.003>
- Rogers, C.R., (1961). The place of the person in the new world of the behavioral sciences. *Personnel & Guidance Journal*, 39, 442-451. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1961.tb01913.x>
- Rosen, J. C. (1992). *Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders*. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M. A. P. Stephens (Eds.), *The Etiology of Bulimia: The Individual and Familial Context* (pp. 157-177). Washington, DC: Hemisphere
- Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., ... & Partridge, A. H. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1849-1855. <https://doi.org/10.1002/pon.3221>

- Rucker, D. D., Preacher, K. J., Tormala, Z. L., & Petty, R. E. (2011). Mediation analysis in social psychology: Current practices and new recommendations. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(6), 359-371. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00355.x>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Saha, S., Zhao, Y. Q., Shah, S. A., Esposti, S. D., Lidofsky, S., Bright, R., ... & Sands, B. E. (2015). Body image dissatisfaction in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(2), 345-352. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000270>
- Salibian, A. H., Harness, J. K., & Mowlds, D. S. (2017). *Nipple-Sparing Mastectomy in the Large, Ptotic Breast*. In *Operative Approaches to Nipple-Sparing Mastectomy* (pp. 67-74). Springer, Cham.
- Samah, A.A., & Ahmadian, M. (2014). Relationship between body image and breast self-examination intentions and behaviors among female university students in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(21), 9499-9503. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.21.9499>
- Sánchez-Miguel, P. A., González, J. J. P., Sánchez-Oliva, D., Alonso, D. A., & Leo, F. M. (2019). The importance of body satisfaction to physical self-concept and body mass index in Spanish adolescents. *International Journal of Psychology*, 54(4), 521-529. <https://doi.org/10.1002/ijop.12488>
- 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.2016.11.004>
- Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S., & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 9(1), 137-144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.007>

- Schilder, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. Kegan Paul, London. ISBN:113887552X
- Schmidt, C. K., Raque-Bogdan, T. L., & Hollern, E. A. (2019). Self-Compassion, Affect, and Body Image in College Women. *Journal of College Counseling*, 22(2), 152-163. <https://doi.org/10.1002/JOCC.12127>
- Schwartz, G. E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 1040–1053. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.6.1040>
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021). The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: A systematic-review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12:611954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.611954>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–9). Oxford University Press.
- Sheng, J. Y., Sharma, D., Jerome, G., & Augusto Santa-Maria, C. (2018). Obese breast cancer patients and survivors: Management considerations. *Oncology*, 32(8), 410-417.
- Sherman, K. A., Przedziecki, A., Alcorso, J., Kilby, C. J., Elder, E., Boyages, J., ... & Mackie, H. (2018). Reducing body image-related distress in women with breast cancer using a structured online writing exercise: Results from the my changed body randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 36(19), 1930-1940. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.3318>
- Sherman, K. A., Woon, S., French, J., & Elder, E. (2017). Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psycho-Oncology*, 26(3), 337-345. <https://doi.org/10.1002/pon.4138>

- Siegel, J. A., Huellemann, K. L., Hillier, C. C., & Campbell, L. (2020). The protective role of self-compassion for women's positive body image: An open replication and extension. *Body Image*, 32, 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.003>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2020). Cancer statistics, 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(1), 7-30. <https://doi.org/10.3322/caac.21590>
- Sirigatti, S., Stefanile, C., Giannetti, E., Iani, L., Penzo, I., & Mazzeschi, A. (2009). Assessment of factor structure of Ryff's Psychological Well-Being Scales in Italian adolescents. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 259(56), 30-50.
- Slade, P. D. (1994). What is Body Image?. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 497-502. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90136-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90136-8)
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 794-807. <https://doi.org/10.1002/jclp.22076>
- Smith, R. A., Andrews, K. S., Brooks, D., Fedewa, S. A., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., ... & Wender, R. C. (2017). Cancer screening in the United States, 2017: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(2), 100-121. <https://doi.org/10.3322/caac.21557>
- Smolak, L., & Cash, T. F. (2011). *Future challenges for body image science, practice, and prevention*. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 471-478). The Guilford Press: New York.
- Soulliard, Z. A., & Vander Wal, J. S. (2019). Validation of the Body Appreciation Scale-2 and relationships to eating behaviors and health among sexual minorities. *Body Image*, 31, 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.09.003>
- Stefano, E. C., Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Buchanan, E. M., & Latner, J. D. (2016). Examination of body checking, body image dissatisfaction, and negative affect using ecological momentary assessment. *Eating Behaviors*, 22, 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.026>.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)

- Sterba, K. R., Burris, J. L., Heiney, S. P., Ruppel, M. B., Ford, M. E., & Zapka, J. (2014). "We both just trusted and leaned on the Lord": a qualitative study of religiousness and spirituality among African American breast cancer survivors and their caregivers. *Quality of Life Research, 23*(7), 1909-1920.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Strand, M., Fredlund, P., Boldemann, C., & Lager, A. (2021). Body image perception, smoking, alcohol use, indoor tanning, and disordered eating in young and middle-aged adults: findings from a large population-based Swedish study. *BMC Public Health, 21*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10158-4>
- Streiner, D. L. (2005). Finding our way: an introduction to path analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*(2), 115-122. <https://doi.org/10.1177/070674370505000207>
- Sun, L., Ang, E., Ang, W. H. D., & Lopez, V. (2018). Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 27*(2), 376-385. <https://doi.org/10.1002/pon.4460>
- Sündermann, O., Flink, I., & Linton, S. J. (2020). My body is not working right: a cognitive behavioral model of body image and chronic pain. *Pain, 161*(6), 1136-1139. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001822>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Suppli, N. P., Johansen, C., Christensen, J., Kessing, L. V., Kroman, N., & Dalton, S. O. (2014). Increased risk for depression after breast cancer: a nationwide population-based cohort study of associated factors in Denmark, 1998-2011. *Journal of Clinical Oncology, 32*(34), 3831-3839. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.0419>
- Swami, V., & Furnham, A. (2018). Breast size dissatisfaction, but not body dissatisfaction, is associated with breast self-examination frequency and breast change detection in British women. *Body Image, 24*, 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.12.004>

- Swami, V., Barron, D., Hari, R., Grover, S., Smith, L., & Furnham, A. (2019). The nature of positive body image: Examining associations between nature exposure, self-compassion, functionality appreciation, and body appreciation. *Ecopsychology*, *11*(4), 243-253. <https://doi.org/10.1089/eco.2019.0019>
- Swami, V., Cavelti, S., Taylor, D., & Tovée, M. J. (2015). The breast size rating scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, *14*, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.02.004>
- Swami, V., Ng, S. K., & Barron, D. (2016). Translation and psychometric evaluation of a Standard Chinese version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, *18*, 23-26. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.005>
- Swami, V., Todd, J., & Barron, D. (2021). Translation and validation of body image instruments: An addendum to Swami and Barron (2019) in the form of frequently asked questions. *Body Image*, *37*, 214-224. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.03.002>
- Swami, V., Todd, J., Robinson, C., & Furnham, A. (2021). Self-compassion mediates the relationship between COVID-19-related stress and body image disturbance: Evidence from the United Kingdom under lockdown. *Personality and Individual Differences*, *183*, 111130. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111130>
- Swami, V., Tudorel, O., Goian, C., Barron, D., & Vintila, M. (2017). Factor structure and psychometric properties of a Romanian translation of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, *23*, 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.02.004>
- Swami, V., Weis, L., Barron, D., & Furnham, A. (2018). Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudaimonic (psychological and social) well-being in British adults. *The Journal of Social Psychology*, *158*(5), 541-552. <https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1392278>
- Tang, C., Cooper, M., Wang, S., Song, J., & He, J. (2021). The relationship between body weight and dietary restraint is explained by body dissatisfaction and body image inflexibility among young adults in China. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*(6), 1863-1870. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01032-0>
- Taylor, C. W., McGale, P., & Darby, S. C. (2006). Cardiac risks of breast-cancer radiotherapy: a contemporary view. *Clinical Oncology*, *18*(3), 236-246. <https://doi.org/>

- Taylor, S., (2017). *Health Psychology*. McGraw Hill; 10th edition. ISBN-10:1259870472
- Teo, I., Cheung, Y. B., Lim, T. Y. K., Namuduri, R. P., Long, V., & Tewani, K. (2018). The relationship between symptom prevalence, body image, and quality of life in Asian gynecologic cancer patients. *Psycho-Oncology*, 27(1), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2005.11.003>
- Teo, I., Novy, D. M., Chang, D. W., Cox, M. G., & Fingeret, M. C. (2015). Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1377-1383. <https://doi.org/10.1002/pon.3745>
- The Jamovi Project (2021). *Jamovi (Version 2.2.5.)* [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Thomas, E. V., 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.2020.11.006>
- Thompson, J. K., Coovert, M. D., & Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 43-51. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199907\)26:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199907)26:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-r)
- Tiggemann, M. (2011). *Sociocultural perspectives on human appearance and body image*. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 12–19). The Guilford Press.
- Tiggemann, M., & Lacey, C. (2009). Shopping for clothes: Body satisfaction, appearance investment, and functions of clothing among female shoppers. *Body Image*, 6(4), 285-291. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.07.002>
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624-627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
- Todd, J., Aspell, J. E., Barron, D., & Swami, V. (2019). Multiple dimensions of interoceptive awareness are associated with facets of body image in British adults. *Body Image*, 29, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.003>

- Toole, A. M., & Craighead, L. W. (2016). Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. *Body Image, 19*, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.001>
- Trautmann, J., Worthy, S. L., & Lokken, K. L. (2007). Body dissatisfaction, bulimic symptoms, and clothing practices among college women. *The Journal of Psychology, 141*(5), 485-498. <https://doi.org/10.3200/JRLP.141.5.485-498>
- Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Chronic illness-related cognitive fusion explains the impact of body dissatisfaction and shame on depression symptoms in breast cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(6), 886-893. <https://doi.org/10.1002/cpp.2323>
- Troncone, A., Cascella, C., Chianese, A., Zanfardino, A., Piscopo, A., Borriello, A., ... & Iafusco, D. (2020). Body image problems and disordered eating behaviors in Italian adolescents with and without type 1 diabetes: An examination with a gender-specific body image measure. *Frontiers in Psychology, 11*, 2547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.556520>
- Tu, S. P., Reisch, L. M., Taplin, S. H., Kreuter, W., Elmore, J. G., & Legge Muilenburg, J. (2006). Breast self-examination: self-reported frequency, quality, and associated outcomes. *Journal of Cancer Education, 21*(3), 175-181. https://doi.org/10.1207/s15430154jce2103_18
- Turati, F., Carioli, G., Bravi, F., Ferraroni, M., Serraino, D., Montella, M., & La Vecchia, C. (2018). Mediterranean diet and breast cancer risk. *Nutrients, 10*(3), 326-340. <https://doi.org/10.3390/nu10030326>
- Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 79*, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>
- Türk, K. E., & Yılmaz, M. (2018). The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors. *European Journal of Breast Health, 14*(4), 205-210. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>
- 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* (pp. 56–64). New York: Guilford.

- Tylka, T. L. (2018). *Overview of the field of positive body image*. In E. A. Daniels, M. M. Gillen, & C. H. Markey (Eds.), *Body positive: Understanding and improving body image in science and practice* (pp. 6–33). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108297653.002>
- Tylka, T. L. (2019). *Body appreciation*. In T. L. Tylka & N. Piran (Eds.), *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions* (pp. 22–32). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190841874.003.0003>
- 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>
- Vanni, G., Materazzo, M., Santori, F., Pellicciaro, M., Costesta, M., Orsaria, P., ... & Buonomo, O. C. (2020). The effect of coronavirus (COVID-19) on breast cancer teamwork: a multicentric survey. *In Vivo, 34*(3), 1685-1694. <https://doi.org/10.21873/invivo.11962>
- Vimalakanthan, K., Kelly, A. C., & Trac, S. (2018). From competition to compassion: A caregiving approach to intervening with appearance comparisons. *Body Image, 25*, 148-162. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.03.003>
- Vuotto, S. C., Ojha, R. P., Li, C., Kimberg, C., Klosky, J. L., Krull, K. R., ... & Brinkman, T. M. (2018). The role of body image dissatisfaction in the association between treatment-related scarring or disfigurement and psychological distress in adult survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology, 27*(1), 216-222. <https://doi.org/10.1002/pon.4439>
- Walker, D. C., White, E. K., & Srinivasan, V. J. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders, 51*(8), 745-770. <https://doi.org/10.1002/eat.22867>
- Wang, J., & Wang, X. (2012). *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus*. Hoboken, NJ: Wiley, Higher Education Press. <https://doi.org/10.1002/9781118356258>
- 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>

- Watson, L. B., Lewis, J. A., & Moody, A. T. (2019). A sociocultural examination of body image among Black women. *Body Image, 31*, 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.008>
- 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>
- Welch, H. G., Prorok, P. C., O'Malley, A. J., & Kramer, B. S. (2016). Breast-cancer tumor size, overdiagnosis, and mammography screening effectiveness. *New England Journal of Medicine, 375*(15), 1438-1447. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600249>
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). *Structural equation models with non-normal variables: problems and remedies* in Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications. Ed. R. Hoyle (Thousand Oaks, CA: Sage), 56–75.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology, 8*, 84-136. <https://doi.org/10.2307/270754>
- White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 9*(3), 183-192. <https://doi.org/10.1002/1099-1611>
- Wilke, L. G., Broadwater, G., Rabiner, S., Owens, E., Yoon, S., Ghate, S., & Seewaldt, V. (2009). Breast self-examination: defining a cohort still in need. *The American Journal of Surgery, 198*(4), 575-579. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.06.012>
- Williams, E. F., Cash, T. F., & Santos, M. T. (2004). *Positive and negative body image: Precursors, correlates, and consequences*. Paper presented at the 38th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health Expectations, 19*(3), 631-642. <https://doi.org/10.1111/hex.12372>
- Williamson, G., & Karazsia, B. T. (2018). The effect of functionality-focused and appearance-focused images of models of mixed body sizes on women's state-oriented body appreciation. *Body Image, 24*, 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.12.008>

- Wilmoth, M. C. (2001). The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing*, 24(4), 278-286. <https://doi.org/10.1097/00002820-200108000-00006>
- Winters, Z. E., Benson, J. R., & Pusic, A. L. (2010). A systematic review of the clinical evidence to guide treatment recommendations in breast reconstruction based on patient-reported outcome measures and health-related quality of life. *Annals of Surgery*, 252(6), 929-942. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181e623db>
- Woertman, L., & Van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 184-211. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>
- Wojtyla, C., Bertuccio, P., Ciebiera, M., & La Vecchia, C. (2021). Breast Cancer Mortality in the Americas and Australasia over the Period 1980–2017 with Predictions for 2025. *Biology*, 10(8), 814-823. <https://doi.org/10.3390/biology10080814>
- Wong, M. Y. C., Chung, P. K., & Leung, K. M. (2022). Psychometric properties of Chinese Translated body compassion scale (BCS) among Hong Kong adolescents. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 20(1), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2021.10.001>
- 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>
- Yambem, L. C. S., & Rahman, H. (2019). Knowledge, attitudes, and beliefs about breast cancer and barriers to breast self-examination among sikkimese women. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 40(02), 175-181. https://doi.org/10.4103/ijmpo.ijmpo_162_17
- Yeshitila, Y. G., Kassa, G. M., Gebeyehu, S., Memiah, P., & Desta, M. (2021). Breast self-examination practice and its determinants among women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(1), e0245252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245252>
- 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), 63-69. <https://doi.org/10.7417/CT.2016.1935>
- Zendehdel, M., Niakan, B., Keshtkar, A., Rafiei, E., & Salamat, F. (2018). Subtypes of benign breast disease as a risk factor for breast cancer: A systematic review and meta-analysis protocol. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 43(1), 1-8.

- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Zhu, K., Wu, H., Jatoi, I., Potter, J., & Shriver, C. (2006). Body mass index and use of mammography screening in the United States. *Preventive Medicine*, 42(5), 381-385. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.01.020>
- Zhu, L., Yao, J., Wang, J., Wu, L., Gao, Y., Xie, J., ... & Schroevers, M. J. (2019). The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1918-1925. <https://doi.org/10.1002/pon.5174>
- Zucchelli, F., White, P., & Williamson, H. (2020). Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Body Image*, 32, 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.002>