

DANIELA CONTI*

IL VISSUTO PSICOLOGICO IN PAZIENTI AFFETTI DA LINFEDEMA

THE PSYCHOLOGICAL EXPERIENCE IN PATIENTS WITH LYMPHEDEMA

RIASSUNTO

Il linfedema è una condizione che si può sviluppare come conseguenza del trattamento dovuto al cancro alla mammella. Nei vari studi le donne con linfedema hanno dimostrato di avere sia difficoltà relative alla qualità della vita sia una più alta disabilità funzionale.

In questo articolo vengono analizzate le variabili psicologiche connesse al linfedema, trovando risultati rilevanti ai fini del trattamento di questa tipologia di pazienti. In particolare, sono state evidenziate le relazioni fra variabili di personalità e la qualità della vita delle donne affette da linfedema.

Dai risultati si deduce che un trattamento psicologico associato a quello fisioterapico e riabilitativo potrebbe migliorare la qualità della vita delle pazienti con linfedema e permettere una migliore accettazione del proprio vissuto e della percezione del proprio corpo con conseguenti benefici sugli aspetti psicologici della patologia.

SUMMARY

Lymphedema is a condition that may develop as a result of the treatment of the breast cancer. In various studies, women with lymphedema have been shown to have problems relating to the quality of life and a higher functional disability.

This article analyses the psychological variables related to lymphedema, highlighting results relevant to the treatment of these patients. In particular-highlighted

* Psicologa, dottoranda in Neuroscienze. Università degli Studi di Catania

the relationship between personality variables and the quality of life of women with lymphedema are discussed.

Results show that a psychological treatment combined with physiotherapy and rehabilitation could improve the quality of life of patients with lymphedema. Psychological treatment allows better acceptance of their experience and perception of body with consequent benefits on the psychological aspects of the disease.

Introduzione

Nel corso del XX secolo l'incidenza dei tumori ha subito un notevole e costante incremento. In Italia e nella maggior parte dei paesi tecnologicamente avanzati, attualmente, i tumori rappresentano la seconda causa di morte dopo le malattie dell'apparato cardio-circolatorio (Treanor *et al.* 2014).

Fino a poco tempo fa l'unico tipo di chirurgia possibile nel cancro della mammella era la mastectomia totale, che consisteva nell'asportare l'intera mammella insieme ai muscoli del torace e a tutti i linfonodi dell'ascella. Attualmente questo intervento viene eseguito raramente, mentre la maggioranza delle pazienti può ricorrere a interventi conservativi come la nodulectomia, che risparmiano tutta o parte della mammella (Mayrovitz 2009).

Il cancro della mammella si diffonde per primo ai linfonodi dell'ascella e per tale motivo in quasi tutte le donne con un cancro invasivo è necessario esaminare questi linfonodi (Marcks 1997).

Nel nostro Paese la maggior parte della terapia del linfedema è affidata alla gestione di diversi operatori medici quali: angiologi, medici estetici, fisiatra, chirurghi generali, vascolari, plastici, microchirurghi che sono portati a vedere il problema ognuno dalla propria prospettiva (Morone *et al.* 2014) producendo un confuso approccio terapeutico ed anche una scarsa qualità della vita nei pazienti.

Nello specifico il linfedema primario e, tra i secondari i linfedemi conseguenti a trattamenti chirurgici per cancro, soprattutto della mammella, rappresentano delle condizioni di riferimento per comprenderne le ripercussioni sulla qualità di vita del paziente (Ahmed *et al.* 2008).

E' l'edema della mano che in maggior misura aggrava psicologicamente la paziente rispetto all'edema dell'intero braccio suscettibile di essere "nascosto". Il linfedema costituisce quindi una modificazione dell'immagine corporea a volte importante, ma non correlabile alla gravità dell'aumento volumetrico dell'arto (Rosenberg *et al.* 2013).

L'obiettivo del presente lavoro è studiare i correlati psicologici del linfedema in un campione di donne ricoverate in regime di Day Hospital, e di verificare la presenza di cambiamenti rilevanti dopo un ciclo di sedute fisioterapiche – riabilitative.

Sono state indagate sia le caratteristiche di personalità delle pazienti, sia la percezione della patologia e del proprio corpo come residuo di una condizione post-oncologica e sia il vissuto della malattia ed i relativi cambiamenti nella qualità della vita che questa ha comportato.

Scopo e ipotesi della ricerca

Scopo del presente lavoro è indagare gli aspetti psicologici relativi al soggetto portatore di linfedema, in particolare lo stato di salute percepito dal paziente, gli stati emozionali e le modificazioni comportamentali connesse all'impatto con la recente ospedalizzazione, rispetto alle preesistenti caratteristiche del soggetto; ed infine, ma non per importanza, alcuni aspetti della personalità, quali impulsi, ansie, conflitti e compensazioni che il soggetto mette in atto nella rappresentazione dello schema corporeo.

È stata inoltre valutata l'ipotesi di un miglioramento nella qualità di vita dopo un trattamento riabilitativo essenzialmente di tipo fisioterapico.

Metodo

Strumenti

A tutti i pazienti, oltre al colloquio psicologico, sono stati somministrati:

- la batteria CBA-H (Cognitive Behavioural Assessment forma Hospital, di Zotti *et al.* 2010), derivata dal più noto CBA (Cognitive Behavioural Assessment, di Sanavio *et al.* 1986). Le scale CBA indicano un approccio complessivo all'assessment psicodiagnostico e sono definibili come un test ad ampio spettro, di autovalutazione, volto a indagare le cognizioni e i comportamenti.

Dal CBA-1.0 deriva la forma CBA-H, sviluppata per permettere una più agevole valutazione psicodiagnostica con diverse patologie e problematiche ospedaliere che esigono modalità molto agili, automotivanti e contestualizzate all'ambito della salute. Il CBA-H presenta un sistema di risposta vero/falso per 147 item organizzati in 4 scale;

- il questionario SF-36 che analizza la “Qualità della vita” attraverso l'analisi dei vari aspetti, o domini, della salute (Ware *et al.* 2000);

– il Test della figura umana di Machover (1949), che richiede al soggetto di disegnare “un essere umano”, lasciando libera scelta per il sesso, invitandolo subito dopo a disegnare “un essere umano del sesso opposto” a quello del primo disegno.

Campione

Il campione è costituito da 18 donne con linfedema, di età compresa tra i 33 e i 74 anni (media 56,72, deviazione standard 11,64) con scolarità non inferiore alla licenza elementare.

L'SF-36 in ingresso è stato somministrato all'intero campione, mentre 16 donne sono state ri-contattate per una seconda somministrazione al termine del ciclo di sedute terapeutiche consistenti in riabilitazione fisioterapica, senza psicoterapia.

I test sono stati somministrati presso il reparto di angiologia tra i pazienti con linfedema ricoverati in regime di Day Hospital.

Procedura

Gli incontri tra lo Psicologo e le pazienti con linfedema che afferivano al reparto di angiologia, erano due. Durante il primo incontro veniva effettuato il colloquio psicologico e la somministrazione del CBA-H, dell'SF-36 e del Test della Figura Umana. L'ultimo colloquio veniva svolto, invece, a conclusione del ciclo di sedute fisioterapiche-riabilitative (con cadenza bi- o tri-settimanale), ed in quel caso venivano somministrati l'SF-36 ed il Test della Figura Umana, per valutare le condizioni del paziente dal punto di vista psicologico ed i cambiamenti che questo aveva effettuato durante tale periodo di trattamento.

Analisi dei dati

I risultati della ricerca sono esposti nelle tabelle seguenti, la prima delle quali riporta la percentuale di casi che si collocano significativamente sopra le soglie critiche al test CBA-H (tab. 1).

Tab. 1 – Percentuale di soggetti che si collocano sopra le soglie critiche nelle singole variabili del test CBA-H

	Percentuale di soggetti ai livelli massimi
A1 Ansia di stato	29%
A2 Paure sanitarie	43%
A3 Reazioni Depressive	29%
B1 Umore	62%

Conti D. *Il vissuto psicologico in pazienti affetti da Linfedema*

B2 Benessere Psicofisiologico	36%
B3 Percezione Stress	21%
C1 Nevroticismo	7%
C2 Introversione	0%
C3 Ansia sociale	21%
C4 Fretta ed Impazienza	43%
C5 Ipercoinvolgimento	43%
C6 Ostilità	0%
C7 Incapac. Rilassarsi	21%
C8 Difficoltà Interpersonali	14%
C9 Competitività	7%
C10 Irritabilità	43%
Tipo A	43%

Dalla tabella 1 si evidenziano delle criticità che riguardano soprattutto l'umore, le paure sanitarie, la fretta e impazienza, l'irritabilità, il comportamento di tipo A.

La tabella 2 mostra i dati del test SF-36 alla prima e seconda somministrazione, con calcolo delle differenze tra le medie pre-post.

Tab. 2 – Medie e deviazioni standard delle singole variabili del test SF36 (1^a e 2^a somministrazione)

Variabile SF-36	1 ^a somministrazione		2 ^a somministrazione		t per misure ripetute	p (g.l. 15)
	Media	D.S.	Media	D.S.		
Attività fisica	54,38	23,01	57,19	28,40	-0,71	0,49
Assenza di limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica	23,44	30,28	20,31	35,61	0,49	0,63
Assenza di limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo	35,42	42,10	39,58	42,55	-0,46	0,65
Vitalità	45,63	21,66	44,06	22,23	0,34	0,74
Salute mentale	55,75	20,91	54,00	20,40	0,48	0,64
Attività sociali	64,84	23,93	66,41	25,71	-0,42	0,68
Assenza dolore fisico	44,53	26,21	51,72	30,66	-1,51	0,15
Salute generale	45,62	18,47	58,81	20,73	-2,56	0,02*
Totale	46,24	19,15	48,26	22,64	-0,78	0,44

Nel complesso – cfr. tab. 2 - si rileva una differenza (in miglioramento) fra il pre-test e il post-test relativo alle variabili della qualità di vita delle pazienti, anche se questa differenza non è statisticamente significativa. L'unica differenza significativa riguarda la variabile 'Salute generale'. Alcune variabili restano sostanzialmente invariate.

Tab. 3 – Medie e deviazioni standard delle variabili quantitative del test della figura umana di Machover

	Figura di altro sesso	Tracciato debole	Presenza omissioni
Media	0,15	0,38	0,77
D.S.	0,38	0,51	0,44

Nella precedente tabella vengono riportati i valori quantitativi ottenuti dalla somministrazioni del test della figura umana di Machover. La media delle variazioni tra il pre-test ed il post-test è di 0,75 (D.S.=0,89): la differenza non è statisticamente significativa ($p>.05$)

Vengono riportate nelle tabella 4 le correlazioni (coefficienti per ranghi di Spearman o punto-biseriali) fra le diverse variabili considerate nella ricerca.

Tab. 4 – Correlazioni fra le variabili anagrafiche e il test CBA-H (sono significative per $p<0,05$ se $r>.50$ – indicate con asterisco)

	Età	Tit. di studio	Abita da sola	Cambio Abitazione	Passate visite psicologiche
A1 Ansia di stato	0,37	-0,32	-0,20	0,48	-0,20
A2 Paure sanitarie	-0,11	0,20	0,40	0,59*	-0,43
A3 Reazioni Depressive	-0,34	0,04	0,44	0,54*	0,04
B1 Umore	0,02	-0,40	-0,15	0,59*	-0,04
B2 Benessere Psicofisiol.	0,01	0,41	0,25	-0,62*	-0,04
B3 Percez. Stress	0,30	-0,31	0,00	0,59*	-0,31
C1 Nevroticis.	0,42	-0,46	-0,10	0,46	-0,32
C2 Introvers.	0,03	0,09	-0,10	0,31	-0,08
C3 Ansia sociale	-0,04	-0,11	-0,20	0,05	0,24
C4 Fretta ed Impazienza	0,10	-0,04	0,02	0,11	-0,08
C5 Ipercoinvol.	-0,67*	0,43	0,67*	0,59*	-0,20
C6 Ostilità	-0,35	0,35	0,54*	0,49	-0,42
C7 Incapac. Rilass.	-0,12	0,14	0,36	0,19	-0,42
C8 Diffic Interperson.	-0,18	0,08	-0,20	0,09	0,16
C9 Competitività	-0,67*	0,24	0,57*	0,66*	0,04
C10 Irritabilità	0,27	0,12	-0,05	0,42	-0,32
Tipo A	0,45	0,02	-0,46	-0,70*	0,08
Sindr. Esaur. Vitale	0,04	-0,06	-0,10	0,29	-0,12

Come è possibile notare, il cambiamento di abitazione - che risulta una rilevante (quanto inattesa) variabile psico-sociale interveniente - correla significativamente in direzione positiva con l'ipercoinvolgimento e con la competitività ed in direzione inversa con la sindrome di Tipo A.

Altre correlazioni significative riguardano l'abitare da sola con il maggiore coinvolgimento, ostilità e competitività; inoltre con l'ipercoinvolgimento e la competitività, ma con minore nevroticismo.

Infine, ad una età più elevata corrisponde un minore coinvolgimento ed una minore competitività.

Tab. 5 – Correlazioni fra le variabili anagrafiche e il test SF-36 (1^a somministrazione)

	Età	Tit. di studio	Abita da sola	Cambio abitazione	Passate visite psicologiche
Attività Fisica	-0,47	0,24	-0,24	0,07	-0,04
Limit. dovute sal. fisica	-0,15	0,12	-0,05	-0,65*	0,40
Limit. dovute stato emot.	-0,43	0,12	-0,05	-0,62*	0,45
Vitalità	-0,16	0,12	-0,25	-0,22	0,35
Salute Mentale	-0,29	0,37	0,27	-0,25	-0,27
Attività Sociali	-0,22	-0,35	-0,05	-0,27	0,32
Dolore Fisico	-0,21	0,26	-0,27	-0,38	0,31
Salute Generale	-0,27	0,39	-0,20	-0,29	0,31
SF36 Totale	-0,43	0,31	-0,05	-0,45	0,31

In questo caso si evidenziano correlazioni inverse fra cambiamento di abitazione e limitazioni dovute alla salute fisica e limitazione dovuta allo stato emotivo (va tenuto conto che punteggi più alti nel test SF comportano una migliore qualità di vita).

Tab. 6 – Correlazioni fra le variabili dei test CBA-H e SF-36 (1^a somministrazione)

	Attività Fisica	Limitazioni dovute salute fisica	Limitazioni dovute stato emotivo	Vitalità	Salute mentale	Attività sociali	Dolore Fisico	Salute generale	SF36 Totale (I)
A1 Ansia stato	-0,05	-0,68*	-0,86*	-0,33	-0,68*	-0,18	-0,70*	-0,55*	-0,77*
A2 Paure sanitar	0,05	-0,43	-0,56*	-0,20	-0,11	0,03	-0,54*	-0,54*	-0,46
A3 Reaz. Depres	-0,39	-0,37	-0,40	-0,53*	-0,59*	-0,41	-0,55*	-0,48	-0,61*
B1 Umore	0,01	-0,55*	-0,71*	-0,06	-0,56*	-0,10	-0,59*	-0,48	-0,61*
B2 Ben. psicofis	-0,07	0,52*	0,42	0,06	0,52*	0,13	0,24	0,26	0,43
B3 Percez. stress	-0,33	-0,73*	-0,92*	-0,52*	-0,61*	-0,35	-0,70*	-0,52*	-0,81*
C1 Nevroticism	-0,32	-0,61	-0,64*	-0,36	-0,33	-0,07	-0,53*	-0,51*	-0,64*
C2 Introversione	0,35	-0,21	-0,03	0,11	-0,24	0,04	0,19	0,05	-0,04
C3 Ansia sociale	-0,20	0,16	0,06	0,07	-0,22	-0,28	0,23	0,29	0,08
C4 Fretta/impaz	0,08	0,13	-0,03	0,30	0,00	0,30	-0,04	-0,08	0,02
C5 Ipercoinvolg	0,11	-0,19	-0,06	-0,03	0,07	-0,10	-0,08	-0,04	-0,02
C6 Ostilità	0,08	0,06	-0,29	-0,14	0,20	0,08	-0,20	-0,20	-0,03
C7 Incap. rilass	0,05	-0,03	0,02	-0,22	0,33	0,20	-0,13	-0,30	-0,03
C8 Diff.interper	0,11	0,21	0,05	0,35	-0,06	-0,26	0,40	0,58*	0,32
C9 Competitività	-0,10	-0,29	-0,16	-0,19	-0,34	-0,34	-0,21	-0,12	-0,25
C10 Irritabilità	-0,04	-0,55*	-0,56*	-0,37	-0,62*	-0,41	-0,35	-0,30	-0,60*
Tipo A	-0,05	0,24	0,23	0,06	0,02	-0,06	-0,01	-0,01	0,03
Sindr. Esaur. Vit.	0,17	-0,43	-0,48	0,17	-0,33	-0,12	-0,35	-0,15	-0,34

Dalla tabella 6 si può notare che:

L'ansia di stato correla significativamente e in direzione inversa con: limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo, con la salute mentale, il dolore fisico e la salute generale.

Le paure sanitarie correlano significativamente ed in direzione inversa con: limitazioni dovute allo stato emotivo, con il dolore fisico e con la salute generale.

Le reazioni depressive correlano significativamente ed in direzione inversa con: la vitalità, la salute mentale ed il dolore fisico.

L'umore correla significativamente ed in direzione inversa con: limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo, con la salute mentale ed il dolore fisico.

Il benessere psicofisico correla significativamente ed in direzione positiva con: limitazioni dovute alla salute fisica e con la salute mentale.

La percezione di stress correla significativamente ed in direzione inversa con molte variabili: limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo, vitalità, la salute mentale, dolore fisico e con la salute generale.

Il nevroticismo correla significativamente ed in direzione inversa con: limitazioni dovute allo stato emotivo, dolore fisico e con la salute generale.

Le difficoltà interpersonali correlano significativamente e in direzione positiva con la salute generale.

L'irritabilità, infine, correla significativamente e in direzione inversa con: limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo e con la salute mentale.

Tab. 7 – Correlazioni fra le variabili dei test CBA-H e le variabili quantitative (scores negativi) del test della figura umana di Machover

	Figura di altro sesso	Tracciato debole	Presenza omissioni
A1 Ansia stato	0,43	0,53*	-0,43
A2 Paure sanitarie	-0,23	0,00	-0,06
A3 Reazioni Depressive	-0,17	0,18	-0,62*
B1 Umore	0,30	0,10	-0,28
B2 Benessere psicofisico	-0,16	0,15	0,20
B3 Percezione stress	0,66*	0,43	-0,40
C1 Nevroticismo	0,54*	-0,13	0,09
C2 Introversione	-0,03	0,31	0,06
C3 Ansia sociale	0,23	-0,28	-0,11
C4 Fretta ed impazienza	0,40	0,28	0,17
C5 Ipercoinvolgimento	0,00	0,33	-0,29
C6 Ostilità	-0,29	0,11	-0,06
C7 Incapacità a rilassarsi	-0,27	0,15	0,10
C8 Difficoltà interpersonali	0,48	0,03	-0,18
C9 Competitività	0,07	0,38	-0,58*
C10 Irritabilità	0,27	0,70*	-0,38
Tipo A	-0,13	0,05	-0,06
Sindrome da esaurimento vitale	0,62*	0,62*	-0,25

Il disegno di figura di altro sesso è collegato con: la percezione di stress, il nevroticismo e sindrome da esaurimento vitale. Il tracciato debole è connesso

con maggiore ansia di stato, irritabilità e sindrome di esaurimento vitale. La presenza di omissioni, invece, correla negativamente con le reazioni depressive e la competitività.

Conclusioni

Il linfedema si può sviluppare come conseguenza del trattamento dovuto al cancro alla mammella. A causa della morbosità psicologica associata al linfedema, i problemi psicosociali dovrebbero essere prontamente riconosciuti e affrontati. Le donne con linfedema, infatti, hanno dimostrato di avere difficoltà relative alla qualità della vita ed una più alta disabilità funzionale (Lazovich *et al.* 2009).

In questo studio si è tentato di analizzare le variabili psicologiche connesse al linfedema, trovando risultati che sono rilevanti ai fini del trattamento di questa tipologia di pazienti.

In particolare, sono state evidenziate le relazioni fra variabili di personalità e qualità della vita delle donne affette da linfedema, una maggiore ansia di stato evidenzia limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo, con la salute mentale, il dolore fisico e la salute generale.

Sia le paure sanitarie ed anche il nevroticismo evidenziano limitazioni dovute allo stato emotivo, con il dolore fisico e con la salute generale.

Le reazioni depressive si trovano inversamente collegate sia con la vitalità, con la salute mentale ed il dolore fisico.

L'umore correla significativamente ed in direzione inversa con: limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo, con la salute mentale ed il dolore fisico.

Si evidenzia inoltre che maggiore è il benessere psicofisico, maggiore sarà sia la salute fisica e la salute mentale.

La percezione di stress è la variabile che più di tutte, correla significativamente e in direzione inversa con molte altre: limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo, vitalità, la salute mentale, dolore fisico e con la salute generale.

L'irritabilità, infine, correla significativamente e in direzione inversa con: limitazioni dovute alla salute fisica, limitazioni dovute allo stato emotivo e con la salute mentale.

Il test di disegno della figura umana ha evidenziato soprattutto che il disegno di figura di altro sesso è collegato con: la percezione di stress, il nevroticismo e la sindrome da esaurimento vitale. Il soggetto che presenta

maggior ansia di stato, irritabilità e sindrome da esaurimento vitale, durante l'esecuzione del test si è visto che utilizza un tratto debole. La presenza di omissioni, invece, è correlata negativamente con le reazioni depressive e la competitività.

Nel test della figura umana è stato possibile individuare delle caratteristiche comuni nelle pazienti. Le omissioni delle mani sono molto frequenti e spesso le braccia vengono rappresentate sproporzionate rispetto al corpo, soprattutto nella figura del proprio sesso. Sono quindi molto gonfie o estremamente esili. Gli occhi, nella maggior parte delle pazienti, sono chiusi e in qualche caso si modificano solo a conclusione del ciclo terapeutico-riabilitativo.

Le variazioni nella qualità della vita prima e dopo il trattamento sono di segno generalmente positivo anche se – tranne per la variabile “Salute in generale” – questa differenza non è statisticamente significativa. Va rilevato, come già precedentemente evidenziato, che il trattamento consisteva prevalentemente in tecniche fisioterapiche e riabilitative con colloquio psicologico solo in ingresso e al termine del trattamento. Assente dunque un intervento psicoterapeutico, che alla luce dei risultati sulle variabili esaminate in questo studio si può ipotizzare invece di grande utilità nel miglioramento dei sintomi e della qualità di vita.

In conclusione appare evidente che occorre fare in modo che la paziente affetta da linfedema migliori sul piano psicologico oltre che fisico.

Essa, infatti, percepisce ovviamente la condizione come stressante, ciò si ripercuote sull'umore manifestando ansia di stato e reazioni depressive o irritabilità e nevroticismo. In tal senso l'intervento psicologico dovrebbe principalmente essere mirato alla gestione di queste variabili emerse. La donna spesso è lasciata con il difficile compito di elaborare ciò che le è accaduto e convivere con la sua nuova condizione che frequentemente presenta linfedema, ovvero un danno permanente. È evidente quindi che ogni volta che la donna svolge qualsiasi attività, soprattutto di tipo sociale, relazionale, affettiva, si renderà conto di non essere più la stessa persona di prima e ciò comporterà un'altra crisi. Qualcosa è accaduto, qualcosa accade sempre e questo è possibile rilevarlo soprattutto nel test della figura umana, osservando come le pazienti rappresentano se stesse.

Probabilmente un trattamento psicologico, associato a quello fisioterapico e riabilitativo, potrebbe incrementare la rilevanza dei cambiamenti positivi in termini di qualità della vita in pazienti con linfedema e permettere una migliore accettazione del proprio vissuto e della percezione del proprio

corpo. È la fase di elaborazione dell'evento malattia che diventa parte della storia personale, in cui è necessario avvertire e interiorizzare il cambiamento, ed è in questa fase che la psicologia ha un ruolo rilevante.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmed, R.L., Prizment, A., Lazovich, D., Schmitz, K.H., Folsom, A.R. (2008). *Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa Women's Health Study*. *J Clin Oncol*, 26, 35, 5689-5696.
- Lazovich, D., Robien, K., Cutler, G., Virnig, B., Sweeney, C. (2009). *Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer*. *Cancer*, 115, 18, 4283-4297.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation*. Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher. (11 editions).
- Marcks, P. (1997). *Lymphedema. Pathogenesis, prevention, and treatment*. *Cancer Pract*, 5(1), 32-8.
- Mayrovitz, H.N. (2009). *The standard of care for lymphedema: current concepts and physiological considerations*. *Lymphat Res Biol*, 7(2), 101-108.
- Morone, G., Iosa, M., Fusco, A., Scappaticci, A., Alcuri, M.R., Maria, V., & Paolucci, T. (2014). *Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: the role of body image on quality of life outcomes*. Hindawi Pub. In press.
- Rosenberg, S.M., Tamimi, R.M., Gelber, S., Ruddy, K.J., Kereakoglow, S., Borges, V.F., Come, S.E., Schapira, L., Winer, E.P., Partridge, A.H. (2013). *Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer* *Psycho-Oncology* 22: 1849–1855.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A. M. (1986). *CBA-2.0 scale primarie*. Giunti O.S. Firenze.
- Treanor, C., Donnelly, M. (2014). *A methodological review of the Short Form Health Survey 36 (SF-36) and its derivatives among breast cancer survivors*. *Quality of Life Research*, 8, 1-24.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Dewey, J.E., Gandek, B. (2000). *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Quality Metric Inc., Lincoln.
- Zotti, A.M., Bertolotti, G., Michielin, P., Sanavio E., Vidotto G. (2010). *Cognitive Behavioural Assessment – Forma Hospital*. Giunti O.S. Firenze.