

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II



Scuola di dottorato in Scienze Psicologiche e Pedagogiche

Dottorato di Ricerca in Studi di Genere

(XXVIII Ciclo)

Tesi di dottorato

Pensare un corpo a rischio:

le donne e la prevenzione dei tumori femminili

Tutor

Prof. Adele Nunziante Cesàro

Dottoranda

Daniela Lemmo

Coordinatrice

Prof. Caterina Arcidiacono

ANNI ACCADEMICI 2012- 2015

*Alle donne che conosco, alle donne che ho incontrato, a me
all'amore e alla cura che troppo spesso non riusciamo a rivolgerci
Percezioni da sentire, corpo e rischi da pensare, speranze da far circolare.*

La gratitudine è la memoria del cuore.
(J.B. Massieu)

La mia gratitudine va a coloro che hanno camminato accanto a me in questi tre anni e hanno contribuito in qualche modo alla realizzazione di questo progetto.

Grazie dal profondo del cuore alla mia tutor, la Prof. Nunziante Cesàro, per aver creduto in me con affetto, per avermi dato fiducia e donato esperienze di crescita. Il suo sapere e le sue riflessioni, unite ai nostri racconti, sono state le narrazioni più significative, gli insegnamenti e gli apprendimenti più importanti.

Ringrazio tutti i docenti che mi hanno dedicato del tempo offrendomi preziosi suggerimenti. In ordine alfabetico, la Prof. Arcidiacono per i suoi rilevanti feedback, per la conoscenza accresciuta nel tempo e i caldi sorrisi; la Prof. Boursier per il vivo ricordo dell'esperienza vissuta insieme e per la stima reciproca; la Prof. Freda per avermi ascoltata e per aver colto aspetti di me e competenze; la Prof. Margherita per i pensieri condivisi e per quelli che ci accomunano, per avermi fatta sentire tante volte accolta; la Prof. Marangolo per aver lodato le mie attitudini alla ricerca; il Prof. Palumbo perché ci ha creduto prima ancora che imparassi a farlo io.

La mia gratitudine va alla Prof. Nappo e alla Dott. Marroni per avermi aperto le porte dei loro contesti, grazie alle donne che li ho incontrato e che hanno reso possibile la mia ricerca.

Grazie agli studenti incontrati, parti vitali e stimolanti di un percorso non sempre così semplice.

Ringrazio Raffaella e Christiana per avermi affiancata, ognuna dalla sua prospettiva, fornendomi contributi preziosi.

Un grazie affettuoso alle mie colleghe per le esperienze vissute insieme, per i confronti professionali, per i momenti di contenimento. In particolare, Anna G. per gli stimoli riflessivi e gruppalmente che mi ha donato, per i suoi consigli pratici ed efficaci; Anna P. per la grande generosità e il fondamentale aiuto; Francesca per la sua curiosità, per quel lato ordinato che rassicura, per la sua ottima torta caprese; Gina per il ricco flusso dei nostri pensieri e racconti, per i progetti in circolo, per l'affetto che ci lega; Marialuisa per la disponibilità, la chiarezza e la competenza.

Un grazie "intercontinentale" ad Anna Z. per avermi dato il benvenuto nel mondo del dottorato, per avermi guidata nell'ingresso e seguita nel percorso. Grazie per l'amicizia sincera che abbiamo costruito, per la nostra costante e affettuosa corrispondenza.

Ringrazio le mie amiche, Rita per i nostri momenti funzionali e Valentina per i suoi gesti, per il suo modo di scrutare le sfumature.

Grazie a Fabrizio, ferma e costante presenza, per quanto conosce e custodisce di me.

Desidero ringraziare la mia famiglia, mio padre, mia madre e mia sorella per il loro esserci e per quell'amorevole posizione di osservatori fiduciosi del mio cammino. Il mio grazie più dolce a mio nipote Marco per tutto quello che mi dà senza saperlo, per essere il mio pensiero felice e il mio amore più grande.

E se dire "grazie" è un abbraccio tramutato in parole, l'ultimo abbraccio va a me, alle mie fragilità e alla mia tenacia, alla fatica e alla voglia di crederci sempre. Grazie, infine, per tutto quello che, in silente compagnia, sono riuscita ad attraversare in questi tre anni, fuori e dentro di me.

Indice

Introduzione	Pag.	6
1. La salute in un'ottica di genere e la diagnosi precoce dei tumori femminili tra aspetti socio-cognitivi ed emotivi	>>	9
1.1. Salute, malattia e genere	>>	10
1.2. Gli screening oncologici rivolti alle donne: dati e statistiche	>>	16
1.3. Una review dei modelli teorici e delle ricerche sul tema	>>	21
1.4. Quali messaggi per attuare la prevenzione?	>>	26
2. Il contributo di ricerca: una riflessione psicoanalitica sulla prevenzione oncologica	>>	31
2.1. Prospettive psicodinamiche sulla salute e sulla malattia: un gioco tra <i>Io mortale-immortale</i> ?	>>	32
2.2. Mente, corpo e affetti. Pensare il corpo femminile a rischio	>>	40
2.2.1. Il seno della donna, il seno per la donna	>>	43
2.2.2. La cavità originaria come contrassegno dell'identità femminile	>>	49
3. Le donne e la loro prevenzione	>>	52
3.1. Il disegno di ricerca	>>	52
3.1.1. Ipotesi	>>	52
3.1.2. Obiettivi	>>	53

3.2. Studio 1: Le narrazioni delle giovani donne	Pag.	54
3.2.1. Metodologia	>>	54
3.2.2. I soggetti	>>	54
3.2.3. Analisi dei dati	>>	55
3.2.4. Risultati	>>	57
3.2.4.1. Analisi dei cluster	>>	57
3.2.4.2. Interpretazione secondo gli assi fattoriali	>>	66
3.2.4.3. Associazioni di parole	>>	67
3.3 Studio 2: Le donne che non fanno prevenzione: un' Analisi Fenomenologica Interpretativa	>>	70
3.3.1. Metodologia	>>	70
3.3.2. I soggetti	>>	73
3.3.3. Analisi dei dati	>>	74
3.3.4. Risultati	>>	75
3.3.5. Discussione dei risultati	>>	88
3.4 Studio 3: Le donne abituate all'attività preventiva: un'Analisi Fenomenologica Interpretativa	>>	90
3.4.1. Metodologia e analisi dei dati	>>	90
3.4.2. I soggetti	>>	90
3.4.3. Risultati	>>	92
3.4.4. Discussione dei risultati	>>	104
Conclusioni	>>	105
Bibliografia	>>	108

Introduzione

Questo lavoro nasce dall'incontro con un gruppo di ginecologhe napoletane che si mostravano sorprese del fatto che, per quanto l'Azienda Sanitaria Locale avesse autorizzato lo screening gratuito per la prevenzione dei tumori femminili, al seno e alla cervice uterina, la percentuale di donne afferenti al servizio, malgrado una capillare opera di sensibilizzazione, fosse davvero ridotta.

A seguito dell'incontro, numerosi interrogativi sulle motivazioni di un atteggiamento che ai medici sembrava così insolito, costituirono il motore della stesura di questo progetto di ricerca.

Pochi punti di partenza: i dati statistici sulle donne campane definite a rischio per età che non effettuano lo screening e l'indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che suggerisce d'includere una prospettiva di genere nelle politiche socio-sanitarie e nei programmi per la salute.

I quesiti psicologici di fondo: Perché mettere a rischio la propria salute? Cosa si rischia, cosa si sfida?

Gli studi presenti in letteratura mettono a fuoco il costrutto di percezione del rischio in termini generali e si occupano di indagare, nelle ricerche specifiche sugli screening femminili, gli aspetti cognitivi, motivazionali e psico-sociali che vi si connettono.

Al fine di allargare il campo d'osservazione e d'integrarvi aspetti legati ai vissuti, alle fantasie, alle motivazioni inconscie e alle rappresentazioni simboliche delle donne in tema di prevenzione oncologica, si vuole guardare al fenomeno in una prospettiva psicodinamica e secondo la specificità dell'identità femminile.

Nessun contributo teorico in psicoanalisi affronta nello specifico il discorso della prevenzione oncologica femminile, pertanto, il principale obiettivo è offrire una lettura psicodinamica sul tema, attribuendo così carattere di originalità al lavoro.

La prima parte del lavoro è dedicata ad una riflessione sui concetti di salute e malattia in una prospettiva di *genere*, peculiare per il tema della salute

femminile. Si forniranno alcuni chiarimenti scientifici e le necessarie differenziazioni tra prevenzione primaria e secondaria, così come tra diagnosi precoce del tumore al seno e alla cervice uterina. Verrà presentata una review delle ricerche nazionali e internazionali che si sono occupate di valutare, principalmente secondo i modelli di psicologia della salute, i comportamenti preventivi delle donne. Infine si discuterà dei messaggi veicolati dalle campagne di sensibilizzazione rivolte alle donne e dei conseguenti effetti.

Nel secondo capitolo si discute della possibilità interna e fattuale per una donna di occuparsi della propria salute e di quali siano i significati simbolici dei suoi organi sessuali, seno e utero che, nel discorso sulla prevenzione, diventano “a rischio”. Si configurano così le principali polarità connesse alla prevenzione oncologica che richiama fantasie inconsce e preconsce su vita e morte, salute e malattia, corpo sano e corpo ferito.

Il contributo di riflessione psicodinamica permette di articolare tra loro tre assi teorici che si ritiene siano peculiari per una comprensione degli aspetti psichici in gioco nella possibilità di effettuare una diagnosi precoce: narcisismo di vita e narcisismo di morte; rapporto mente, corpo e affetti; sviluppo dell'identità sessuale femminile.

Questa parte teorica costituisce il contenitore di senso e la premessa alla strutturazione della parte più specifica di ricerca costituita da tre studi qualitativi, contigui e paralleli, presentati nel terzo capitolo.

Si premette che la difficoltà incontrata ad accedere ai dati istituzionali per contattare le donne che afferiscono e non afferiscono al servizio di screening sanitario locale, ha portato ad ampliare la ricerca a tutte le donne, costruendo campionamenti intenzionali e omogenei.

Il primo studio è volto all'analisi delle narrazioni di giovani donne invitate a scrivere una storia sulla prevenzione del tumore al seno e/o alla cervice uterina.

Gli altri due studi riguardano l'applicazione dell'Analisi Fenomenologica Interpretativa (IPA Smith, 1996; Smith & Osborn, 2003; Smith, Flowers & Larkin, 2009), alle interviste di due specifici gruppi di donne: le donne che non

fanno prevenzione e le donne abituate ad un'attività preventiva, al fine di esplorare la costruzione di senso intorno alle loro esperienze.

La ricerca proverà ad occuparsi della prevenzione dei tumori femminili nella sua complessità, integrando aspetti identitari, relazionali e di costruzione del significato, propri di ogni donna.

Dare voce alle donne su un tema così importante permette di aprire una riflessione rispetto alle modalità di simbolizzazione e all'espressione dei vissuti di ognuna. Una ricerca sul modo in cui le donne percepiscono i rischi per la propria salute e si dispongono nei confronti della prevenzione e della cura di sé può avere importanti ripercussioni sociali nel potenziare le possibilità del sistema sanitario rispetto agli interventi di sensibilizzazione in tema di prevenzione.

I CAPITOLO

La salute in un'ottica di genere e la diagnosi precoce dei tumori femminili tra aspetti socio-cognitivi ed emotivi

*Poi, invece, seppi ch'essa neppur sapeva
come fosse fatta la salute.*

*La salute non analizza se stessa e
neppure si guarda nello specchio.*

*Solo noi malati sappiamo
qualche cosa di noi stessi.*

(Italo Svevo, 1993)

*I concetti di salute, malattia e cura
sono connessi al modo in cui un gruppo umano
definisce l'idea di integrità fisica, psichica e
a ciò che favorisce o minaccia tali condizioni
(Inghilleri, Castiglioni, de Cordova 2007)*

Si intende trattare il tema della prevenzione dei tumori femminili, differenziando tra prevenzione primaria e secondaria, così come tra diagnosi precoce del tumore al seno e della cervice uterina. Si partirà quindi da un inquadramento teorico dei concetti di salute e malattia, in una visione di *genere*, peculiare per il tema della salute femminile.

Pertanto, prima di addentrarsi nella letteratura scientifica sulle variabili psicologiche connesse ai comportamenti di prevenzione, si guarderà al fenomeno e alla sua incidenza, tra aspetti medici e statistici.

Come premessa ai capitoli seguenti, che rappresentano invece il fulcro del lavoro di ricerca, dedicato al tentativo di esplorare il dilemma prevenzione-non prevenzione in un'ottica psicodinamica, questo primo capitolo rende ragione della letteratura già esistente sul tema, punto di partenza per traghettare poi verso l'integrazione di dimensioni psicoanalitiche e l'esplorazione dei significati attribuiti dalle donne.

1.1 Salute, malattia e genere

Il tema della salute non è di facile definizione, basti pensare, così come sottolinea Bertini (2012) che il termine è espresso nella sua singolarità, senza avere il plurale. Nel nostro vocabolario la parola non ha tassonomie e per rispondere a questo vuoto semantico egli propone un neologismo *-salutie-* per rivendicare il bisogno di considerare le molteplici sfaccettature con cui la salute si manifesta.

Sulla scia di tale bisogno, al fine di ricercare una definizione integrata di *salute* che tenga conto dei suoi aspetti bio-psico-sociali, si riporta quanto dichiarato nel preambolo della Carta costituenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948), considerato a tutt'oggi un documento valido e attuale: “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo in assenza di malattia e d'infermità.”

Tale definizione consente di pensare alla salute e alla malattia non come concetti da definirsi l'uno il negativo dell'altro, ovvero due estremi di uno stesso continuum, bensì come costrutti molto ampi che sono analizzati e sviluppati diversamente a seconda dei diversi sguardi disciplinari. A seconda delle definizioni accordate a *salute* e *malattia* derivano sia diverse categorie esplicative, sia diversi modi di intervento: ad esempio si previene la malattia e si promuove la salute (De Piccoli, 2014).

Tuttavia, ognuno di noi possiede *teorie implicite* che derivano dalle proprie rappresentazioni mentali di salute e malattia (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985) che non sempre corrispondono al pensiero scientifico. A tal riguardo, l'antropologia medica ha proposto una distinzione utile tra tre aspetti che distinguono: l'esperienza e la percezione soggettiva di salute/malattia (*Illness*); l'alterazione fisiologica così come definita dalla scienza medica (*Disease*); il modo in cui la società si rappresenta la malattia (*Sickness*) (Inghilleri, Castiglioni & de Cordova, 2007).

La multidimensionalità e la relatività di tali concetti richiede, al fine di progettare interventi efficaci, di valutare come aspetto rilevante, la percezione

dello stato di salute (Dichiarazione di Jacarta 1997), la *salute soggettiva* ovvero le percezioni e le valutazioni che la persona dà di quella che genericamente si può definire la “propria salute” . Un chiarimento teorico è dato da Jylha (2009), che evidenzia l’importante integrazione tra informazioni e conoscenze del soggetto, sensazioni corporee ed elementi soggettivi, aspetti sociali. Vanno pertanto presi in considerazione sia i processi cognitivi consapevoli, sia i processi guidati da stati emozionali e affettivi, sia le rappresentazioni e conoscenze che originano dall’ambiente sociale e culturale di riferimento.

In ambito psicologico, come si vedrà poi in dettaglio, è la psicologia della salute che ha cercato gli strumenti concettuali per descrivere il modo in cui le persone percepiscono il proprio stato di salute o di rischio e il modo in cui affrontano i problemi della propria salute, cercando soprattutto di modellizzare i comportamenti di scelta e i processi decisionali (Zani & Cicognani 2000; Braibanti 2008; Bertini 2012).

Prima di approfondire tale questione, si vuole porre in evidenza l’importanza di guardare alla salute anche in una prospettiva di genere, in linea con una visione multidimensionale del concetto di salute.

Tenere conto della complessa relazione tra sesso, genere e salute non significa considerare meramente le differenze sessuali e dunque guardare solo a specifiche patologie (per la donna quelle connesse alla riproduzione), ma significa guardare al genere inteso come costruzione sociale (Doyal & Naidoo, 2010) e soprattutto come aspetto identitario (Nunziante Cesàro, 2014).

Ad esempio, con l’intento di esaminare simultaneamente le relazioni tra sesso, genere e ripercussioni di questi due elementi sulla salute e sul benessere, la psicologa olandese Marrie Bekker (2003) ha proposto un modello multifattoriale, definito Modello multidimensionale di genere e salute (*Multi-Facet Gender and Health Model*) che prende le mosse dall’influenza del corpo, dunque dal sesso biologico di appartenenza, che condizionerebbe la salute in modo genere-specifico. Per l’autrice la relazione tra corpo, genere e salute può essere mediata da tre ordini di fattori: posizionamento sociale (professione svolta, quantità di tempo libero, conciliazione tra ruolo lavorativo e familiare); caratteristiche

personali (aspetti psicologici, cognitivi, atteggiamenti nei confronti del corpo, strategie di coping, tratti di personalità); procedure diagnostiche e terapeutiche (aspettative ben specifiche nell'interazione medico-paziente). Come evidenzia Rollero (2014), tale modello ha di certo il valore di porre in evidenza che le differenze di salute e benessere tra i generi, ma anche intragenere, non possono essere spiegate da una sola tipologia di fattori. Tuttavia, il modello presenta alcune lacune che sarebbero da colmare, prima fra tutte un'analisi più approfondita e psicologicamente orientata degli elementi fondanti del modello, come ad esempio i "fattori personali".

Quello che è importante porre in luce per sottolineare una prospettiva di genere, è che si sta facendo strada un approccio, quello della medicina di genere¹, profondamente diverso dal passato, secondo cui la diversità dei sessi viene inclusa e applicata al sapere medico, al fine di comprendere meglio la fisiologia maschile e femminile e soprattutto di curare in modo più efficace sia donne che uomini.

Una prospettiva di genere riguardo la salute può risultare particolarmente feconda, in quanto, considerando l'appartenenza di genere una delle dimensioni che più significativamente connota l'identità personale, si ritiene che abbia

¹ La prima volta in cui in medicina si parla della "questione femminile" risale al 1991 quando l'allora direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica americano, Bernardine Healy, in un famoso editoriale della rivista *New England Journal of Medicine*, parlò di "Yentl Syndrome" in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti dell'altra metà del cielo. La scienziata commentava due studi: nel primo si dimostrava come una serie di donne ricoverate in terapia intensiva per un episodio ischemico acuto avessero maggiori probabilità di subire errori diagnostici e terapeutici rispetto agli uomini. Nel secondo studio si sottolineava come, nonostante la diagnosi di disturbo coronarico severo, le pazienti di sesso femminile venissero invitate meno dei maschi a sottoporsi agli eventuali interventi come by-pass e angioplastica. La Healy concludeva che ciò non avveniva sulla base di reali motivi clinici ma solo in relazione ad una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso "debole" (Yentl, appunto). Anche se nessuno pensò che la direttrice parlasse di discriminazione nel vero senso della parola, da lì in poi il mondo scientifico iniziò a pensare a quale valore potesse avere l'essere donna nel trattamento della malattia coronarica. Piano piano dalla cardiologia la critica alla medicina dal punto di vista di genere si è spostata ad altri campi, come la psichiatria, la gastroenterologia, l'oncologia. Tuttavia, non si è sentita l'esigenza di una sperimentazione riservata e dedicata alle donne fino al 2002 quando, presso la Columbia University di New York è nato un settore specializzato nella medicina di genere. La Comunità Europea, fin dal 1998 ha incluso all'interno dei programmi di ricerca, un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti; oggi vi è un settore della ricerca europea con un focus sulle donne. Recentemente la sede europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha organizzato un Ufficio denominato Women's Health and Gender Mainstreaming con lo scopo di mettere in evidenza il punto di vista di genere in tutte le tematiche della salute. L'OMS ha costituito dal 2002: il Dipartimento per il genere e la salute della donna -The Department of Gender and Women's Health (GWH) con la costituzione del quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce che esistono differenze nei fattori che determinano la salute e nei fattori che determinano il carico di malattia per uomini e donne. Le dinamiche che riguardano il genere nella salute sono di grandissima importanza e devono essere ben visualizzate, così da garantire la messa a punto di una salute a misura di donna.

acclarate ripercussioni anche sul modo di vivere la salute e la malattia, sul modo di approcciare al proprio corpo, alla prevenzione e al sistema sanitario. Pertanto, sembra che da tale prospettiva non si possa prescindere, sia per comprendere al meglio le esperienze maschili e femminili, sia per realizzare equità e pari opportunità².

Una delle questioni più aspramente criticate dai movimenti femministi degli anni settanta è stata, per le donne e per la loro salute, la sottrazione del controllo del proprio corpo, ritenuto *malato per destino sessuale*. La medicina, infatti è stata considerata uno strumento patriarcale che esercita un profondo e capillare controllo sociale sul corpo femminile e che ha riguardato dapprima il parto e la nascita e poi, in tempi più recenti, tutto il processo riproduttivo (contraccezione, aborto, procreazione assistita, menopausa), allontanando tali esperienze dal controllo delle donne (Donnison, 1977; Oakley, 1981). Il processo di medicalizzazione, trasformando il corpo delle donne in un oggetto su cui emettere diagnosi e avviare cure, ha legittimato una rappresentazione della femminilità connessa alla vulnerabilità e all'instabilità. (Ehrenreich & English, 1979).

La tematica del corpo e della salute ha rappresentato l'elemento di aggregazione più forte dei gruppi femministi che, negli Stati Uniti hanno portato

² Questa nota intende chiarire alcune definizioni della medicina di genere riprendendo un documento dell'Asl2 di Chieti. La Medicina di Genere non è la medicina che studia le malattie che colpiscono prevalentemente le donne rispetto agli uomini. Con il concetto di genere ci si riferisce ad una complessa interazione ed integrazione fra sesso (inteso come differenza biologica e funzionale dell'organismo) ed il comportamento psicologico e culturale dell'individuo che deriva dalla sua formazione etnica, educativa, sociale e religiosa. La salute umana è strettamente correlata a queste due fondamentali costituenti del genere. Si può definire la Medicina di Genere come una scienza multidisciplinare che studia l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociale) sulla fisiologia, fisiopatologia e clinica di tutte le malattie per giungere a decisioni terapeutiche basate sull'evidenza sia nell'uomo che nella donna. Perché è necessaria la Medicina di Genere? Le donne sono da sempre paradossalmente sottostimate negli studi epidemiologici, nelle sperimentazioni farmacologiche, negli studi clinici, negli esami di laboratorio e della diagnostica per immagini. Di conseguenza le cure mediche rivolte alle donne sono compromesse da un vizio di fondo: i metodi utilizzati nelle sperimentazioni farmacologiche e cliniche e le 5 successive analisi dei dati risentono di una prospettiva maschile che sottovaluta le variabili di genere .

L'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede che entro il 2030 il numero delle donne over 50 nel mondo raggiungerà le rispettabile cifre di 1 miliardo e 200 milioni circa. In Italia, su una popolazione di 60 milioni di persone, circa 31 milioni sono donne e, di queste, circa 12 milioni hanno più di 50 anni di età . Le donne si ammalano di più (ISTAT, 2008) . Per approfondimenti vedi Fulvia Signani (2013) – *La salute su misura – La medicina di genere non è la medicina delle donne* – Este Edition, Ferrara.

alla nascita del Women's Health Movement per la conoscenza e la riappropriazione del corpo con l'apprendimento dell'autovisita, un percorso *dalle donne alle donne* con il famoso "Noi ed il nostro corpo" (The Boston Women's Health Book Collective), al fine di aggirare i pregiudizi della medicina nel rapporto con il corpo e la mente femminili.

Nel 1974, Irigaray scrive "Speculum", testo di forte critica alla psicoanalisi freudiana e alla filosofia classica maschile. Gli uomini, i pensatori hanno prodotto una cultura apparentemente valida per tutti, ma, in realtà segnata dalla differenza maschile: hanno collocato il maschile dalla parte del pensiero e il femminile dalla parte del corpo, hanno cioè presentato la donna come l'immagine allo specchio, come il contrario, come l'opposto simmetrico dell'uomo; la donna è stata definita come mancanza rispetto alla pienezza rappresentata dall'uomo. Contro questa impostazione di pensiero, Irigaray usa l'ironia mostrando che nei discorsi degli uomini la donna non è che l'immagine speculare di ciò che essi mettono in scena di se stessi.

Integrare una prospettiva di genere, dunque, significa guardare allo sviluppo dell'identità femminile non nell'ottica della *mancanza*, bensì in un discorso sulle *differenze* che dia voce alla soggettività femminile. La soggettivazione femminile ha inizio e si dipana in un "vincolo primario, *grigio, remoto, umbratile*", nel terreno di un corpo-a-corpo che riguarda l'intreccio complesso che lega madre e figlia nelle vicende identitarie femminili (Nunziante Cesàro, 2014). Pertanto è opportuno richiamare che la costruzione della propria immagine corporea come specificamente femminile implica un rapporto con il proprio corpo denso di vicissitudini fantasmatiche che si intersecano con i dati della realtà corporea, ambientale e con i processi di identificazione. (Ferraro, Nunziante Cesàro, 1985).

Volgere il focus dell'attenzione alla salute femminile e occuparsi nello specifico del tema della diagnosi precoce dei tumori al seno e alla cervice uterina, non significa voler ripeterne un modello di controllo sociale sul corpo femminile, bensì mettere le donne in primo piano rispetto ai significati che attribuiscono al proprio corpo, alla propria salute e ai possibili rischi .

Ponendosi dunque in modo critico rispetto alle posizioni euristiche che vedono le tappe biologiche, le variazioni fisiologiche e le diversità del corpo femminile come portatrici o cause di patologia, ci si vuole quindi soffermare sul rapporto tra donne, salute e medicina, perché, se come sostiene Foucault (1976), la medicina agisce come discorso normativo, ovvero concorre a stabilire cosa siano salute e malattia e come vadano affrontate, è opportuno interrogarsi sui significati psicologici che le donne attribuiscono e costruiscono intorno alla cura di sé.

1.2 Gli screening oncologici rivolti alle donne: dati e statistiche

*"La scienza ci dà la prevenzione:
 prenderlo in tempo è l'arma che abbiamo.
 Una sera ne parlo con il mio compagno:
 "Dovrei fare degli esami, forse, ma mi spaventano".
 "Falli, perché vinci comunque:
 se sono negativi, tirando un sospiro di sollievo,
 ma anche se sono positivi,
 perché sapresti, e solo sapendo ci si salva"*
 (V.Puccini)

L'ultimo manifesto sulla salute della donna dichiara gli obiettivi proposti per il triennio 2016-2018 e tra questi, la lotta per la riduzione dei tumori femminili.

Secondo un'indagine dell'Istat presentata nel 2008 confermata dai dati più recenti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA, 2014), le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano in misura maggiore (8,3% verso il 5,3%), in particolar modo, dopo le malattie cardiovascolari, di tumore. Dall'ultimo volume del Registro tumori AIRTUM – AIOM, «I numeri del cancro 2015», è possibile rilevare i primi 5 tumori più frequenti nelle donne, in relazione all'età (Fig.1) Quasi il 30% di tutte le diagnosi tumorali sono legate al seno; al secondo posto ci sono i tumori del colon retto, seguiti da quelli del polmone, dello stomaco e del corpo dell'utero.

Fig.1 

Femmine		
anni 0-49	anni 50-69	anni 70+
Mammella [41%]	Mammella [35%]	Mammella [21%]
Tiroide [14%]	Colon-retto [12%]	Colon-retto [17%]
Cute (melanomi) [7%]	Utero corpo [7%]	Polmone [7%]
Colon-retto [5%]	Polmone [6%]	Stomaco [6%]
Utero cervice [4%]	Tiroide [5%]	Pancreas [6%]

La ricerca ha fatto molti progressi in questi anni e la sopravvivenza sia per il tumore al seno (molto alta) sia del colon retto, è aumentata. Inoltre, alcuni tumori causati da agenti di tipo infettivo, come l'HPV (papilloma virus) per la cervice uterina, possono essere debellati.

I tumori “femminili”, ovvero quelli che colpiscono l'apparato genitale della donna, ovvero il tumore al seno e alla cervice uterina, sono però identificabili in fase precoce, prevenibili, oltre che curabili. Che cosa si intende per prevenzione? Esistono due tipi di prevenzione:

✓ la **prevenzione primaria** che si prefigge come scopo la riduzione delle cause di malattia adottando uno stile di vita sano. Per il tumore alla cervice uterina, la prevenzione primaria consiste anche nel vaccino HPV.

✓ la **prevenzione secondaria** che ha come obiettivo la diagnosi precoce della malattia, prima che si manifesti a livello clinico, in persone asintomatiche.

Nel caso del **tumore al seno** la *prevenzione*, oltre a comprendere regole generali che sono suggerite per mantenere una buona salute, come fare esercizio fisico, evitare l'eccesso di alcool e fumo, ridurre l'apporto di grassi e mantenere un peso nella norma, consiste in una serie di procedure che permettono di individuare eventuali anomalie della ghiandola mammaria. Innanzitutto è consigliata, fin dai vent'anni, l'*autopalpazione*, un esame da ripetere con cadenza mensile in maniera individuale che permette di conoscere in maniera approfondita l'aspetto e la struttura del proprio seno, così da individuare precocemente alterazioni di qualsiasi tipo, sia attraverso l'osservazione, sia al tatto, utile per rintracciare la presenza di noduli. A questa può accompagnarsi la *visita senologica* almeno una volta l'anno. L'ecografia è un esame molto utile per esaminare il seno giovane (30-45 anni) e la mammografia è il metodo più efficace per la diagnosi precoce, offerta gratuitamente all'interno dei programmi di screening sanitari ogni due anni per le donne tra i 50 e 69 anni. Tuttavia essa dovrebbe essere effettuata anche dai 40-45 anni d'età, soprattutto nei casi di familiarità e comunque la cadenza deve variare a seconda della storia personale di

ogni donna. Un ulteriore esame preventivo è il *test genetico* che permette di evidenziare tramite l'analisi del DNA la presenza di alcuni tipi di mutazioni, in particolare dei geni BRCA 1 e 2, responsabili di più della metà delle forme ereditarie di tumore al seno e implicati anche nella trasmissione di quello ovarico. Tale esame è riservato solo a casi particolari, ovvero quando c'è un forte sospetto di ereditarietà, per la presenza in una famiglia di almeno due-tre casi di cancro al seno nella cerchia dei parenti di primo grado (madre e/o sorelle, o addirittura parenti di sesso maschile), specialmente se l'insorgenza è stata precoce (prima dei 36 anni). Ad ogni modo, ereditare una o più mutazioni non equivale a sviluppare in modo inequivocabile la malattia. Sono stati dunque identificati diversi fattori di rischio, alcuni modificabili, come gli stili di vita, altri riguardano: l'età, la familiarità e la genetica; le modificazioni ormonali che avvengono nella donna durante l'arco della sua vita; la durata del periodo fertile (se è molto lungo sembra costituire una possibile causa); non aver allattato al seno; una prima gravidanza tardiva (ovvero dopo i trent'anni); l'assenza di gravidanze; l'uso precoce e prolungato di contraccettivi orali; obesità; fumo. In genere le forme iniziali di tumore del seno non provocano dolore; tra i sintomi, eventuali noduli palpabili o visibili, alterazioni del capezzolo (in fuori o in dentro), perdite da un capezzolo solo; cambiamenti della pelle o della forma del seno.

Il tumore alla cervice uterina (struttura che costituisce la parte inferiore e la più ristretta dell'utero, in diretto collegamento con la vagina) è una malattia frequente, che colpisce le donne in tutte le fasce di età. La carta vincente per la battaglia contro il cancro della cervice uterina è la prevenzione; il tumore origina dalle pre-cancerosi offrendo così un lungo periodo di tempo in cui poter intervenire su anomalie benigne prima che di una trasformazione tumorale. Ci sono due strategie preventive: -Vaccinazione HPV (prevenzione primaria); -Screening (prevenzione secondaria), identificazione ed eliminazione chirurgica delle pre-cancerosi. Il principale test di screening è il Pap-Test che individua possibili alterazioni cervicali. Il test viene consigliato tradizionalmente una volta all'anno dai ginecologi ed è offerto gratuitamente ogni tre anni alla popolazione femminile dai 25 ai 65 anni di età. I ricercatori italiani stanno poi introducendo,

dopo aver ottenuto conferma dagli studi eseguiti, anche l'HPV test come esame preventivo. Questo probabilmente comporterà una modifica delle linee guida finora utilizzate al fine di aumentare la capacità di diagnosi precoce dei test di screening esistenti. Il principale fattore di rischio per il tumore alla cervice uterina è rappresentato dall'infezione da HPV (papilloma virus umano). Questo virus si trasmette da persona a persona per via sessuale o per contatto intimo pelle contro pelle. Avere più partner (o un partner sessualmente promiscuo) o rapporti sessuali in età precoce, rende più probabili le infezioni da HPV che tuttavia rappresentano la causa necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo del tumore. La maggior parte delle donne che entrano in contatto con il virus, infatti, sono in grado di eliminare l'infezione grazie al proprio sistema immunitario senza successive conseguenze a livello di salute. Esistono altri fattori che possono intervenire anche se in misura molto inferiore, come il fumo di sigaretta, una dieta povera di frutta e verdura, l'obesità e le malattie sessualmente trasmesse (infezioni da Chlamydia, Herpes Virus, etc.). Le precancerosi cervicali solitamente non causano sintomi e generalmente possono essere identificate con i test di screening che si rivolgono quindi alle ***donne sane in assenza di sintomatologia***. I sintomi (perdite di sangue anomale dopo un rapporto sessuale, tra due cicli mestruali o in menopausa; perdite vaginali; dolore durante i rapporti sessuali) solitamente non compaiono fino a quando, invece, non si forma un tumore.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening e del Sistema Passi (*Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*), degli anni 2011-14, evidenziano che in Italia 7 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali (che suggeriscono alle donne di questa classe di età di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno). La copertura dello screening mammografico non è però uniforme sul territorio nazionale (Grafico a). C'è un chiaro gradiente Nord-Sud e nelle Regioni meridionali solo la metà della popolazione target femminile si sottopone a mammografia a scopo preventivo. Al Sud il 33% si rivolge al programma di

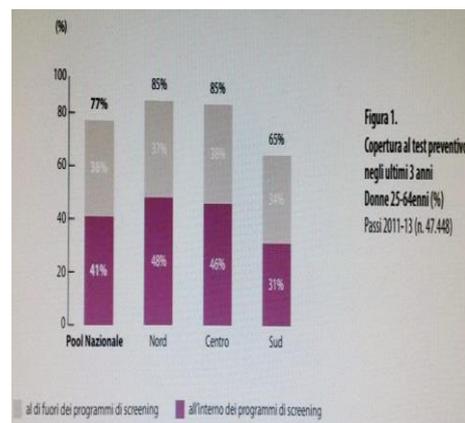
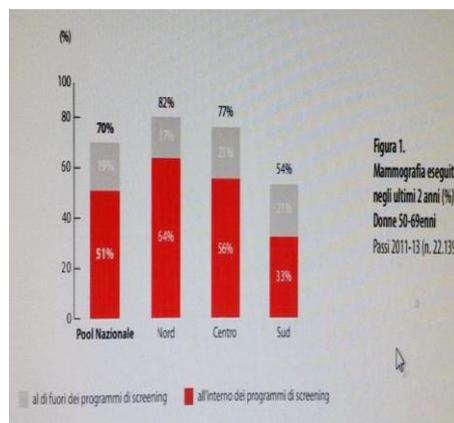
screening e il 21% al privato. La Campania e la Basilicata, in particolare, sono le Regioni con quota più bassa (meno del 50%).

I dati sullo screening cervicale evidenziano che in Italia, quasi quattro donne su cinque di 25-64 anni di età (77%), riferiscono di aver effettuato lo screening cervicale (Pap-test o Hpv test) a scopo preventivo nel corso dei tre anni precedenti l'intervista, come raccomandato dalle linee guida.

La distribuzione geografica della copertura dello screening cervicale (Grafico b), disegna un gradiente geografico sempre a svantaggio delle Regioni meridionali: la percentuale di donne che si sottopone a screening cervicale a scopo preventivo è pari all'85% fra le residenti nel Nord Italia (nella P.A. di Bolzano raggiunge il 91%), e nel Centro, mentre è significativamente più bassa nel Sud e nelle Isole in cui coinvolge solo il 65% della popolazione target (di cui il 30% fa riferimento all'adesione ai programmi di screening e il 35% è al di fuori di tali programmi).

Per entrambi gli screening la principale motivazione che le donne adducono alla non adesione è: "Penso di non averne bisogno" (30% per la prevenzione al seno; 34% per la prevenzione ginecologica).

Tale affermazione costituirà il terreno delle riflessioni, delle ipotesi e degli studi della presente ricerca.



Grafici: (a-b). I grafici sono ricavati dal sito del Sistema Passi.

1.3 Una review dei modelli teorici e delle ricerche sul tema

Nonostante sia stato accertato che una diagnosi precoce e l'adozione di misure preventive possano essere elementi importanti per contenere l'indice di mortalità dei tumori femminili, emerge dunque il dato che, alcuni segmenti della popolazione di donne adulte non partecipano ai programmi di prevenzione, ignorano i consigli circa l'autopalpazione della mammella e non considerano adeguatamente i "fattori di rischio" connessi con tali tumori.

La psicologia della salute, che pone l'enfasi sulla promozione e mantenimento della salute, sulla prevenzione e trattamento della malattia, sul miglioramento del sistema assistenziale, propone diversi modelli teorici per avanzare previsioni riguardo ai comportamenti preventivi:

✓ **Modelli definiti "aspettativa-valore" :**

Il modello delle credenze di salute (Becker e Maiman, 1975)

La teoria della motivazione a proteggersi (Rippetoe & Rogers, 1987)

La teoria dell'azione ragionata (Fishbein e Ajzen, 1975)

La teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1991)

Tali modelli affermano che la probabilità che una persona adotti comportamenti sani è il risultato di una valutazione congiunta del grado di minaccia associato ad una malattia e dei benefici e dei costi dell'azione preventiva. La percezione della minaccia di malattia è influenzata dalla misura in cui il soggetto si sente personalmente vulnerabile o a rischio e dalle credenze circa la gravità delle conseguenze associate alla malattia. In questi modelli c'è un'evidente assunzione implicita sulla razionalità della scelta dei comportamenti di salute e i fattori che vengono presi in considerazione sono pressoché interamente di tipo cognitivo.

✓ **Modelli "processuali":**

Cercano di fornire un quadro più dinamico del processo attraverso cui le persone decidono di agire, assumendo che tale processo implichi il passaggio attraverso una serie di fasi temporalmente e qualitativamente distinte. Un esempio è dato dal modello transteoretico di Di Clemente & Prochaska (1982) che

evidenzia le fasi mediante cui una persona decide di agire (fase pre-contemplativa; contemplativa; preparazione; azione; mantenimento). Secondo la teoria dell'azione rilevante (Schwartz & Fuchs, 1996), invece, è possibile distinguere una fase motivazionale che definisce l'intenzione come qualcosa che deriva dalla valutazione del rischio, dalle aspettative e dal senso di autoefficacia, in interazione tra loro. La seconda fase si articola su un livello cognitivo (piani d'azione e controllo sull'azione) e un livello situazionale (presenza di ostacoli e risorse esterne) che influenzano il livello comportamentale (azione rilevante per la salute).

✓ **Modelli “integrati”** (ad es. Corner e Norman, 1995; Rutter, Quine Che-shman, 1999).

Introducono un'attenzione più diretta alle componenti motivazionali, al ruolo delle emozioni e al chiarimento del passaggio dall'intenzione all'azione. Viene introdotto nei modelli anche il concetto di “coping” e si rivolge maggiormente l'attenzione alla dimensione affettiva del comportamento.

In letteratura, tuttavia, mancano rassegne in lingua italiana che possano illustrare e sistematizzare i fattori messi in luce nel panorama scientifico come aspetti che inibiscono o al contrario facilitano nelle donne un'attività preventiva, quale la diagnosi precoce dei tumori femminili.

Pertanto, la prima parte della presente ricerca è stata dedicata alla raccolta, alla classificazione ed all'analisi critica della letteratura esistente sull'argomento.

Attraverso una ricerca per parole chiave (*risk perception; breast and cervical cancer screening; psychological factors; coping strategies*) sui principali database PubMed e PsychoInfo sono stati raccolti 50 articoli e selezionati 20 studi (quantitativi e qualitativi) che coprono gli anni 2000-2014.

Di particolare rilievo per l'interesse scientifico rivolto alla tematica della prevenzione è il concetto di *rischio*, tanto complesso e indefinito per il suo rimando all'area del *possibile*. Ricchi i contributi che si propongono di individuare i fattori che possono influenzare la percezione individuale del rischio e il processo di *decision making*, evidenziando il ruolo delle *euristiche*, intese come strategie di pensiero che portano ad elaborare alcuni aspetti piuttosto che

altri (Kahneman & Tversky, 1982); dell'*illusione di controllo* (Langer 1975) e dell'*ottimismo irrealistico* (Weinstein,1982) che aiuta a ridurre l'ansia provata dinanzi ad una possibilità di rischio.

Dall'approfondimento ad ampio raggio sugli studi effettuati in tema di prevenzione e screening mammografico e ginecologico è stato dimostrato che la mancanza di informazioni per lo screening, lo stato civile, il livello socioeconomico e l'età dei soggetti non sono le uniche variabili che incidono sulla disponibilità a mettere in atto condotte preventive.

Sembrano essere rilevanti anche altri fattori quali le caratteristiche di personalità, le risposte emotive, le motivazioni e le riflessioni personali in tema di salute, nonché le esperienze relative alla ricezione dell'invito e quelle vissute presso il centro di screening nel rapporto con il medico (Fallowfield, Rodway & Baum, 1990).

Diversi lavori (Biondi, Costantini & Parisi, 1996; Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik & Maisse, 1999; Ricci Bitti, Candini, Garotti & Scioli, 2000; Rummans et al., 1998) hanno considerato il ruolo dei fattori psicologici che motivano le donne ad attuare un comportamento preventivo per il tumore della cervice uterina e della mammella e hanno indagato il rapporto tra la modalità con cui le donne elaborano le informazioni sul rischio di cancro e la loro intenzione a mettere in atto comportamenti preventivi. (Miller et al., 1999).

Ad esempio, Zani e Pietrantonio (2000) individuano come predittori diretti dell'intenzione ad effettuare un pap-test, la vulnerabilità percepita dalla donna, l'anticipazione dei costi emotivi associati all'esame diagnostico e l'influenza sociale.

La percezione soggettiva del rischio di vulnerabilità alla malattia (Galdon, Andreu & Dura, 1997) emerge dunque da numerosi studi come fattore altamente significativo. Sentirsi vulnerabili, così come essere preoccupati per l'insorgenza di un tumore, insieme alla convinzione dell'efficacia delle cure tempestive, sarebbero motivazioni altrettanto favorevoli all'assunzione di un atteggiamento preventivo (Savage & Clarke, 1998).

Diversamente, lo stress generato dall'esperienza dello screening, collegato alla paura degli accertamenti diagnostici in se stessi può rappresentare un ostacolo alla prevenzione (Foreman, 1995). Tale vissuto stressante, può essere, secondo alcuni ricercatori, moderato dalla percezione di poter controllare la situazione, dalla speranza verso il futuro e dal grado di ottimismo (Langer & Rodin, 1976; Scheier & Carver, 1987). A tali elementi, Garotti (2003) aggiunge lo stile di coping e le conoscenze esplicite e implicite sulla salute.

Anche il *locus of control* (Rotter, 1966) appare un costrutto rilevante che sembrerebbe influire sugli atteggiamenti delle donne rispetto alla prevenzione (Paganucci & Siani 2002). Le donne che si sottopongono ai test, per gli autori, sembrano percepire la salute sotto il proprio controllo o di altri significativi.

Guardando più nello specifico agli aspetti emotivi, la preoccupazione del cancro a livelli moderati sembra promuovere lo screening, mentre alti livelli fungono da barriera per tutte le donne, indipendentemente dal rischio personale (Andersen, Smith, Meischke, Bowen & Urban 2003).

La paura è spesso menzionata come una ragione per la quale le donne evitano di fare gli esami (Baines 1983). Ma è stata considerata anche come “motivatore positivo”, se accoppiata ad informazioni chiare fornite dai medici, senza credere erroneamente che se una donna dovesse necessitare di informazioni non esiterebbe a chiederle (Rimal & Real, 2003).

Le emozioni associate ai test (Silverman 2001) sono generalmente ansia e imbarazzo, anche se il sollievo di risultati normali supera ogni altra emozione. Per la prevenzione ginecologica l'imbarazzo (Teng et al. 2014) e la vergogna (Marlow, Waller & Wardle, 2015) sono evidenziate come emozioni specifiche insieme alla credenza che il rischio di cancro al collo dell'utero sia strettamente legato ai comportamenti sessuali assunti (Blomberg 2008).

Le credenze delle donne differiscono generalmente dal modello medico nel ritenere che il cancro al seno e il cancro al collo dell'utero siano aggressivi come qualsiasi altro cancro e che anche lesioni benigne possano trasformarsi. Se gli operatori sanitari ritengono che le donne che non fanno prevenzione si comportino in maniera rischiosa, le donne invece vedono il test stesso come un rischio che

minaccia il proprio “status quo” di salute. Molti studi hanno infatti evidenziato che le donne preferiscono generalmente non sapere se hanno un tumore (tra questi si ricordano Tessaro, Eng & Smith, 1994; Fowler, 2006). Particolarmente interessante a tal proposito si rivela il lavoro di Fallowfield, Rodway & Baum (1990) in cui due dei questionari inviati alle donne per scoprire le cause che le spingevano a non aderire ai programmi di prevenzione presentavano risposte non codificabili, in quanto alternative a quelle proposte dagli item, ma altamente esplicative. Nel primo caso perviene addirittura una lettera, in cui la donna spiega: «le mie motivazioni sono: (1) non voglio davvero sapere se ho il cancro e (2) se dovessi avere il cancro, non potrei essere curata. Quindi preferisco restare così, per quanto sciocco possa sembrarvi»; mentre la seconda si limita ad un’aggiunta dicendo «non mi rispecchio in nessuna delle precedenti [affermazioni]. Non ho mai considerato il problema» (ibidem, p. 549, traduzione mia).

Le risposte “non codificabili” delle donne lasciano intravedere come il processo decisionale connesso allo screening richiama emozioni ambivalenti e percezioni distorte del rischio (Manjer, Zackrisson & Emilsson 2014; Ackerson & Preston 2009).

Lo studio di Menjer e collaboratori (2014), può rappresentare il transito e l’apertura verso l’aspetto dell’ambivalenza. I ricercatori hanno intervistato le donne per comprendere come spiegano la loro mancata adesione allo screening. Le intervistate appaiono convinte di non voler partecipare, ma convinte anche della necessità di partecipare per l’importanza degli esami in sé. *“Certo, posso sopportare il dolore, la mia intenzione l’ultima volta è stata partecipare, ma penso che non è così estremamente necessario per me ... Ma sto invecchiando ed è il momento di partecipare ora”* (ibidem; trad.mia).

Dalla review presentata, è possibile sostenere che le variabili cognitive, emotive e psico-sociali che possano avere un ruolo importante nel favorire il comportamento preventivo sono molteplici. I lavori empirici svolti e i risultati ottenuti fino ad ora non forniscono chiare indicazioni su quale sia il ventaglio di variabili (e le correlazioni tra esse) che influisce sugli atteggiamenti, le intenzioni

e i comportamenti delle donne per quanto riguarda la prevenzione dei tumori della mammella e del collo dell'utero.

Peraltro, uno studio realizzato personalmente con il Professore Palumbo e la dott.ssa Capuano (Lemmo, Capuano & Palumbo 2015) ha esplorato la predisposizione alla prevenzione in donne che svolgono attività lavorativa nel contesto universitario (personale docente e non), valutandone la correlazione con la percezione di vulnerabilità, l'attribuzione interna o esterna del controllo della salute, le barriere allo screening. Differenziando per area di formazione, il risultato più interessante è che le donne con formazione medica, pur ritenendosi responsabili della propria salute appaiono poco predisposte agli accertamenti di diagnosi precoce. L'ipotesi nata in seguito allo studio citato e costituisce il fil rouge del lavoro esposto nei successivi capitoli. Essa riguarda il fatto che, pur quando si ha una buona conoscenza cognitiva sul tema, vi sono evidentemente aspetti psichici ed emotivi che si oppongono, creando un divario con la scelta di sottoporsi agli esami. È quanto ci si propone di esplorare.

1.4 Quali messaggi per attuare la prevenzione?

La salute pubblica spesso sostiene l'utilizzo dei *messaggi persuasivi* come strategia per motivare le persone ad adottare comportamenti salutari o modificare quelli non salutari. Di conseguenza, il rapporto più recente pubblicato dall'Ufficio del Surgeon General degli Stati Uniti, *Healty People 2020*, espone dettagliatamente l'importanza della ricerca e della valutazione come un ausilio nello sviluppo di tali programmi di comunicazione sanitaria.

Uno dei fattori che la letteratura evidenzia come significativo nella comunicazione delle informazioni sanitarie è proprio il modo in cui le raccomandazioni comportamentali e gli esiti in termini di salute sono "incorniciati" (framed) all'interno di un messaggio.

Nello specifico, la realizzazione di campagne di informazione per la sensibilizzazione attiva di larghe fasce della popolazione femminile, potrebbe influire sull'attuazione di comportamenti preventivi, come lo screening e la

diagnosi precoce volta a diagnosticare eventuali neoplasie negli stadi iniziali (per la mammella) o lesioni precancerose (per il collo dell'utero) , ovvero quando il trattamento ne permette la guarigione o la possibilità di ridurre l'aggressività delle cure.

A tal fine, acquista particolare rilevanza lo studio dell'efficacia persuasiva dei messaggi volti a promuovere tali pratiche preventive e di diagnosi precoce. La progettazione di tale campagne, tuttavia, non è affatto semplice (Lotto, Tasso, Carnaghi & Rumiati, 2006). Non è sufficiente, infatti, far conoscere alle persone i rischi cui vanno incontro se adottano (o non adottano) un certo comportamento, come è evidente da numerose situazioni della vita quotidiana. Ad esempio, gli individui sono consapevoli dei rischi associati al fumo, ma continuano a fumare; inoltre molti sanno che per evitare il contagio di malattie sessualmente trasmissibili è sufficiente utilizzare il preservativo e, tuttavia, in molti continuano a non usarlo (Albarracìn, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001).

Una delle modalità utilizzate per favorire la forza persuasiva di un messaggio consiste nel manipolare la formulazione linguistica del messaggio stesso. L'effetto framing (Tversky & Kahneman, 1981) evidenzia come i messaggi di salute possono essere presentati sia evidenziando i benefici che derivano dall'adottare un determinato comportamento (frame di guadagno) sia evidenziando le conseguenze della mancata adozione dello stesso (frame di perdita). Per esempio, un messaggio nel frame del guadagno, finalizzato ad incrementare l'esercizio fisico potrebbe essere "Esercitarsi regolarmente può aiutarti a perdere peso". Dall'altra parte un messaggio nel frame di perdita potrebbe essere "Non esercitarsi regolarmente può portarti ad acquisire peso". Se le scelte enfatizzano potenziali perdite, gli individui spesso saranno disposti a scegliere un'opzione rischiosa per evitare tali perdite. Tuttavia, se le scelte sottolineano potenziali guadagni, gli individui generalmente saranno meno propensi a scegliere le opzioni che implicano un rischio per garantire quei guadagni.

Nel contesto sanitario, ad esempio, Meyerovitz, Wilson & Chaiken (1987) hanno testato l'efficacia di un volantino che promuoveva l'auto-esame del seno,

raccomandato da oncologi e medici come pratica utile a diagnosticare precocemente eventuali alterazioni al seno. I risultati hanno mostrato che le donne che avevano ricevuto il messaggio formulato in termini di perdita non solo esprimevano maggiore intenzione ad eseguire la pratica consigliata ma, ad un follow-up di 4 mesi, dichiaravano di aver aderito a tale pratica in misura maggiore rispetto alle donne che avevano ricevuto il messaggio formulato in termini di guadagno. Studi successivi hanno confermato tale efficacia del frame di perdita nel promuovere l'uso della mammografia (Banks et al. 1995; Schneider et al. 2001; Abood, Coster, Mullis & Black, 2002). Nonostante i numerosi lavori che hanno documentato l'importanza del frame di perdita nel promuovere l'adesione al comportamento richiesto, altri studi hanno rilevato invece una maggior efficacia del frame di guadagno. (Christophersen & Gyulay 1981; Linville, Fisher & Fischhoff, 1993). Per comprendere tale apparente contraddizione nei risultati degli studi che si sono occupati dell'effetto framing, è importante innanzitutto distinguere tra comportamenti di prevenzione (*prevention*) e comportamenti di individuazione (*detection*). I comportamenti di prevenzione hanno lo scopo di mantenere lo stato di salute: ad esempio, l'uso di creme protettive durante l'esposizione al sole serve a prevenire il tumore alla pelle e tale uso non comporta alcun rischio. I comportamenti di individuazione hanno invece lo scopo di controllare lo stato di salute: l'esame mammografico può essere considerato un comportamento rischioso, in quanto una donna che mette in atto questo comportamento può scoprire di essere malata. In questo contesto, dunque, un comportamento rischioso non si riferisce ad un comportamento che può costituire un danno per la salute, ma descrive un comportamento che implica la possibilità di rilevare un'eventuale alterazione patologica e la perdita della convinzione di essere sane. Da tale rianalisi della letteratura, Rothman e Salovey (1997) hanno proposto che i messaggi di guadagno dovrebbero essere più persuasivi per i comportamenti di prevenzione della malattia, e i messaggi di perdita dovrebbero essere più persuasivi per i comportamenti di individuazione della malattia.

Tuttavia, gli studi di O'Keefe e Jensen (2009) hanno rilevato un limitato supporto alle predizioni di Rothman e Salovey (1997). Inoltre, per quanto riguarda

la promozione dello screening mammografico, Gallagher & Updegraff (2011) hanno riportato un vantaggio dei messaggi della cornice di perdita solo per le donne che si consideravano ad alto rischio per il tumore al seno. Per le donne che si sentivano poco o per nulla a rischio non è emerso alcun vantaggio per nessun tipo di cornice del messaggio.

Dunque, gli effetti che possono avere i messaggi persuasivi dipendono dalla variabilità delle differenze individuali. Sono inoltre, i recentissimi studi di Kristel, Gallagher & Updegraff, *Annals of Behavioral Medicine*, in stampa, che mettono in evidenza l'assenza di vantaggio che deriva dall' utilizzare messaggi di perdita per i comportamenti di individuazione di una malattia e la necessità di approfondire tale questione in ricerche future.

Un'importante riflessione è data da Solano (2013) che riflette sul fatto che un certo modo di presentare i dati corrisponda ad un'intenzione più o meno consapevole di spaventare, piuttosto che di informare, nell'idea che probabilmente questo possa indurre le persone a modificare le proprie abitudini. Come se fosse necessario, oltre al piano cognitivo della conoscenza e del sapere attivare un piano emotivo fatto di paura per mettere in moto un'azione di diagnosi precoce. Ma, aiuta a riflettere l'autore, l'esposizione a messaggi di perdita risulta terrorizzante e porta facilmente alla negazione degli stessi per evitare l'angoscia, fino ad una sorta di "vaccinazione" nei confronti del messaggio stesso. Appare piuttosto molto più utile sottolineare gli effetti positivi dei comportamenti che si desidera indurre. Ad esempio, per le campagne contro il fumo anziché scrivere "Il fumo provoca il cancro" Solano (2013) evidenzia l'utilità di scrivere "Chi non fuma nuota 5 vasche in più" oppure "Chi non fuma fa meglio l'amore" in modo da attrarre, anziché respingere e attivare un pensiero, piuttosto che chiuderlo nella paura. Si aggiunge, a sostegno del pensiero dell'autore che messaggi dal contenuto sulla perdita possano rappresentare per una donna una condizione di ingolfamento emotivo che può paralizzare l'azione e ancor prima il pensiero.

Affinché un'informazione che *intrude dall'ambiente* non si configuri come *oggetto alieno*, ovvero come contenuto mentale percepito come estraneo e persecutorio per un'introiezione "forzata e passiva", bensì possa rappresentare

un'introduzione attiva che si integra con l'Io (Heimann 1958, cit.in Borgogno, 1999 p.79 nota 11) e non contribuisca ad aumentare paura e senso d'impotenza, è necessario che venga elaborata .

Per le campagne di sensibilizzazione in tema di prevenzione oncologica femminile, sarebbe auspicabile pertanto un' interazione tra teoria e pratica al fine di progettare strategie di comunicazione sanitaria efficaci.

Non andrebbe dimenticato quello che invece sembra essere il grande assente di tutti gli studi e le ricerche effettuate sul tema e qui riportate: la prevenzione dei tumori femminili riguarda il seno e la cervice uterina. Organi sessuali di bellezza destinati al piacere, all'allattamento e alla riproduzione che, in quanto tali hanno una specificità ineludibile. Il cuore della sessualità femminile.

II CAPITOLO

Il contributo di ricerca: una riflessione psicoanalitica sulla prevenzione oncologica

*La prevenzione evoca un corpo che
dà asilo ai propri nemici mortali,
incorpora in sé incertezza ed orrore.
[...] turba la condizione attuale,
quella dell'essere qui in questo momento.
(Barbara Duden, 2006)*

Organizzare una riflessione teorica ad orientamento psicoanalitico sul tema della prevenzione oncologica del tumore al seno e alla cervice uterina comporta il faticoso tentativo di pensare quali fantasie una tale tematica può evocare in una donna, favorendo oppure ostacolando un'attività preventiva.

Tentativo ambizioso, ma complesso, che si avvale della letteratura psicoanalitica per cercare di leggere aspetti psichici, vissuti e dimensioni conflittuali associate alla possibilità interna e fattuale di accedere alla diagnosi precoce. Le donne, infatti, sono invitate a prendersi cura del loro corpo, a farsi protagoniste della propria salute, ad assumersi tale responsabilità e ad affrontare un'attività di accertamento in assenza di sintomi, con il *rischio* di scoprire un tumore, che peraltro interessa le zone simbolo della propria femminilità, sessualità e riproduzione.

Il lettore riattraverserà brevemente i concetti di narcisismo di vita e narcisismo di morte, le tematiche più specifiche del corpo femminile, i vissuti di perdita e l'angoscia di morte. Aspetti che s'ipotizza siano in gioco nella scelta di sottoporsi agli esami.

Dò un nome a questo capitolo, lo stesso che Bion (1979) usa in Memoria del Futuro: "Chiave". "Che cosa dovrebbe aprire? Alcuni spiragli, forse".

2.1 Prospettive psicomodinamiche sulla salute e sulla malattia: un gioco tra *Io mortale-immortale*?

Non vi sono in noi, forse, delle forze istintuali che, indifferenti al benessere o al malessere dell'Io mettono in movimento la nostra vita psichica?
(S. Spielrein, 1912)

Nel volume “Psychodynamic Perspectives on Sickness and Health” (Duberstein & Masling, 2000) pubblicato dall’American Psychological Association, si sostiene l’opportunità di applicare la teoria psicomodinamica alle tematiche relative alla salute. Potere cioè integrare aspetti di personalità, conflitti intrapsichici, motivazioni inconse, sempre connesse alla malattia e alla cura della propria salute.

Nell'introduzione al volume, i curatori arrivano a sostenere l'utilità per la ricerca sulla salute del concetto di *Todestrieb*, pulsione di morte, riprendendo Freud (1920), Abraham (1924), Ferenczi (1929) e Menninger (1938), il quale con il suo messaggio “*ogni uomo ha il proprio modo di distruggere se stesso*”, costituirebbe per gli autori il rifiuto del dualismo mente-corpo e la base di una psicologia psicomodinamica della salute.

Come è noto, nel 1920 in *Al di là del principio di piacere*, Freud si sofferma sul più profondo conflitto umano che si svolge nello psichismo tra le forze tese a conservare e sviluppare la vita e quelle avverse a tale sviluppo, cioè tra la pulsione di vita e la pulsione di morte. Nella prima teoria delle pulsioni, per distinguere le forze pulsionali di autoconservazione da quelle libidiche, l’autore usava il termine “interesse dell’Io”, separando la libido dell’Io (libido narcisistica) dall’interesse dell’Io (pulsione di autoconservazione). Nello scritto del 1920, invece vi è un’identificazione della libido narcisistica con le pulsioni di autoconservazione e una nuova contrapposizione tra pulsioni libidiche (dell’Io e oggettuali) e altre pulsioni di cui si postula la presenza nell’Io e che possono essere individuate nelle pulsioni distruttive. Le speculazioni freudiane hanno trasformato questa contrapposizione in quella tra pulsioni di vita (Eros) e pulsioni

di morte (Thanatos), introducendo quindi, accanto alla parte libidica, una parte aggressiva in ogni individuo in grado di dirigersi sia contro l'altro sia contro se stesso, in opposizione a quanto sarebbe prescritto dalla responsabilità e dall'amore verso il Sé e l'Altro (Levinas, 1991).

Molti anni dopo, Green (1983) articola la teoria del narcisismo³ con quella dell'ultima teoria freudiana delle pulsioni mostrando come la pulsione di morte⁴ e l'immortalità si rimandino l'un l'altra.

³ Il termine *narcisismo* compare per la prima volta, nella teoria freudiana, nello scritto "Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci" (Freud, 1910), ma bisognerà aspettare quattro anni, con il più noto "Introduzione al narcisismo" (1914), per avere una trattazione completa dell'argomento. Freud fa derivare il termine dalla clinica, ambito in cui era impiegato per descrivere una perversione in cui il soggetto tratta il proprio corpo alla stregua di un oggetto sessuale esterno, utilizzandolo come modalità per raggiungere il soddisfacimento. Dalla pratica psicoanalitica emerge che i comportamenti narcisistici sono evidenti anche in presenza di alcuni disturbi psichici, per cui Freud ipotizza che questa condizione non riguardi soltanto questi casi particolari, ma sia espressione di una configurazione che normalmente si manifesta nel corso dello sviluppo. Alla base del narcisismo si evidenzia una fissazione della libido sulla propria persona, che viene eletta ad oggetto d'amore invece di un oggetto esterno, dal quale l'energia viene al contrario ritirata. Durante lo sviluppo, in un primo momento si sperimenta l'autoerotismo, con l'appagamento dato dalla stimolazione delle zone erogene, seguito subito dopo dal narcisismo primario o infantile, durante il quale le pulsioni trovano una via di soddisfacimento tramite lo stesso soggetto (non più inteso come un insieme di singole parti ma nella sua completezza); questo stato sembrerebbe essere quindi precedente rispetto alla possibilità di sperimentare l'amore oggettuale, che consente di trovare all'esterno il soddisfacimento dei propri bisogni, ma può assumere una connotazione patologica nel momento in cui si ritorna, in periodi successivi della vita, ad investire in maniera esclusiva se stessi, impedendo la mobilità della libido (narcisismo secondario). In un secondo momento, però, Freud elimina la discrepanza esistente tra autoerotismo e narcisismo e fa risalire la condizione di narcisismo primario ad un periodo dello sviluppo precedente la formazione dell'Io, che include lo stadio pre-natale e il primo periodo di vita del bambino, caratterizzati dall'assenza di relazioni oggettuali. Per Freud lo sviluppo dell'Io consiste in un allontanamento dal narcisismo primario ma esiste sempre in *intenso anelito a riconquistarlo* (Freud, 1914) e alla fine l'Io tenterà di recuperare periodicamente quello stadio tramite scelte oggettuali narcisistiche, identificazioni e tentando di appagare l'ideale dell'Io.

La concezione che ha Green di narcisismo è molto diversa rispetto a quella freudiana, declinata in un'ottica non più esclusivamente individuale ma relazionale, imprescindibile dall'introduzione del concetto di Uno, contrapposto all'Altro, a cui si lega e slega continuamente: «Il narcisismo è il *Desiderio dell'Uno*» (1983, p. 68, corsivo dell'Autore), inteso come completezza e totalità. Questa aspirazione, tuttavia, è destinata a rimanere irrealizzabile e a scontrarsi con l'evidenza della realtà: per dare vita (biologicamente parlando) ad una singolarità non si può prescindere dall'esistenza dell'Altro; ne consegue che il primo Uno nasce proprio dall'unione e dal successivo distacco di due entità, non dimenticando che anche ciascuna unità è composta da due metà, spesso tra loro opposte, che concorrono alla formazione dell'intero. Riprendendo il freudiano narcisismo primario, che per Green è una fase che ingloba tutti gli investimenti (precedente, in accordo con la riformulazione adoperata da Freud, la distinzione soggetto-oggetto), l'analista francese suggerisce che può andare incontro a due diversi destini: portare alla costituzione di un'identità ed unità (narcisismo primario *positivo*, dipendente dall'opera di Eros), oppure può trasformarsi in narcisismo primario assoluto, definito anche narcisismo *negativo* (o di morte), espressione delle pulsioni distruttive, caratterizzato da una tendenza a portare il livello di eccitamento allo Zero e al disfacimento dell'unità. La proposta di questa distinzione non è però da leggere come semplice riproposizione del dualismo; al contrario l'intenzione sottostante l'introduzione di questo nuovo concetto è da ricercarsi nel voler trovare un completamento del narcisismo tradizionale, in modo da «colmare le lacune e risolverne le apparenti contraddizioni» (Green, 1983, p. 9).

⁴ Trattare l'argomento delle pulsioni di morte porta Green a riflettere su di un cambiamento prospettico avvenuto nel corso dell'ultimo secolo nei confronti della morte. Se, prima dell'avvento delle due guerre mondiali, la perdita di una persona cara era considerata un evento sì doloroso, ma inscritto nel registro della normalità, una circostanza familiare a qualsiasi individuo, in seguito ad alcune conquiste umane - sono presi ad esempio in considerazione i progressi ottenuti nel campo della medicina, l'allungamento medio della

La percezione del proprio stato di salute o di una dimensione di rischio sembra potersi inserire in un gioco tra *Io mortale e immortale* dove il fantasma dell'immortalità può essere inteso come un'ideale simmetrico dell'Io, non più turbato dall'angoscia di morte, un *doppio* che, a causa del narcisismo, si rifiuta di ammettere la fatalità del termine della sua esistenza, mantenendo false idee di integrità e di perfezione. Ma lo stesso narcisismo è direttamente attaccato dalle pulsioni di morte (*narcisismo negativo*) che virano verso l'inesistenza, l'anestesia, il vuoto, il non-essere, come altre forme di accesso all'immortalità. Con il

prospettiva di vita, la diminuzione (almeno nei paesi occidentali) della mortalità infantile- è come se questo avvenimento non fosse più interpretabile nello stesso modo. La morte si è trasformata in qualcosa di doloroso e incomprensibile all'uomo, dimentico della propria finitezza. Riprendendo ancora una volta Freud (1915 a), l'analista francese ricorda che nell'inconscio manca una rappresentazione della morte; non è possibile per l'uomo sapere questa entità cosa sia e cosa comporti, dal momento che all'interno dell'inconscio sono presenti solo rappresentazioni "positive", degli affetti o dei desideri, che hanno il compito di consentire il superamento delle frustrazioni, pur non riuscendo ad occultare la consapevolezza dell'essere umano di essere finito e mortale. A tale tipo di conoscenza si affianca la possibilità di sperimentare una forma di immortalità a livello biologico dando vita ad una nuova generazione: negli organismi più semplici la scissione cellulare porta l'individuo a riprodursi all'infinito, e quest'opportunità non va del tutto perduta neanche con la riproduzione sessuale, in cui il patrimonio genetico, anche se mescolato con un altro, si trasmette alla generazione successiva, continuando a perpetrare i suoi caratteri nel tempo ed assicurandosi una forma di immortalità seppur in senso lato. Questa considerazione viene avanzata da Freud in "Introduzione al narcisismo" (1914), anche se in seguito la svilupperà ulteriormente, portando avanti l'idea che una parte dell'Io sperimenti l'immortalità, o meglio si creda immortale. In particolare ne "Il perturbante" (1919), attraverso l'analisi di miti e racconti accomunati dal tema del doppio, perviene alla conclusione che l'Io è da considerarsi composto da due aspetti, uno mortale ed uno immortale. Avvalendosi di alcuni artifici, tra cui la finzione letteraria, l'Io giunge al riconoscimento della propria finitezza e dopo aver effettuato questa scoperta può permettersi di rifiutarla ed opporsi ad essa, sviluppando l'illusione di crederci immortale. Tale credenza risulta essere più radicata di quanto si possa pensare, ma soprattutto è abbastanza comune e diffusa anche presso culture tra loro molto differenti: sebbene questo fenomeno possa suscitare sorpresa, risulta in realtà facilmente spiegabile se si considera che la sua matrice è situata nella parte inconscia dell'Io. Bisogna appunto ricordare che quest'istanza ha una duplice natura: sebbene affondi per la maggior parte le sue radici nell'inconscio, una sua porzione resta pur sempre cosciente e scontrandosi con le frustrazioni imposte dalla realtà, non può pervenire ad altra conclusione che riconoscere di essere mortale. Nonostante l'evidenza dei fatti, quest'affermazione è rifiutata con tenacia dall'inconscio, che vi si oppone ostinatamente, fino a degenerare, in casi estremi, nel delirio e nella malattia. Con il passaggio alla seconda topica la categoria delle cosiddette nevrosi narcisistiche, che inizialmente comprendeva anche la schizofrenia e la paranoia, subisce una revisione, per cui solo la melanconia può ancora rientrare all'interno di questa classificazione. Proprio dall'analisi di tale disturbo emerge chiaramente, per Green, una scissione dell'Io che, se da un lato si identifica con l'oggetto perduto, alimentando l'illusione dell'immortalità di quest'ultimo (e quindi, di riflesso, anche della propria in seguito all'identificazione avvenuta), dall'altro prolunga incessantemente la propria autosvalutazione (nascondendo i rimproveri che sono in realtà mossi proprio all'oggetto). Se, però, in "Lutto e melanconia" (1915 c) è l'Io a rivolgere i rimproveri contro se stesso, con "L'Io e l'Es" (1922) questo ruolo diventerà appannaggio del Super Io. Essendo quest'ultimo direttamente alimentato dall'Es il risultato sarà una maggiore influenza delle pulsioni di morte, con un incremento della quantità di distruttività implicata nel processo. La contrapposizione di questi due aspetti nella stessa istanza, che prendono il nome di *Io mortale-immortale*, non è visibile solo nella malattia, dal momento che si configura essenzialmente come un meccanismo non patologico: il narcisismo originario, caratterizzato da un Io che nutre l'illusione di bastare a se stesso, completandosi e credendosi onnipotente ed autosufficiente mentre al contempo si oppone alla sua reale dipendenza, ne è un esempio. Se si considera, inoltre, il versante del narcisismo negativo, legato all'azione delle pulsioni di morte, è palese come anche esso sia un mezzo per raggiungere, seppur avvalendosi di strade diverse, l'immortalità. La morte psichica, stato inevitabile nel caso in cui si riesca ad annullare la quantità di libido disponibile, porta alla negazione del corpo, dell'Altro, dei propri limiti e quindi della finitezza, raggiungendo pienamente lo scopo che si era posto.

narcisismo negativo, Green sta postulando un oscuro doppio dell'Eros: ogni investimento d'oggetto, come anche dell'Io, implica un proprio doppio rovesciato che mira ad un ritorno regressivo al punto zero. Il narcisismo negativo descritto differisce dal masochismo⁵ che è uno stato doloroso che mira al dolore e al suo mantenimento come sola forma di esistenza, di vita e di sensibilità possibili.

Il narcisismo negativo, all'opposto, mira al *bianco* (dall'inglese *blank* che si traduce con la categoria del neutro), sia che questo bianco investa l'affetto (l'indifferenza), la rappresentazione (l'allucinazione negativa)⁶, il pensiero (psicosi bianca). Negativo dunque ha almeno due sensi: inverso del positivo, ma anche nullificazione. Va però tenuta conto l'ambiguità dello zero. Ti dò carta bianca = abduco ad ogni volontà. Firmo un assegno in bianco = assumo il rischio di lasciarmi totalmente spossessare. La psicosi bianca è il regno del disinvestimento radicale. Nel suo ultimo libro, Green (2010) argomenta ancor di più quel narcisismo negativo che tende ad azzerare gli investimenti libidici, che è teso allo svuotamento psichico, alla perdita di senso, alla "desertificazione psichica", all'"autosparizione dell'Io".

Queste caratteristiche del narcisismo negativo lo rendono emblema della *funzione disoggettualizzante*, una forma di disinvestimento libidico espressione della pulsione di morte che porta all'assenza di qualsiasi tipo di relazione oggettuale, che arriva a manifestarsi persino nei confronti dello stesso Io, con conseguente assenza di simbolizzazione e pensiero. Tale affermazione sottende il fatto che la funzione disoggettualizzante può operare anche nel rapporto che il soggetto ha con il proprio corpo: se questo è vissuto esclusivamente come un oggetto può essere disinvestito al punto da generare una malattia somatica, forma

⁵ Nel raffronto tra la questione del masochismo - che insieme alla femminilità costituisce uno dei nodi tematici particolarmente spinosi del corpus freudiano - e della pulsione di morte, il masochismo può essere inteso come una perversione dell'autoerotismo, come un agito disperato, nel tentativo di fuoriuscire dall'indifferenziato inglobante, da un narcisismo contrassegnato dalla pulsione di morte, polo attrattore mortifero. (Nunziante Cesàro & Stanziano, 2014)

⁶ Green (1983) specifica che l'allucinazione negativa è "rappresentazione della non-rappresentazione", mettendo così in rilievo da un lato il suo collegamento con il pensiero o con ciò che può sempre divenire tale e dall'altro il suo legame con la dissolvenza percettiva, che crea l'area per l'accoglimento rappresentativo. Di fatto, sottolinea Giuffrida (2007), questo concetto si adatta a descrivere quella conoscenza-misconoscimento che accompagna nell'infanzia la presenza della vagina nel corpo femminile e quell'oscuro presentimento di una possibilità recettiva, legata all'esistenza di uno spazio interno.

espressiva che secondo Green sarebbe alimentata direttamente dalla pulsione di morte.

Prendersi cura di sé, dunque, può intendersi come aspetto di un narcisismo sano dell'Io. Investimento di libido, ossia di energia psichica derivante dalla pulsione di vita, su un oggetto specifico che a livello conscio possiamo chiamare l'immagine di sé, ma che a livello inconscio, e nei termini della struttura psichica, è l'Io (Semi, 2007)⁷. La dimensione del *negativo*, invece, richiamerebbe un aspetto di disinvestimento libidico nei confronti dell'Io come espressione della pulsione di morte.

Il contributo di Bion (1959) peraltro aiuta a considerare un aspetto importante del funzionamento della pulsione di morte, come pulsione volta a distruggere tutto ciò che si identifica in quanto vivente, in particolare il pensiero e la capacità stessa di percepire, attaccando il sistema percettivo e dunque la capacità di formare dei simboli. Bion (1965; 1970) portando l'attenzione alle funzioni mentali, descrive un principio distruttivo “-K” che si contrappone al pensiero separandolo dalle emozioni, attaccando ogni significato ed eliminando la funzione che renderebbe possibile qualsiasi giudizio.

L'Io, dunque, non difende la sua integrità o unità solo con il desiderio di immortalità, ma anche con la negazione dei suoi limiti nello spazio e nel tempo e con l' attacco alla consapevolezza di sé e al pensiero, separandolo dalle emozioni.

La negazione e l'allontanamento eccessivo di ogni pensiero profondo relativo alla propria caducità si traduce in rischi nei termini di economia del

⁷ Nel suo libro “*Il narcisismo. Necessario quando è sano, accecante quando cancella gli altri*”, Semi (2007) illustra che il narcisismo è anche una dimensione fondamentale e normale dell'attività psichica, che ci riguarda tutti, in ogni fase della vita. Una condizione, un modo di essere dell'Io, caratterizzato o dall'avere tutta l'energia psichica (libido) contenuta in sé (narcisismo primario) o dall'investire questa energia su una parte di sé (narcisismo secondario o tout court), in particolare sull'Io. Il narcisismo secondario nasce dalle ceneri di quello primario ed esprime un tentativo di ricostruire delle condizioni interiori, psichiche di piacevolezza, autoconservazione, sicurezza, che quello primario, illusoriamente consentiva. Il passaggio non è piccolo e il fallimento non è indolore. Il passaggio implica la costituzione di un oggetto d'amore interno e dunque di una parte di sé d'amare, ma è anche vero che si tratta di una parte. Il sogno della completezza narcisistica è compromesso alla radice anche se l'amore di sé (dunque verso l'Io) tende a percepire l'oggetto come totalità. La situazione psichica inconscia è paragonabile ad un pendolo: vita psichica in oscillazione tra due poli: quello dell'investimento dell'energia libidica sulle rappresentazioni degli oggetti esterni e quello dell'investimento di questa energia su se stessi, in particolare sull'Io. Così come c'è un modo specifico di amare, riflette l'autore, c'è anche un modo specifico di amarsi .

lavoro psichico perché ci si scontra con la tentazione di alimentare soluzioni che protraggono funzionamenti della mente caratterizzati da onnipotenza, in cui, anche i messaggi del corpo sono poco ascoltati o addirittura negati (De Masi, 2002). In *Il limite dell'esistenza*, De Masi offre un contributo psicoanalitico al tema della *paura di morire*, chiedendosi come sia possibile collocarsi tra la non-pensabilità della morte e la sua inquietante presenza nella nostra mente. Il rapporto tra inconscio e percezione della morte non è univoco, tuttavia non è possibile pensare che, incapaci di percepire la nostra morte personale, non ne siamo inconsciamente angosciati. L'autore sottolinea come il fatto che un evento sia impensabile non significa che non sia presente; anzi, l'impensabile e il non rappresentabile creano angoscia e terrore. Proprio perché estranea all'ordine simbolico, la morte personale, per le caratteristiche del nostro apparato psichico, si costituisce come l'evento traumatico per eccellenza che distrugge l'illusione positiva di poter governare la vita e fa riemergere le profondissime angosce di annichilimento di cui ognuno è portatore. L'equivalenza tra trauma catastrofico e morte, sostiene De Masi, porta a comprendere la necessità per l'uomo di abolire la nozione di morte, necessità tanto sottolineata da Freud. Un'angoscia traumatica non pensabile che deve essere negata, ma che rimane viva nella memoria come *oggetto indigeribile* che resta “*come un fuoco sotto la cenere, che ogni associazione [...] ogni allusione potrebbe svegliare e riaccendere*” (De Masi, 2002. p. 105)

Si può pensare che la sola idea di accedere ad una “diagnosi precoce di un tumore” risvegli tale “oggetto indigeribile”, per il fatto stesso di trovarsi in una condizione di vulnerabilità. Oppure risveglia, ad ogni modo, il rischio di cancro, il rischio di scoprirsi, seppure in tempo, malate. E il cancro, inteso da Susan Sontag (2002) come metafora della contemporaneità, viene dall'autrice declinato come un “*accidente organico che flagella l'umano [...] osceno perché [...] situato fuori della scena; non è rappresentabile per via metaforica; è materia [...] guasta, nociva, schifosa*” (ibidem p.68). L'autrice continua: «*mi auguravo di indurli a considerare il cancro come se fosse solo una malattia, molto seria, ma pur*

sempre una malattia. Un fenomeno privo di “significato”. E non necessariamente una condanna a morte (una delle mistificazioni è cancro = morte)» (idem, p.102).

Infine, alcune ricerche hanno portato a considerare il rischio stesso come un momentaneo riparo dalle angosce, un rifugio della mente (Steiner, 1993), in cui trionfa l'onnipotenza rispetto ad una realtà possibile della malattia, insostenibile perché angosciosa. Dunque, tali riflessioni portano a ritenere che la percezione di vulnerabilità insita in un'attività diagnostica richiami conflitti intrapsichici e aspetti di ambivalenza, rinviati alle questioni del narcisismo di vita e di morte.

Evitare di considerare se stesse come donne a rischio, negare l'eventualità di poter sviluppare un tumore al seno e alla cervice uterina e astenersi dalle procedure di screening potrebbero essere considerate come aspirazioni dell'Io a diventare *immortale*, con una finalità inconscia protettiva.

Prendersi cura di sé, *andare preventivamente ad incontrare* possibili rischi per la propria salute, attivare comportamenti di prevenzione per il tumore al seno e al collo dell'utero è un cammino irto di difficoltà che potrebbe attivare un conflitto tra l'amore di sé e la propria distruttività inconscia.

Se pensare, significa fare esperienza emotiva di un concetto, pensare alla prevenzione significherebbe fare esperienza emotiva del concetto di rischio tumorale.

Philippe Presles, medico specialista della prevenzione, nel suo libro *Prévenir* (Presles & Solano, 2006) parla dello screening come di un *atto di vita*, compiuto per prendersi cura di sé e diminuire il rischio di ammalarsi.

Tuttavia c'è chi nega la malattia in assenza di sintomi e di conseguenza il beneficio della prevenzione, chi ritiene in maniera onnipotente che a se stessi non possa capitare nulla oppure chi pensa, in maniera “superstiziosa” che sottoporsi a un esame significhi trovare qualcosa. Nel rifiuto dello screening, afferma la psicoanalista francese Marie-Frédérique Bacqué (2014), c'è parte del pensiero magico, per cui fare il test è diventare malati.

L'indifferenza espressa con la frase "non mi interessa affatto" si traduce anche in un'indifferenza per il proprio corpo e potrebbe esprimere una parte di sfida di fronte alla malattia (Presls & Solano C. 2006).

Con il termine prevenzione si vuole intendere non solo l' *anticipazione* e l' *evitamento* della malattia, ma anche il *processo preventivo* di riflessione e ricerca dei significati (anche sociali) che le patologie hanno per i soggetti.

A tal proposito, si vuole integrare un discorso legato al corpo femminile e all'idea che *pre-occuparsi*⁸ della propria salute e fare prevenzione possa essere intesa anche come possibilità di accedere emotivamente alla rappresentazione della propria corporeità in condizioni asintomatiche.

Il *rischio* riguarda il fatto che sottoporsi ad un esame possa significare *esporre un corpo sano alla possibilità di scoprire un corpo malato... che diventa un corpo mortale che ha tradito e che non si è saputo difendere da un nemico interno o dall'invasione di un virus esterno (ad. esempio infezione del papilloma virus e cancro alla cervice uterina)* (Reich 2009, trad. mia pag. 250)

Vernet e Henry (2007), esaminando i fattori legati alla prevenzione del cancro al seno, evidenziano come i comportamenti di salute sono strettamente connessi all'organizzazione di personalità, ai meccanismi di difesa, alla storia personale della donna e alle *rappresentazioni sociali* che, nel caso in esame, richiamano l' attacco ad un'immagine di *femminilità ideale*.

⁸ Si vuole qui ricordare, seppure riferita allo sviluppo infantile, la suggestiva definizione winnicottiana della capacità di preoccuparsi:

"La parola preoccupazione è usata per indicare l'aspetto positivo di un fenomeno il cui aspetto negativo è indicato dalla parola "senso di colpa". Il senso di colpa è l'angoscia legata all'ambivalenza e comporta un livello di integrazione dell'Io tale da permettere di conservare un'immagine buona dell'oggetto insieme all'idea di distruggerlo. Preoccuparsi comporta anche il progetto di un'integrazione e di uno sviluppo ulteriore ed è in relazione positiva con il senso di responsabilità avvertito dall'individuo soprattutto relativamente ai rapporti in cui sono implicate le pulsioni istintuali. Preoccuparsi si riferisce al fatto che l'individuo *si prende cura o prova apprensione* e sente e accetta le responsabilità" (Winnicott, 1963, p.89). Winnicott parla della capacità del bambino di preoccuparsi nei confronti dell'oggetto, prima che la situazione triangolare diventi possibile e la intende come una "funzione della salute", risultante da una cura al bambino sufficientemente buona ed implica un Io che cominci ad essere indipendente da un Io ausiliario. *Pre-occuparsi* come capacità sana e aspetto positivo del senso di colpa, tutto legato all'ambivalenza, che richiama un senso di responsabilità.

2.2 Mente, corpo e affetti: pensare il corpo femminile a rischio

*MENTE Salve! Da dove sei spuntato fuori?
CORPO Che - Tu di nuovo? Io sono corpo;
puoi chiamarmi Soma se preferisci. E tu chi sei?
MENTE Chiamami Psiche, Psiche – Soma
CORPO Soma- Psiche
MENTE Dobbiamo essere collegati.
CORPO Mai! Non per quanto mi riguarda
(W. R. Bion, 1979)*

*Il “mio corpo” mi è altrettanto estraneo
che un oggetto qualsiasi - (se non di più) -
e mi è più intimo, più primariamente e
primitivamente Io di ogni pensiero
(Paul Valery)*

Fare prevenzione richiama anche la possibilità di pensare il proprio corpo, di accedere emotivamente alla rappresentazione della propria corporeità in condizioni asintomatiche.

La donna è chiamata a fare accertamenti al seno e test ginecologici prima che possa svilupparsi un cancro, per prenderlo in tempo, senza avvisare sintomi. Non si è dunque in presenza di un “corpo che parla”, che invia segnali di malessere, un corpo che non esprime una sintomatologia e di cui bisognerebbe prendersi cura in assenza della percezione visiva, tattile e somatica di “qualcosa che non va”.

Pensare a come una donna possa percepire un rischio per la propria salute, significa anche tener presente come importante riferimento teorico l’ampia letteratura psicoanalitica sul corpo e sullo sviluppo dell’identità sessuale femminile.

E questo porta a considerare come e in che modo il seno e l’utero siano rappresentabili per la donna, quale sia l’immagine del proprio corpo che, come teorizza Dolto (2001), può essere intesa come una struttura che lega inconscio e sessualità.

Il rifiuto del dualismo mente e corpo, che distingue una *res cogitans* (la mente) che dà forma, vita e funzione ad un materiale inerte e amorfo, ovvero la

res extensa (il corpo), è un altro importante presupposto per una “psicologia psicodinamica della salute”.

Il tema del rapporto tra corpo e mente è stato fondamentale per la nascita della psicoanalisi e ha rappresentato uno dei punti che maggiormente ha attratto l’attenzione di Freud, come ricorda Ernest Jones: “era sempre stato fortemente attratto dall’antico problema dei rapporti tra corpo e mente” (1953 pp. 311-312).

Freud (1887-1902) ha fondato tutta la sua teoria dell’apparato psichico su basi biologiche, insistendo sul fatto che l’essere umano funzionasse come un’unità corpo-mente e sostenendo che “*l’Io è innanzitutto un’entità corporea [...] cioè l’Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo*” (Freud, 1922, pp.488-490).

Gaddini si occuperà in maniera approfondita della tematica nel suo articolo sul problema mente-corpo (1980), in cui parlerà di un *continuum funzionale* che indica il rapporto di stretta dipendenza che esiste tra corpo e mente, evidenziando che l’elemento fondamentale è dato da un processo di differenziazione del funzionamento mentale dal funzionamento fisiologico. Anche se è evidente che la mente può influenzare il funzionamento del corpo, questo rapporto non è simmetrico, nel senso che vi è una direzione preponderante: è dal corpo che emerge la mente come funzione differenziata. Così come Gaddini distingue tra “fantasie nel corpo” e “fantasie sul corpo” per individuare il transito cruciale tra un funzionamento a dominanza sensoriale e l’avvio di potenzialità rappresentative, anche il pensiero di Ferrari (1992) individua l’originarietà e l’originalità individuata dal corpo considerato come *l’oggetto di elezione della mente e la sua realtà prima*. La dimensione corporea non è più, o non è soltanto, il ricettacolo di ogni situazione conflittuale non risolta nella sfera della psichicità. Essa costituisce piuttosto la base irrinunciabile dell’identità, quel nucleo *originario, originale e concreto* a partire dal quale si va costituendo nello scorrere della vita l’individualità di ognuno.

Il corpo è lo sfondo elettivo della definizione identitaria, il punto di partenza dell’attività simbolizzante (Chasseguet Smirgel, 2005) e l’origine del

pensiero stesso nella sua accezione di *Leib*: corpo vissuto in modo irriducibilmente affettivo ed erotico in rapporto a sé a all'altro (Dejours, 2002).

La costruzione della propria immagine corporea come specificamente femminile implica un rapporto con il proprio corpo denso di vicissitudini fantasmatiche che si intersecano con i dati della realtà corporea, ambientale e con i processi di identificazione. (Ferraro & Nunziante Cesàro, 1985).

La formazione dell'identità è un processo strettamente connesso al corporeo, il primo nucleo dell'identità si aggrega intorno alle percezioni corporee. L'identità viene definita come il risultato di un processo che implica diversi stadi di composizione dell'immagine corporea, intesa come nucleo rudimentale dell'Io che si va sviluppando e dell'immagine di sé (Greenacre, 1958).

Il profondo legame tra mente e corpo, così come tra emozioni e pensiero appare evidente inoltre nel corpus bioniano (1962a; 1963; 1965) in cui l'autore affronta la questione degli affetti da un'angolazione teorica e non prettamente clinica, assegnando loro un posto preminente nell'elaborazione della sua teoria del pensiero e dell'apparato psichico. L'assunto fondamentale di questo autore è che il pensiero e tutti gli altri processi mentali siano essenzialmente basati su emozioni, o come egli le chiama, *esperienze emotive*, un'intensità emozionale che scaturisce direttamente dal corpo.

Le idee di Bion (1965) sulla relazione con il corpo e sul passaggio dal fisico al mentale, attribuiscono un ruolo agli *organi di senso nella costruzione di una conoscenza della realtà*, danno importanza *alla trama pre-verbale* nella costituzione della mente e conferiscono al pensiero verbale un ruolo *organizzativo*. In questa sequenza "organi di senso -> trama pre-verbale -> organizzazione verbale" si può riscontrare una sorta di vettore *corpo-affetti-pensiero* (Lombardi 2009), che porta dalla concretezza fisica degli organi di senso specializzati, al pensiero astratto e simbolico.

Quale il valore simbolico del seno e della cavità originaria nello sviluppo dell'identità femminile?

2.2.1 Il seno della donna, il seno per la donna

*Bei seni da la punta erta fiorenti,
su cui mi cade a l'alba il capo stanco
allor che ne' supremi abbattimenti
del piacere io m'irrigidisco e manco
(Gabriele D'annunzio, 1894)*

*«La localizzazione del mio cancro
mi riconduceva a questa parte di me
e nello stesso tempo al mio universo interiore
femminile e materno che senza dubbio
avrei dovuto rivisitare »
(Cappello Grimaldi, 2008)*

*Ci sono sulla terra molte buone invenzioni:
le une utili, le altre gradevoli:
per esse la terra è amabile.
E certe cose vi sono così bene inventate,
da essere come il seno della donna:
utili e piacevoli a un tempo.
(Friedrich Nietzsche, 1885)*

I riferimenti letterari citati introducono il mondo simbolico che ruota intorno al seno femminile, dalla dimensione intrapsichica a quella corporea e relazionale. In tutte le culture il seno è stato ed è un organo pregno di significati, inconsci, espliciti, individuali, sociali, intimamente legato alla sensualità, all'erotismo, all'allattamento, alla maternità.

Si vuole qui solo ricordare solo alcuni dei contributi della psicoanalisi sul corpo femminile, per sottolineare ancora di più, se ce ne fosse bisogno, come seno e utero siano organi simbolo della sessualità e maternità e quindi, parlare di cancro in questi organi porta a rimescolare un tragitto dell'identità femminile.

Nella teoria psicoanalitica, il seno è una parte del corpo indispensabile per lo sviluppo psicoaffettivo infantile e Freud evidenzia come *“Il succhiare al seno materno diventa il punto di partenza dell'intera vita sessuale, il modello inattuabile di ogni successivo soddisfacimento sessuale, al quale la fantasia fa spesso ritorno in periodi di privazione. Esso implica il fare del seno materno il primo oggetto della pulsione sessuale. Non so come darvi un'idea di quanto sia importante questo primo oggetto per ogni successivo rinvenimento di oggetto, dei*

profondi effetti che produce nelle sue trasformazioni e sostituzioni, fin nelle zone più remote della nostra vita psichica” (Freud, 1915-1917, pp.383-384)

Le prime fantasie ed esperienze del bambino sono riportate da M. Klein (1952) alla relazione con il seno e con il corpo materno. In tal modo, il seno introiettato dal bambino finisce per diventare il primo oggetto psichico con la funzione di catalizzare su di sé la complessità delle esperienze vitali e di organizzare l'intero apparato psichico. Il seno in quanto oggetto esterno interiorizzato che acquisisce funzioni preminenti sull'esperienza sensoriale del bambino: *seno buono*, rappresentazione mentale di qualcosa che nutre, che dà calore, quiete, sazietà; *seno cattivo*, primo significante della morte anche della vita psichica; seno allucinato, percepito, seno rifiutato, perduto. Un *oggetto* dunque, in prima istanza emozionale, che ha una funzione piuttosto che un'esistenza materiale.

Per la donna, il seno, con le sue modificazioni morfologiche e fisiologiche segna le principali tappe evolutive. È simbolo dello sviluppo sessuale, segno di crescita, aspetto della propria immagine corporea. Organo estetico che nutre il narcisismo femminile e oggetto di fantasie e desideri sia dell'uomo che della donna (Panzironi, 1993).

Durante la pubertà iniziano a sorgere i primi timori e conflitti riguardo il seno, che si acutizzeranno nel corso dell'adolescenza: è in questo periodo che i cambiamenti ormonali favoriscono lo sviluppo di tale parte del corpo, osservata perciò con ansia ed impazienza. La sua crescita, accompagnata dalla comparsa del menarca, può avere un effetto rassicurante in quanto testimonia il corretto funzionamento di un corpo che, fino a quel momento, è stato silenzioso e invisibile. Diversamente da quanto accade nel maschio, la bambina, pur sperimentando sensazioni genitali precoci, non ha la possibilità di vedere i propri organi, attestarne l'integrità e verificarne lo stato: con lo sviluppo, il risveglio del corpo apre alla capacità di rappresentarsi nella propria interezza, agevolando la non facile acquisizione di un'identità corporea. La visibilità del seno da una parte,

e del flusso mestruale dall'altra, riescono parzialmente⁹ a fugare le angosce relative a questa irrepresentabilità che caratterizza l'interno del corpo della donna: la capacità generatrice sarà testata solo in un secondo momento (risvegliando e confutando le fantasie riguardo la propria distruttività) ma tali avvenimenti si configurano come una prima testimonianza dell'effettiva femminilità e dell'ingresso nella sessualità adulta contribuendo al processo di riconoscimento e accettazione della propria identità. La crescita dei seni può essere un momento fortemente atteso e desiderato, ma anche temuto, in quanto simboleggia l'ingresso nel mondo adulto. Ogni suo aspetto, forma e dimensione può essere vissuto tanto con orgoglio, quanto insicurezza e vergogna. Durante l'adolescenza appare evidente più che mai la differenza proposta da Françoise Dolto (2001) tra *schema del corpo* e *immagine del corpo*, non necessariamente sovrapponibili. Lo schema del corpo riguarda «il reale del corpo» (Pigozzi, 2004), la rappresentazione fisica sorta a partire dalle percezioni, mentre l'immagine del corpo, situata nell'inconscio, è un concetto fluido, differente per ciascun essere umano poiché legato alle vicissitudini personali, in particolar modo alle relazioni intessute nella prima infanzia con le figure genitoriali. Non è il prolungamento psichico dello schema corporeo, ma l'elaborazione degli scambi affettivi avuti con i genitori o le prime figure di cura; è espressione delle rappresentazioni e si struttura con l'esperienza (Dolto, 2001).

Il seno si trasforma nuovamente nella gravidanza caricandosi di latte e diventando gonfio di vita, per poi diminuire al termine dell'allattamento le proprie dimensioni senza tuttavia riprendere la forma originale, continuando a portare su di sé il segno della maternità.

Il seno con la sua funzione di rappresentare l'intero, convoglia su di sé l'ambivalenza storicamente attribuita alla donna: se pensato in riferimento ad una figura materna ed al momento dell'allattamento, diventa fonte di nutrimento e

⁹ Il contributo di tali manifestazioni visibili della femminilità sebbene renda evidente l'appartenenza ad uno specifico genere contribuisce allo stesso tempo a riproporre timori e dubbi che caratterizzano il rapporto che la donna intesse con la propria fisicità: «la difficoltà, pertanto, di pervenire ad una rappresentazione simbolica meno inquietante viene in quest'ottica riferita soprattutto alla peculiarità degli eventi corporei della vita sessuale della donna (la crescita dei seni, il menarca, la perdita della verginità, la gravidanza e il parto) come risveglianti vissuti arcaici ed intensi timori sull'interno del proprio corpo e sulla propria integrità fisica» (Ferraro & Nunziante Cesàro, 1985 p. 35, da confrontare per un'ampia panoramica delle vicissitudini dello sviluppo psicosessuale femminile, in particolare dell'acquisizione identitaria e della gravidanza, analizzate in relazione all'esperienza del corpo come cavità).

dispensatore di vita, ma tale immagine ha sempre fatto fatica a conciliarsi con quella di un seno come strumento di seduzione, legato sessualità e all'erotismo. Nell'esaustiva seppur concisa rassegna storica che compone la prima parte del suo volume, Parat (2000) descrive come, nella cultura popolare francese, avessero grande diffusione svariate tipologie di prescrizioni mediche volte ad interdire i rapporti sessuali alle donne nel periodo dell'allattamento. Tali norme riguardavano anche le balie, richieste dalle donne di lignaggio elevato per preservare la bellezza e l'integrità del loro seno, che non dovevano mostrare segni di "corruzione" altrimenti avrebbero prodotto latte cattivo, con il rischio di nuocere al bambino. «L'interdizione assoluta appare, infatti, semplice e rassicurante, il tabù dei rapporti sessuali durante l'allattamento risolve nei fatti il conflitto inconscio, consacra la divisione del seno. Madre e donna vengono disgiunte» (Parat, 2000, p. 59-60), ma questa separazione operata sul piano del reale ha un ruolo protettivo nei confronti di una possibile riattivazione del complesso edipico. La con-fusione e la sovrapposizione dell'immagine sensuale con quella materna possono riattivare in entrambi i sessi fantasie arcaiche, facilmente comprensibili se si ricorda con Freud che «nell'inconscio spesso confluisce in un unico elemento ciò che nella coscienza appare scisso in due contrari» (1910b, p. 415-416). L'astensione dal coito nel periodo dell'allattamento assume quindi il carattere di un'espansione della proibizione dell'incesto, che può ripresentarsi grazie alla stimolazione erotica, per lo più negata, suscitata spesso dalla suzione. Parat (2000) riprende Racamier (1979) nel ricordare quanto la maternità, e in particolar modo l'allattamento, possano far riaffiorare delle problematiche irrisolte relative ai vari stadi dello sviluppo psicosessuale. Si assiste ad una «riattivazione delle pulsioni parziali dovuta alla regressione in questo periodo [...]. L'orgia della poppata è quella di piaceri, di desideri perduti, o, per lo meno, e più esattamente, in parte rimossi, in parte riuniti sotto il «primato genitale», in parte sublimati. Di piaceri, di desideri, e perciò stesso di angosce e di difese. Una madre non è più quel bambino «perverso polimorfo» che gode impunemente delle sue pulsioni parziali...» (Parat, 2000, p. 133). Con l'allattamento, il *seno orale* dispensa il nutrimento necessario al bambino, ma

diventa al contempo oggetto della sua insaziabile voracità e avidità. La madre si trova in questo modo a dover fronteggiare la propria ambivalenza e aggressività nei confronti del bambino, spesso proiettandola su quest'ultimo con la genesi di angosce che riguardano l'essere svuotata e divorata. Quando si parla di *seno anale* si fa riferimento ad angosce che riguardano sia la quantità che la qualità del latte. Una mamma non può vedere se nutre il suo bambino abbastanza o se, al contrario, lo allatta troppo poco; è impossibilitata, quindi, dal controllare ciò che avviene all'interno del suo corpo, che può anche generare latte "cattivo" e nocivo (per approfondimenti sulla simbologia del latte, vedi Parat, 2000). Ma è possibile anche parlare di *seno fallico*, ricordando la ben nota equazione simbolica freudiana (Freud, 1924b) che sancisce l'entrata femminile nell'Edipo: la bambina, dopo aver scoperto di non possedere il fallo e non poterlo ricevere dal padre, tramuterebbe la propria richiesta in quella, appunto, di un figlio. L'atto fisico di partorire un bambino provoca la perdita di questo "pene sostitutivo" che ha riempito l'interno della donna per molti mesi, e lo stesso ruolo sarà momentaneamente assunto dal seno che allatta e dalla sua potenza creatrice; compito difficile da abbandonare, il che spiegherebbe sia l'iperinvestimento dell'atto della poppata che le reticenze manifestate da alcune mamme al momento dello svezzamento (che a volte culminano in un vissuto depressivo materno e in patologie della sfera alimentare del lattante).

Aver riattraversato i significati attribuiti al seno, permette di considerare gli aspetti simbolici di un "seno che si ammala", un "seno impazzito", "seno che tradisce" in cui si annida il "male". Sul piano psichico, un tumore al seno pone la donna dinanzi alla propria mortalità, ad aspetti di perdita e lutto. Il suo corpo, minacciato dall'interno, mina la credenza dell'immortalità e dell'integrità narcisistica, richiamando una sorta di "*emorragia narcisistica*", si potrebbe dire utilizzando le parole di Vernet & Henry (2007). Il seno viene attaccato nei suoi molteplici investimenti consci e in tutte le sue componenti: in quella narcisistica, che lo vede come origine di seduzione, bellezza e femminilità; in quella erotica, che lo intende come origine di fantasmi, zona erogena ed elemento di sessualità e nella componente immaginaria, quella del seno desiderato. Infine, il seno, nel suo

aspetto anatomico, come mammella nutritiva, origine di vita e maternità, diventa minaccia potenziale di morte.

L'annuncio della malattia, sul piano somatico, genera ferite nel corpo e nell'immagine di sé: le potenziali perdite, dei capelli con la chemioterapia e la mutilazione o rimozione del seno, simbolicamente possono rappresentare una *castrazione reale* (Reich, 2009). Il faticoso lavoro di reintegrazione e la ricostruzione di un organo modificato richiede alla donna appropriazione, reinvestimento libidico e incorporazione del seno ricostruito. In questo gesto chirurgico può essere espressa anche l'ambivalenza e il desiderio della donna stessa ad *essere ricostruita* (ivi, 2009).

Nel caso di malattia accertata, a questi aspetti si aggiungono quelli derivati dalle terapie ormonali che, inducendo una menopausa artificiale, agiscono direttamente sulla sessualità femminile, provocando secchezza genitale, diminuzione o perdita della libido, atrofia di vulva e pareti vaginali e rendendo i rapporti dolorosi. Come ricorda Schover (1991) la mastectomia e le successive cure mediche hanno un impatto devastante per quanto riguarda la capacità di sentirsi desiderabili ed attraenti ed inficiano l'autostima di una donna: sembrerebbe infatti che questi tipi di interventi siano in alcuni casi addirittura causa di divorzio, poiché l'insoddisfazione e l'insicurezza che si riversano nella relazione non sempre sono tollerabili dal partner.

L'immaginario e i significati per una donna di un tumore al seno, richiamano la simbolizzazione di perdite proprie del femminile e perdita dello status di salute, dell'essere sana.

Ciò che si vuole sottolineare è che dinanzi a tali scenari catastrofici, la diagnosi precoce dovrebbe rappresentare il modo per individuare un possibile cancro ad uno stadio iniziale, in una forma benigna e per effettuare cure in tempo.

In questo possono giocare un ruolo fondamentale le campagne informative. Piuttosto che spaventare e alimentare angosce stimolate dalla prospettiva della malattia, riaccendendo quel *fuoco sotto la cenere*, che è la paura di morire nonché di tutte le perdite che la donna può subire, potrebbero alimentare

un discorso legato all'amore di sé, quel narcisismo sano, spesso tanto difficile da alimentare.

2.2.2 La cavità originaria come contrassegno dell'identità femminile

*...pensavo ai nostri corpi, al mio,
a quello di mia madre, quello delle altre.
Tutte uguali, tutte con un buco.
Appartenevo a quell'orda gigantesca
di esseri forati alla mercè degli invasori”
(Marie Cardinal 1973, p. 257)*

Controllare e sottoporre ad una visita medica i propri organi genitali femminili, al fine di diagnosticare precocemente un possibile tumore, sembra riconnettersi ad antiche angosce, fantasie, frustrazioni, proprie del percorso dello sviluppo dell'identità sessuale femminile.

Si può pensare che percepirsi a rischio potrebbe significare per una donna percepire un possibile *attacco reale* alla propria identità femminile, aspetti, che hanno rappresentato il nucleo della fantasmatica e dei processi d'identificazione durante lo sviluppo.

Pochi studi specifici per il cancro alla cervice uterina, ma la letteratura sulla centralità dello *spazio cavo* del corpo femminile (Ferraro & Nunziante Cesàro, 1985) ci permette di richiamare su un piano simbolico le tematiche di un attacco al proprio interno che minaccia la possibilità di diventare madre.

In che senso il corpo femminile si definisce “cavo”? Nel senso che possiede un organo esterno, la vulva, predisposta per il contenimento del fallo, e un altro organo, interno, l'utero funzionale al contenimento del feto. È ormai dimostrato che le sensazioni vaginali sono precocissime e si connettono ad un sapere “del quale per altro non esiste alcuna ragione di dubitare” (Chasseguet-Smirgel, 1964, pp.112-113). Lo stesso vale per l'utero che, sebbene destinato a rimanere anatomicamente vuoto fino alla gestazione, rinvia in anticipo ad una

possibile pienezza. La libido sessuale e materna si coordinano intorno a questa dinamica di *pieno e vuoto*.

Sin dall'inizio della vita mentale, il bambino, di entrambi i sessi, ha la percezione di uno spazio cavo del proprio corpo che andrà poi differenziandosi per maschi e femmine nel corso dello sviluppo.

Lo sviluppo psicosessuale femminile si attesterà in ogni fase evolutiva sull'esperienza di una cavità interna intesa come *sede misteriosa d'inquietanti eccitamenti e piaceri* (Ferraro & Nunziante Cesàro, 1985). Ad ogni mutamento profondo del proprio corpo (riconoscimento della vagina prima e della vulva poi, menarca, vita sessuale, gravidanza, parto, menopausa), la donna vivrà un'esperienza somato-psichica di cavità su cui si articolano fantasie e processi d'identificazione, angosce di separazione e vissuti di perdita.

Per la donna il proprio genitale resta a lungo un *conosciuto non pensato*¹⁰. Seppure ne ha una conoscenza precoce, che si radica nell'esperienza corporea, la rappresentazione risulta complessa per gli aspetti di invisibilità e innominabilità, trasmessi tra le generazioni al femminile. Tale trasmissione è peraltro colorata di vissuti di vergogna, mancanza, segretezza, disprezzo, colpa, che portano in primo piano fantasie di castrazione, ma più profondamente vissuti di amputazione primordiale e ferite narcisistiche (Nunziante Cesàro, 2014).

Un tumore ginecologico può collegarsi a vissuti dolorosi di essere state danneggiate all'interno del proprio corpo dagli attacchi materni, vissuti dunque come una vera e propria punizione per la propria ambivalenza e per il conflitto edipico (Aydin, Gulluoglu & Kusku, 2012). Punizione peraltro che appare riconnettersi al fattore di rischio per questi tumori: il virus hpv trasmesso per via sessuale. Tali "agguati" incontrano la possibilità procreativa e rinviando ad un accesso al proprio corpo con fini predatori, di svuotamento e devastazione che richiamano le arcaiche e distruttive fantasie sul corpo materno. La stessa visita ginecologica, la possibilità di consentire l'ingresso altrui nella propria cavità (in questo caso lo speculum ginecologico per indagini) è strettamente connessa al

¹⁰ Bollas C. (1987), *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*, Borla, Roma 1989. Con tale concetto Bollas indica qualunque forma di conoscenza non ancora pensata.

senso di sé e della propria identità somato-psichica, al timore di perdere il controllo sull'interno del proprio corpo, alla vergogna di esporre i propri genitali, alla colpa per un'eventuale infezione legata alla sessualità.

Dunque, il pensiero di una prevenzione richiama ferite alla femminilità e perdite della femminilità che potrebbero diventare concrete e non solo simboliche.

III CAPITOLO

Le donne e la loro prevenzione

*La ricerca è sempre altrove
rispetto alla epistemologia,
e bisogna trovare il
coraggio per avventurarsi.
(Bion, 1962)*

3.1 Il disegno di ricerca

Considerando le riflessioni teoriche sviluppate, come contenitore di senso all'interno del quale approcciare al tema della prevenzione oncologica femminile, la ricerca si è sviluppata indagando le rappresentazioni e le attribuzioni di significato delle donne a riguardo del rischio di tumore al seno e alla cervice uterina e delle pratiche di diagnosi precoce.

Il lavoro si articola in tre studi qualitativi contigui che, come si vedrà nel dettaglio, coinvolgono giovani donne e donne adulte per esplorare il fenomeno nella sua complessità.

Il disegno di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università Federico II di Napoli.

3.1.1 Ipotesi:

L'ipotesi principale che ha guidato l'intero progetto di ricerca è la possibilità che la diagnosi precoce di una malattia richiami il conflitto tra istanze psichiche di vita e istanze psichiche distruttive. All'invito di fare prevenzione, per la donna potrebbero riaffiorare, paralizzando o meno l'azione, i vissuti e le fantasie inconse e preconsce sulla vita e la morte, sulla salute e malattia, sul corpo sano e corpo ferito. Altre ipotesi da sottoporre a verifica sono:

- ❖ Il rischio del cancro, evocando un essere in bilico tra vita e morte, crea una difficoltà nell'area della rappresentazione.

- ❖ Differenze significative nella rappresentazione psichica femminile tra prevenzione mammografica e quella ginecologica a seconda dell'età e della familiarità come fattore di rischio.
- ❖ Differenti stili difensivi, più o meno adattivi, presenti nei due gruppi di donne degli studi 2 e 3 (donne che non fanno prevenzione e donne abituate all'attività preventiva).

3.1.2 Obiettivi:

- ❖ Esplorare, all'interno di un quadro psicodinamico, come le narrazioni delle giovani donne e i loro contenuti si organizzano intorno al tema della prevenzione del rischio del tumore al seno e alla cervice uterina, tenendo conto della variabile della familiarità. [Studio 1]
- ❖ Indagare in profondità in che modo, donne che dichiarano di non fare prevenzione, danno senso e costruiscono significato intorno alla loro esperienza. [Studio2]
- ❖ Indagare in profondità in che modo donne abituate alle pratiche preventive danno senso e costruiscono significato intorno alla loro esperienza. [Studio 3]

3.2 Studio 1 Narrazioni delle giovani donne

*«Mentre salute e malattia esistono
al di fuori della narrazione
possiamo cominciare a comprenderle
solo attraverso la narrazione»
(Murray, 2008 trad.mia)*

3.2.1 Metodologia

Alla luce delle riflessioni teoriche e del primo obiettivo di ricerca ci si propone di indagare come i contenuti delle narrazioni delle giovani donne si organizzano intorno al tema della prevenzione.

Ci si avvale di una metodologia qualitativa che possa valorizzare la complessità del fenomeno e cogliere aspetti e dimensioni psicodinamiche.

Si ritiene che la narrazione vada intesa come dispositivo di senso (Margherita, 2009) che consente di elaborare esperienze, rappresentare eventi e pensare (Freda, 2008), costruendo significati inediti (Bruner, 1990) e trasformando l'informe in una forma pensabile (Barbieri, 2007). Se, come sostiene Bion (1962), alla base di ogni attività di pensiero si trovano esperienze emotive e impressioni sensoriali non elaborate, non ancora pensabili, le persone, metteranno in storie ciò che per lo più pervade dal punto di vista protoemotivo (Ferro, 2006).

La consegna narrativa è la seguente: *Una giovane donna e la prevenzione dei tumori femminili*, con la scelta di scrivere dunque relativamente alla prevenzione del seno, della cervice uterina o entrambi.

3.2.2 I soggetti

Lo stimolo narrativo è stato inviato via e-mail alle studentesse del Corso di Laurea in Psicologia dinamica, clinica e di Comunità tramite modulo google drive che permette di raccogliere i dati in assoluto anonimato, ricevendo soltanto il contenuto della risposta, senza alcun riferimento del mittente. Si è pregata la diffusione tra le loro conoscenti.

Hanno partecipato alla ricerca, scrivendo una storia, 58 ragazze con età media di 26 anni, residenti tra Napoli (42,2%) e Provincia (57,8%).

Il 15, 5% ha un diploma come titolo di studio, l' 82, 8 % una laurea e l'1,7% un diploma di scuola media. Tra loro, il 63,8% dichiara di essere fidanzata, impegnata o in una relazione stabile; il 28,2% single e l'8% coniugata.

Tra le ragazze che hanno una familiarità con il tumore al seno (17 giovani su 58, ovvero il 29, 3%), 12 dicono che la nonna ha avuto un cancro al seno, 5, invece, la zia. Il 20% infine, ha conoscenza di qualcuno che ha avuto un cancro alla cervice uterina, ma tra le opzioni proposte indicano “altro” riferendosi probabilmente a conoscenti e amiche.

3.2.3 Analisi dei dati

Le narrazioni accorpate in un unico corpus narrativo sono state sottoposte ad un'analisi quali-quantitativa mediante l'ausilio del T-Lab (Lancia, 2004; 2008), un software costituito da un insieme di strumenti linguistici, statistici e grafici per l'analisi dei testi. Nello specifico, la logica analitica di T-Lab prevede l'applicazione di una serie di algoritmi al database costituito dai dati immessi dall'operatore. La versione utilizzata per la ricerca è la 9.1.

La fase di preparazione iniziale del corpus comporta l'organizzazione del materiale testuale in un unico file di testo con estensione .txt, opportunamente codificato secondo un identificativo (IDnumber), che corrisponde ad unità di contesto e secondo le variabili categoriali individuate.

A partire dalla fase dell'importazione, il ricercatore è chiamato ad operare una serie di scelte, relative, ad esempio, ai processi automatici previsti dal software o all'opzione delle impostazioni personalizzate che consentono, passo dopo passo, di decidere come si intende procedere. Il software, infatti, permette di selezionare nella fase di importazione, il tipo di contesto elementare e successivamente, negli strumenti del sub-menù lessico, permette di fare una serie di operazioni sul lessico.

Lo strumento *Multiwords* consente di procedere alla fusione di più lemmi

densi di senso, che si susseguono frequentemente nel corpus e potrebbero costruire un concetto; questo procedimento equivale alla lessicalizzazione. Esempi di lessicalizzazioni proposte sono date dalle unità lessicali: *ciclo_menstruale*; *tumore_al_seno*; *qualcosa_che_non_va*; *sentire_dolore*.

Dopo aver preso visione del vocabolario del corpus, il ricercatore procede alla sua personalizzazione in modo tale da capire quali parole il T-Lab ha lemmatizzato¹¹ (LEM), quali non riconosce (NCL, non classificate), quali distingue ma non lemmatizza (DIS e OMO) e hanno dunque bisogno di essere disambiguate perché, ad esempio, sono scritte in modo uguale ma hanno un significato diverso.

Per realizzare gli obiettivi di ricerca si è proceduto con due tipi di analisi:

- Cluster Analysis¹² attraverso Analisi Tematica dei Contesti Elementari (e.c.u.)¹³ che sono stati proiettati a cascata come variabili attive sul piano cartesiano, utilizzando Analisi delle Corrispondenze Multiple¹⁴.

- Associazioni di parole per individuare relazioni di co-occorrenza e similarità che determinano il significato locale di parole-chiave selezionate dal ricercatore.

Il software analizza i testi come un unico insieme di dati (Denzin & Lincoln,1994) e identifica scelte lessicali, eseguendo analisi di co-occorrenza e analisi comparativa. Il prodotto finale riassume i contenuti comuni in pochi significativi cluster tematici che possono intendersi come un campo contestuale di significati condivisi dai partecipanti (Reinert, 1995) che permette di costruire vettori di senso nel discorso. Le unità lessicali incluse nell'analisi sono il risultato di un processo di selezione volto a creare un elenco di "parole chiave". Ogni

¹¹ L'operazione di lemmatizzazione riporta le forme dei verbi all'infinito, i sostantivi e gli aggettivi alla forma maschile singolare; le preposizioni articolate alla loro forma senza articolo. Soprattutto per i sostantivi e gli aggettivi si è dovuto compiere un'analisi molto attenta per riportarli al femminile. La pulizia del vocabolario permette inoltre di eliminare le parole vuote o senza significato, tipo le abbreviazioni, articoli o congiunzioni.

¹² La cluster analysis è stata condotta con metodo gerarchico-ascendente caratterizzato dalla co-occorrenza dei tratti semantici permettendo una mappatura delle isotopie, ovvero i temi specifici. Il processo di analisi è stato effettuato tramite un metodo di clustering non supervisionato (algoritmo bisecting K-means).

¹³ Le Unità di Contesto Elementare sono unità sintagmatiche di una o più frasi, caratterizzati dagli stessi pattern di parole chiave, definiti in modo automatico (o semi-automatico dal T-Lab).

¹⁴ Consente di analizzare la specificità dei cluster come viene a delinearsi a seguito dell'utilizzo di variabili.

cluster è costituito da un insieme di e.c.u. ed è descritto attraverso una serie di parole chiave che, ordinate in base al valore di χ^2 , indica che la tipicità di ognuna di esse per ogni cluster è associata mediante un valore semantico (Lancia, 2004).

Questo permette di riflettere e interpretare il significato delle singole parole facendo riferimento ad un numero di e.c.u. e di analizzarle nel contesto in cui sono utilizzate. Il significato di una parola è noto solo attraverso il suo rapporto con il contesto, cioè, attraverso la sua distribuzione all'interno di una porzione di testo (Greimas, 1983; Rastier, Cavazza & Abeillé, 2002).

L'analisi dei cluster è stata poi effettuata, in base alla posizione degli assi fattoriali, a cominciare da quelli che erano più statisticamente significativi (livello di soglia $p = .05$). Abbiamo etichettato ogni cluster e per ognuno abbiamo notato, in ordine decrescente, i lemmi più significativi sulla base del valore del χ^2 .

Peraltro, la proiezione dei cluster sul piano fattoriale consente di poter osservare e le relazioni tra i diversi temi emersi, in termini di opposizioni e vicinanze, interpretando gli assi che li connettono.

Il secondo tipo di analisi, Associazioni di parole, verifica le relazioni di co-occorrenza e similarità tra parole. Sono state selezionate tre parole chiave: *Cura_di_sè*; *Corpo*; *Rischio* e tramite il calcolo di Indici di Associazione sono stati creati diagrammi radiali, in cui il lemma selezionato è posto al centro. Gli altri lemmi sono distribuiti intorno ad esso ad una distanza proporzionale al suo grado di associazione. Le relazioni significative sono quindi del tipo uno-ad-uno tra il lemma centrale e ciascuno degli altri.

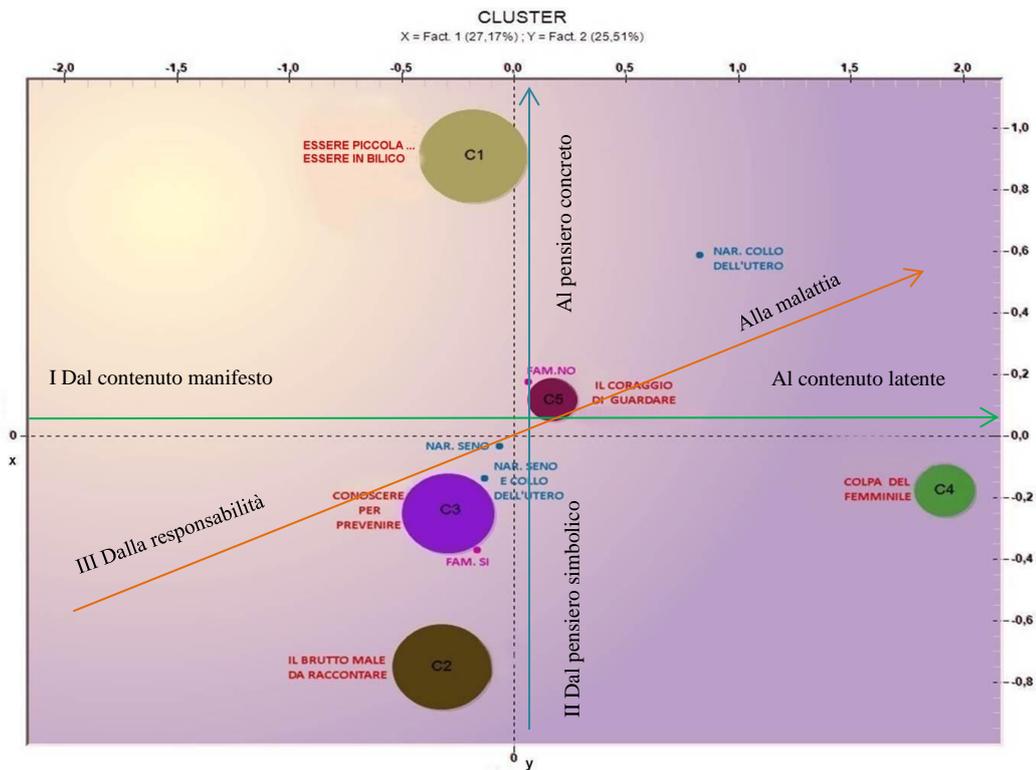
3.2.4 Risultati

3.2.4.1 Analisi dei cluster

Il corpus, sottoposto ad analisi lessicale, è risultato composto da 196 contesti elementari, 8858 occorrenze (token), 1745 forme (type), 1582 lemmi, 975 hapax (occ=1). La parola più frequente è FARE (76 occorrenze).

L'analisi tematica dei contesti elementari ha dato luogo ad una partizione di 5 cluster tematici. Le variabili proiettate attivamente sul piano fattoriale riguardano la Familiarità del tumore al seno (FAM. SI 37%; FAM. NO 63%) e la scelta di scrivere una narrazione sul seno, collo dell'utero o entrambi. (NARR. SENO 45%; NARR. COLLO DELL'UTERO 26%; NARR. SENO E COLLO DELL'UTERO 29%). Dopo aver considerato le variabili, si è proceduto all'analisi dei cluster (fig.1) attribuendo ad ognuno un'etichetta interpretativa in base ai lemmi raccolti e secondo la collocazione sul piano fattoriale, a partire dal cluster statisticamente più significativo. Il primo aspetto da analizzare riguarda le caratteristiche dei singoli cluster, ordinati in base al valore decrescente di χ^2

[FIGURA1]



Il Cluster 1 si trova in alto nel IV quadrante vicino all'asse y ed è stato nominato **“Essere Piccola...essere in bilico”** È composto da 58 contesti elementari (e.c.u.) su un totale di 196 classificati, equivalenti al 29.59% e i lemmi riportati sono: Piccola (25,954), Anni (15,506), Pap_Test (12,056), Ricordare

(11,775), Amica (11,727), Operazione (9,698), Controllare (9,675), Doccia (8,217), Morire (8,217), Risultato (8,217), Sedia (8,217); Subito (8,217), Tumore_alla_mammella (7,813), Chiamare (7,728), Respirare (6,019), Rispondere (6,019), Togliere (6,019), Visita_senologica (6,019), Esame (4,086), Consigliare (3,902), Finire (3,902), In_mente (3,902), Pomeriggio (3,902), Stanza (3,902), Uscire (3,902), Casa (3,894), Nodulo (3,894), Persona (3,894), Tumore_all_utero (3,894).

Il cluster appare come un macro contenitore che raccoglie e mette dentro parole senza nessi e livelli confusi che si mescolano. Sono presenti tutti gli elementi della prevenzione secondaria, configurando un iter che dai controlli porta al risultato di tumore (seno e collo dell'utero) che necessita di cure e interventi chirurgici che "tolgono" per poi morire.

Ci sono più livelli che stanno comunque insieme, non in relazione, ma inglobati: il piano identitario (l'essere piccola, l'età, persona) e il piano delle relazioni (amica, chiamare, rispondere, consigliare). L'*ordinario* (respirare, uscire, pomeriggio) e lo *straordinario* (tumore_alla_mammella, tumore_all_utero, morire). C'è la vita, ma c'è anche la morte. Gli spazi si confondono: la prevenzione non ha un luogo, né mentale né fisico si potrebbe dire, occupa uno spazio troppo grande ed è difficile da collocare, sconfinando in luoghi privati (doccia, sedia, stanza, casa).

Un amalgama di aspetti concreti e concetti astratti, un raggruppamento di dimensioni ambivalenti che impediscono la possibilità di fare o raccontare l'esperienza.

La discrasia che si evidenzia con il contenuto delle narrazioni a cui il cluster rimanda, in cui si ritrova l' articolazione di racconti sul timore della trasmissione al femminile, lascia pensare a come ciò che nella narrazione abbia trovato modo di articolarsi, nel cluster si esprima sotto forma di disorientamento, in modo frammentato e indifferenziato, senza legami tra gli elementi.

Si riportano alcuni stralci delle narrazioni di riferimento:

Marta è una ragazza di 23anni. La sua nonna materna ha subito l' asportazione del seno destro all' età di 40 anni a causa di uno tumore alla

mammella. Sua madre, che ogni anno per paura di ereditare lo stesso male della madre si sottopone a una visita di controllo al seno, da quest' anno vuole che anche Marta faccia una visita di controllo. (SCORE 11.435)

Dicono che i geni non mentano, ma Maria sostiene che spaventino. Sua nonna è morta di cancro al seno, in un' epoca in cui i controlli erano ridotti, la prevenzione inesistente. Ricorda poco di lei, era piccola, ricorda il suo sorriso e la sua pazienza e ricorda le merende con pane caldo e prosciutto ogni mattina. (SCORE 11.209)

Come se credesse che la cura ha senso laddove già è sbocciata la patologia. L' amica la costringere e insieme fanno questa visita senologica. I risultati di Francesca sono negativi, mentre all' amica viene individuata una pallina e la invitano ad altri esami, per accertarsi dell' entità di quest' ultima. (SCORE 6.736).

Il Cluster 2, posizionato in basso nel III quadrante, è stato nominato “**Il brutto male da raccontare**” composto da 52 contesti elementari (e.c.u.) su un totale di 196 classificati, equivalenti al 26.53%. I lemmi caratteristici sono: Malattia (29,977), Momento (24,512), Raccontare (19,053), Ritrovare (19,053), Paziente (16,326), Cominciare (1,968); Bloccare (13,6), Malata (13,6), Cercare (12,332), Aiuto (10,877), Rendere (10,877), Periodicamente (9,729), Amare (9,429), Sottoporsi (8,289), Futuro (7,175), Brutto_male (7,068), Mammella (7,068), Prevenire (7,037), Narr_SenoUtero (5,81), Cura_medica (5,164), Diagnosi (4,709).

Il cluster è centrato sulla dimensione della malattia, il *brutto male* che da un momento all'altro blocca e rende *malata e paziente* conferendo dunque una nuova identità alla donna. Significativa la dimensione temporale riferita sia alla temporalità delle cure e della prevenzione (*periodicamente; cominciare*); sia al tempo della malattia che può arrivare in un momento e influire sul futuro.

La dimensione relazionale emerge dalla presenza dei verbi raccontare *cercare, amare* e delle parole *aiuto, marito*.

Dalle narrazioni colpisce la forte presenza del *corpo*, degli organi come personaggi, che sembra evidenziare un funzionamento mentale che radica nel

corporeo e porta ad attribuzioni possibili di senso (Bion, 1979). Tra queste, il significato di un *corpo che tradisce e un corpo animato attaccato dall'esterno*.

Lucia, raccogliendo i racconti delle pazienti, si rende conto di quanto si siano trovate inaspettatamente assalite da quell'orrenda malattia. Rifletteva sul fatto che chi è malata non è malata da sempre, ma può diventarlo da un momento all'altro. Rifletteva sul fatto che la malattia sembra essere l'estrazione di un numero o un nome: può cogliere chiunque. (SCORE 61.261)

Si sente tradita dal suo corpo perché il male oscuro, il dolore lo stress, la paura le si sono annidati nel seno rendendolo malato. Ha paura, chiede aiuto, chiede amore. Si sottopone alle cure. Ritrova se stessa e torna a vivere senza paura amando la libertà del suo sentire. (SCORE 20.836)

Mammella e utero erano due gemelli e quando uno si arrabbiava l'altro cercava di rassicurarlo passandogli le sue energie e le sue forze. A volte però c'era qualcosa dall'esterno che entrava e mangiava dei pezzettini di entrambi. Quando accadeva ciò, spesso si ritrovavano disperati e cercavano aiuto ai compagni Cuore, Polmone, Stomaco, Fegato. (SCORE 11.858)

Nello stesso quadrante il Cluster 3 “**Conoscere per prevenire**” composto da 48 contesti elementari (e.c.u.) su un totale di 196 classificati, equivalenti al 24.49%, costituito dai seguenti lemmi: Importante (47,571), Prevenzione (38,393), Salute (31,274), Decidere (14,805), Capire (12,439), Brochure (12,266), Interesse (12,266), Proposta (12,266), Regularmente (11,17), Ginecologa (8,279), Ginecologo (7,381), Possibilità (6,769), Preoccupata (6,769), Controllo (6,347), Salvare (6,204), Tumore_al_collo_dell_utero (6,204), Appuntamento (5,729), Effettuare (5,729), Preoccuparsi (5,729), Evitare (5,48), Fare (5,48), Fare_sesso (5,48), Figli (5,48), Infezione (5,48).

Il cluster sembra interamente dedicato ad un discorso sull'importanza della prevenzione, specificamente quella ginecologica. Rilevante la necessità di capire, interessarsi, ricevere proposte e informazioni per decidere poi di sottoporsi ed effettuare un controllo. Importanza della relazione con il medico, ginecologo o ginecologa che sia. Il verbo *evitare*, così come *preoccuparsi e preoccupata* mettono in campo la componente emotiva ed ambivalente che vi si associa. Il

cluster, centrato sul tumore al collo dell'utero, richiama il *fare sesso* e *l'infezione*. La presenza dei figli richiama probabilmente la preoccupazione per una possibile gravidanza.

La posizione vicino alla variabile FAM.SI lascia pensare che per le ragazze con familiarità al tumore al seno sia possibile maggiormente raccontare della prevenzione ginecologica al collo dell'utero, oppure, vista la vicinanza al cluster, della variabile narrazione scritta su entrambi i tipi di prevenzione, si può pensare ad una simmetrizzazione tra seno e collo dell'utero come entrambi a rischio, senza differenze.

C'era una volta una ragazza, bella e intelligente che si innamora di un ragazzo di strada senza scrupoli che pur di portarsela a letto riesce a farle credere che il loro potesse essere vero amore. Una volta capito l'inganno la giovane ragazza si reca dal ginecologo con la paura che il ragazzo che tanto amava avesse potuto contagiarla di qualche malattia infettiva, per fortuna solo una banale infezione. Da lì la ragazza prese la brochure e la lesse. In quella brochure veniva spiegata passo passo la prevenzione per il tumore al collo dell'utero. Fu salvata da quella brochure perché capì l'importanza della prevenzione e proprio grazie a questa prevenzione questa ragazza si salvò da un tumore. SCORE (49.075)

Un giorno passando dalla farmacia della città Lara notò giovani volontarie impegnate per la prevenzione del tumore al collo dell'utero che le spiegavano quanto fosse importante effettuare controlli preventivi anche senza avere alterazioni del ciclo mestruale. Così decise di iscriversi al programma preventivo che prevedeva uno screening completo ginecologico. Da quel giorno capì quanto era importante prevenire piuttosto che curare. Capì quanto per la donna è importante la cura della propria salute e che avrebbe effettuato più controlli ginecologici (SCORE 47.475)

Gemma ha 27 anni e una vita molto frenetica. Tra i suoi mille impegni non ha mai tempo per se stessa: riesce a curare il suo aspetto estetico ma non si sottopone regolarmente ad una visita ginecologica di controllo. Lei è convinta che non ne abbia bisogno, essendo giovane e in salute. Un giorno, nel bar in cui

lavora come cameriera, una ragazza seduta ad un tavolo tutta sola inizia a piangere. Gemma si avvicina e le chiede se va tutto bene. La ragazza le racconta di aver scoperto di avere un tumore al collo dell'utero. Dice di essere spaventata di non poter avere figli o di aggravarsi, nonostante il ginecologo le abbia detto di non preoccuparsi, che con le cure adeguate sarebbe andato tutto bene. Gemma consola la ragazza per un po'. Da questa esperienza, Gemma ha capito l'importanza della prevenzione: d'ora in avanti si sottoporrà ai controlli medici regolarmente. SCORE (27.37)

Nel II quadrante vi è il Cluster 4 **“Colpa del femminile”**, composto da 23 contesti elementari (e.c.u) su un totale di 196 classificati equivalenti al 11.73%. I lemmi che lo caratterizzano sono: Colpa (85,963), Nostra (34,32), Sessualità (27,876), Attesa (25,886), Vedere (22,935), Donna (13,301), Cambiare (13,139), Zia (13,139), Vero (10,048), Bello (9,36), Narr_collo_dell_utero (7,729), Nonna (7,434), Combattere (6,694), Impegnare (6,694), Mostrare (6,694), Piccola_donna (6,271), Giovane (5,86), Amore (5,05), Forte (4,673).

Il cluster per la sua collocazione sugli assi, lontana dal centro, rappresenta qualcosa di difficile accesso per le donne, seppur narrabile. Si tratta della *colpa*. La colpa di non avere sufficiente amore di sé; colpa della sessualità; la colpa di essere donna (aspetti del mostrare, vedere), la colpa della familiarità (zia, nonna), colpa di una femminilità che attacca il tuo stesso essere donna. All'interno del cluster cade la variabile delle narrazioni scritte rispetto alla prevenzione ginecologica del tumore alla cervice uterina, come a sottolineare che il vissuto di colpa si accentui in questo caso, in cui “colpevole” è la sessualità che diviene veicolo di trasmissioni infettive. Aleggia pertanto l'aspetto punitivo della malattia che colpisce gli organi genitali e che sembra arrivare per punire la femminilità o in senso estetico o riproduttivo.

Essere donna e non sapere cosa fare per proteggersi è un vero paradosso. Ma il bello è che davvero non lo so! Di chi è la colpa? Sarà colpa di mia madre. Eh sì, la generazione dei figli dei fiori, delle comuni, del sesso libero, del “volemose bene”. Ma che brave quelle donne eh?

L'aborto, l'auto-palpazione, la conoscenza della vagina, ma poi una cazzo di ecografia no eh? Vabbè no, forse è colpa di mia nonna, con cui crescevo mentre mamma studiava, lavorava e pensava a farmi anche da padre. Eh sì, sarà colpa sua... mi avesse mai detto qualcosa che avesse a che vedere con il sesso, macché! Una battaglia....Ma no, dai, non è colpa sua. Sarà colpa di mia zia, quella ipocondriaca che mi ha fatto venire la nausea dei medici: non toccare questo, non mangiare quello, non sottovalutare quel prurito, un delirio. Vabbè, ma poi lei che c'entra. Sarà colpa di Elena, che a 14 anni mi costrinse ad usare un tampax per dimostrare che fossi "pratica" con il sesso. Vabbè, no. Forse non è colpa di nessuna di loro. O forse è colpa di tutte noi, della nostra mancanza di assertività, di amore per noi stesse. SCORE (69.563)

Poi si sa noi donne siamo un po' autodistruttive di natura e spesso finché le circostanze non ci mostrano le conseguenze delle nostre attese non diamo il via al meccanismo di autoconservazione che ci è stato donato. SCORE (31.646)

Era solo una bambina quando il cancro alla mammella le portò via la mamma. Non ha ricordi nitidi, ma porta dentro di sé un fantasma: il cancro un male fortissimo e invincibile. Da giovane donna affronta la convinzione che ognuno ha il proprio destino e non si può far nulla per cambiarlo. Fino a quando ad ammalarsi è una sua zia dello stesso male della mamma SCORE (11.931).

Infine, nel I quadrante, il cluster 5 nominato **"Il coraggio di guardare"**, Composto da 15 contesti elementari (E.C.) su un totale di 196 classificati, equivalente al 7.65%. Caratterizzato dai seguenti lemmi: Buono (37,345), Trovare (26,955); Coraggio (23,796); Tumore_al_seno (17,972); Sorriso (17,894); Guardare (15,793); Leggere (13,514); Affrontare (9,173); Intervento (9,173); Arrivare (7,597); Chemio (6,746); Gravità (6,746); Notizia (6,746); Sorridere (6,746); Mese (6,354); Età (5,353); Spavento (5,353); Narr_Seno (4,093); Ecografia (3,881); Mammella (3,881).

Il cluster si concentra sugli aspetti emotivi che aiutano ad affrontare, nello specifico, un tumore al seno (cade all'interno del cluster anche la variabile Narrazione sulla prevenzione del tumore al seno) e tutti gli aspetti ad esso correlati (ecografia, la notizia, l'intervento, la chemio) che spaventano. Ma per

affrontarlo è necessario trovare coraggio, sorridere, sentirsi accolte e incoraggiate da benevoli sorrisi, all'interno di una *buona* relazione.

Il verbo **guardare** richiama la fondamentale dicotomia visibile-invisibile e assenza-presenza legata alla prevenzione. La prevenzione avviene in assenza di sintomi visibili. Appare invece rappresentabile solo la possibilità di occuparsi di quanto è presente, visibile in termini di sintomi tangibili.

Inoltre rimanda al guardare durante un esame: il proprio corpo, cosa fa il medico, i monitor dell'ecografia che rimandano al proprio interno. Ma guardare rimanda anche a quanto sia possibile guardarsi i segni, le cicatrici sul corpo dopo un intervento. Significativo che la variabile FAM. NO cada accanto a questo cluster: le donne che non hanno una familiarità con il tumore al seno, sembra ne possano parlare di più, evidenziando un modo *ideale* per affrontarlo.

Eppure dal basso del suo quarto di secolo, 15 anni prima del termine, si sente ugualmente preoccupata ora che si trova qui nel Purgatorio, davanti agli occhi buoni e dolci della Madonna in fondo al corridoio, davanti al sorriso benevolo e invitante del luminare. Da buona ipocondriaca di formazione stoica adesso sta meditando su come affronterà la notizia di avere un tumore al seno SCORE(56.527)

Il loro turno arrivò leggeva la paura negli occhi della madre. Tentava di trattenere la paura dai suoi. La visita della madre sembrò più breve, stava bene. Meno uno, pensò. Quando fu il suo turno quell'ecografia non riusciva a guardare lo schermo ma tanto non ci avrebbe capito niente comunque forse si sarebbe solo spaventata. SCORE (16.26)

In famiglia aveva avuto casi di tumore al seno e l'incidenza del fenomeno era in crescita nella città in cui viveva. Era tranquilla sul fatto che il medico non avrebbe trovato niente di brutto guardando le analisi ma sarebbe stata pronta, per quanto possibile, ad affrontarlo SCORE (14.714)

Ha così capito che è il coraggio il motore della vita. Il coraggio di prendere di petto le situazioni ed affrontarle, anche se si è soli . La piccola donna sa bene quanto gravi e letali possano essere i tumori femminili. Ma tra il sapere e il sentire c'è di mezzo il mare. SCORE (13.371).

3.2.4.2 Interpretazione secondo gli Assi fattoriali

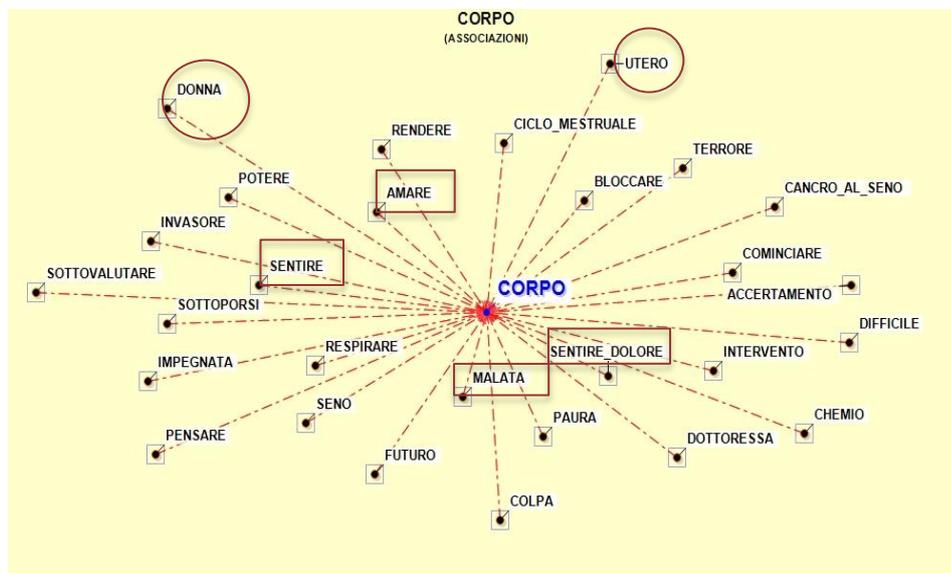
Sul I fattore, orizzontale o delle ascisse, si trova l'asse nominato *dal contenuto manifesto al contenuto latente* (della prevenzione) che polarizza, come si può osservare dal grafico, da un lato i Cluster 2, 3 e 1, con la variabile della Familiarità e da un lato i Cluster 4 e 5 con la variabile della Non familiarità. L'opposizione si configura tra l'aspetto delle conoscenze, dei fatti della prevenzione e dei racconti sulla malattia da un lato, e dall'altro, considerando la decrescenza dei due cluster, i vissuti latenti, colpa e coraggio, pensabili, narrabili, ma comunque di non facile accesso.

Sul II fattore, verticale, si trova l'asse nominato dal *pensiero simbolico al pensiero concreto*. Esso oppone i Cluster 2, 3 e 4 con il Cluster 1. Tale opposizione illustra chiaramente che il pensiero della prevenzione oncologica, con il suo richiamo a forti emozioni alle volte impensabili, porta, da un lato alla possibilità di darvi senso, di raccontare l'esperienza, di agire (fare la prevenzione), di esprimere affetti a partire dal corpo; di contenimento all'interno di relazioni con familiari e medici; dall'altro, produce assenza di simbolizzazione e di pensiero in una situazione mentale di non-contenimento che genera meccanismi primitivi come il ricorso al pensiero concreto.

Sul III fattore si trova l'asse tridimensionale, definito *dalla responsabilità alla malattia*. Si può vedere come i Cluster 3 e 4 esplicitano quanto c'è in gioco nella decisione della prevenzione, richiamando sia l'importanza delle informazioni e della proposta da parte della ginecologa, sia il piano individuale della colpa di non avere sufficiente amore di sé e della colpa della sessualità femminile. Sono tali condizioni di "responsabilità" intrapsichica, interpersonale, culturale e sociale che conducono al polo della malattia (Cluster 5 e 2).

3.2.4.3 Associazioni di parole

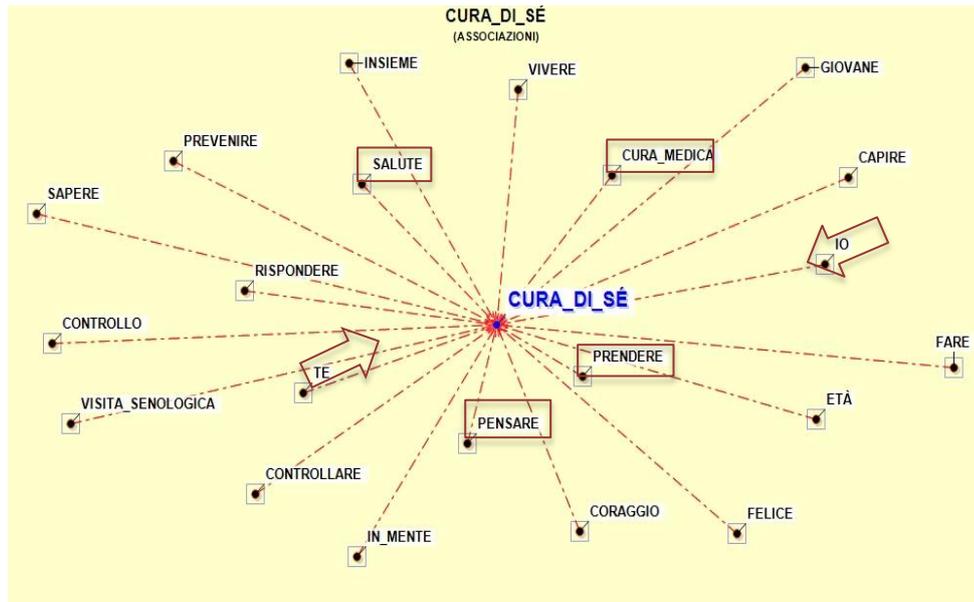
Il corpo delle giovani donne, in una narrazione inventata sulla prevenzione a cosa è associato? Non ad un corpo sano privo di specifiche sintomatologie, ma ad un corpo malato (0.316) che dà segnali e che ha segni visibili. È solo l'esperienza del dolore (0.316) avvertito somaticamente, che può portare a pensare di sottoporsi ad un accertamento. Un corpo da sentire (0,248), percepire, per poterlo amare (0,239) e curare. Un corpo, forse, lontano dall'ideale di donna, dove l'utero risulta sempre difficile da rappresentare come parte del proprio corpo.



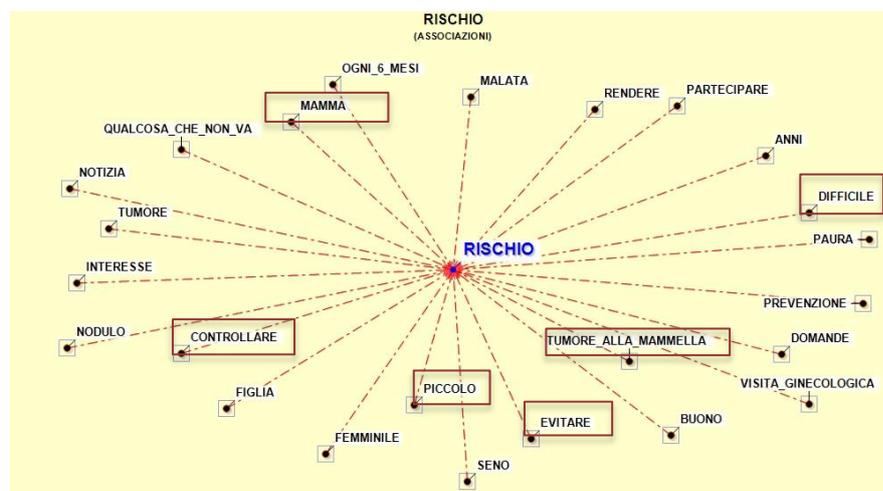
Il lemma *Cura_di_sè* presenta associazioni significative che aprono ad importanti riflessioni. Innanzitutto va notato che la cura di sé è associata alla cura medica e questo sembra essere la logica conseguenza della tematica: “è come se Francesca credesse che la cura ha senso laddove già è sbocciata la patologia” (scrive F, 27 anni).

Inoltre, è interessante soffermarsi sulle associazioni più dirette a questo lemma che comporta il *prendere* (prendersi cura di sé) e il *pensare* (0,308), ma soprattutto sul lemma *Te* (0,302), peraltro speculare ad *Io* (0,201) che rimandano ad una stretta interrelazione tra la cura di sé e l'altro, alla dipendenza interpersonale, all'importanza dei legami affiliativi per la cura di sé e della salute.

La cura, infatti nasce e si struttura in un contesto relazionale, è veicolata dalla presenza dell'altro, la si apprende da altri (madre che si prende cura), ci si prende cura degli altri e pertanto ci si aspetta che vi sia sempre un altro amorevolmente disposto a prendersi cura di sé.



Infine il lemma *Rischio* distribuisce intorno a sé altri lemmi equidistanti tra loro, ma da esso lontani. Le giovani hanno difficoltà a rappresentare il concetto di rischio. L'unico che sembra possibile ritrovare tra i rischi è quello di tumore alla mammella (0,25), comunque ritenuto piccolo (0,224), difficile (0,177) e da evitare(0,177).



Concludendo, si potrebbe dire che per le giovani donne, il tema della prevenzione oncologica femminile, si articola tra forme possibili di rappresentazione e aree irrepresentabili. Ritorna qui alla mente l'affermazione di Green (2010), secondo cui "è il senso la vera holding, non l'oggetto". Fintantoché la prevenzione è contenuta in una storia da raccontare, in buone relazioni mediche e amicali, in un'esperienza di malattia già vissuta in famiglia con la madre o la nonna, risulta pensabile. Anche gli affetti associati, seppur latenti, sono accessibili e narrabili: colpa, preoccupazione e coraggio. La rappresentabilità permette di pensare la prevenzione, la sua importanza e dunque, si potrebbe ipotizzare che è possibile farla.

Ma c'è poi un'area dell'irrepresentabile, quella più grande e confusa, che sembrerebbe richiamare una situazione di stallo mentale, in cui si mescolano confusamente contenuti concreti e astrazioni difensive senza avere accesso ad una reale rappresentazione emotiva e cognitiva insieme.

3.3 Studio 2: Le donne che non fanno prevenzione: un'Analisi Fenomenologica Interpretativa

*Non la voglio fare,
non voglio essere preoccupata
e ossessionata
Devo vedere prima, ma perché?
Se mi viene qualcosa poi si vede.
Quello che vuole Dio!
(Sig.ra E, 58 anni)*

3.3.1 Metodologia

Alla luce del secondo obiettivo, si è voluto esplorare in che modo le donne che dichiarano di non fare prevenzione danno senso e costruiscono significato intorno alla loro esperienza. Per questo studio si è scelta la metodologia IPA - Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, 1996; Smith & Osborn, 2003; Smith, Flowers & Larkin, 2009), un approccio di ricerca qualitativa relativamente recente e rapidamente in crescita. Tale metodologia, che nasce in ambito psicologico, può essere utile da adottare con tematiche altamente soggettive, ma sensibili al contesto sociale e con fenomeni di studio relativamente nuovi e complessi che coinvolgono aspetti identitari, relazionali e di costruzione del significato. La prevenzione dei tumori femminili si ritiene sia un fenomeno di questo tipo. L'IPA consente dunque di avere un approccio di ricerca di tipo qualitativo e induttivo (bottom up), mirando all'esplorazione del processo di costruzione di significati operato dai partecipanti, considerati «esperti esperienziali» del fenomeno che ci si propone di indagare. L'IPA si pone come obiettivo generale quello di comprendere appieno il significato che le persone danno ad un'esperienza. Così, la ricerca IPA tende ad incentrarsi sulla esplorazione delle esperienze, delle intese, delle percezioni e dei punti di vista dei partecipanti (Reid, Flowers & Larkin, 2005). Più nello specifico, si tratta di un metodo:

IDIOGRAFICO: ci si occupa più del particolare che dell'universale, spostando il focus ai processi particolari e ai singoli casi. (Smith, 1991; Smith, Michie, Allanson & Elwy, 2000; Bramley & Eatough, 2005).

FENOMENOLOGICO: ci si occupa di rapporti soggettivi piuttosto che di formulazione di racconti oggettivi (Flowers, Hart & Marriott, 1999) e si riconosce che la ricerca è un processo dinamico (Smith, 1996) in cui il ricercatore¹⁵ svolge un ruolo attivo nel cercare di avvicinarsi al mondo personale del partecipante attraverso un processo di interpretazione. Le qualità del ricercatore IPA sono: apertura mentale, flessibilità, pazienza, empatia, desiderio di entrare in contatto, rispondere al mondo dei partecipanti; nello stesso tempo, il ricercatore ha anche bisogno di determinazione, persistenza e curiosità (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

INTERPRETATIVO: Riferimento all'ermeneutica e alla teoria dell'interpretazione (Palmer, 1969; Packer & Addison, 1989). Vi è un duplice livello ermeneutico (Smith & Osborn, 2003) in quanto il ricercatore è impegnato in un doppio processo, ovvero, prova a dare senso al partecipante (al suo racconto), che a sua volta dà senso alla propria esperienza.¹⁶ È possibile dunque dire che vi è un primo livello di significazione dell'esperienza dovuto all'interpretazione del partecipante, e poi un secondo livello dovuto a quella del ricercatore.

La raccolta dati è avvenuta mediante un'intervista semi-strutturata¹⁷ individuale, sviluppata sulla base della letteratura di riferimento, che pone come aree di interesse da indagare alcune domande aperte, che rappresentano la cornice entro cui si svolge il processo collaborativo dell'intervista. Le aree esplorate riguardano:

- Che cosa significa prendersi cura di sé e della propria salute.

¹⁵ Una metafora adatta a descrivere il ricercatore IPA è quella del viaggiatore che vaga insieme con gli abitanti del posto, pone domande che spingono i soggetti a raccontare le loro storie sul vivere nel mondo e conversa con loro, nel significato originario latino del termine "conversazione", intesa come "vagare insieme a" (Kvale, 1996).

¹⁶ Mentre il ricercatore tenta di accedere al "mondo personale del partecipante" (Smith, 1996 p. 218), nella misura in cui ciò sia possibile, l'IPA riconosce che tale "accesso dipende ed è complicato dalle concezioni personali del ricercatore . . . necessarie per dare un senso a quel mondo altro personale attraverso un processo di attività interpretativa" (Smith, Jarman & Osborn, 1999; ivi, pp. 218-219).

¹⁷ L'intervista semi-strutturata rappresenta uno strumento di raccolta dati flessibile che permette al ricercatore e al partecipante di impegnarsi in un dialogo in cui le domande iniziali possono essere modificate alla luce delle risposte dei partecipanti e il ricercatore è in grado di sondare le zone interessanti e importanti che si presentano (Smith & Osborn, 2003).

- Rappresentazione del rischio.
- Il proprio corpo e la femminilità.
- Esperienze e rappresentazioni della prevenzione oncologica, al seno e alla sfera ginecologica.

Le donne hanno firmato il consenso informato per la registrazione dell'intervista e per l'utilizzo dei dati al solo scopo di ricerca. Le interviste sono state audio-registrate e successivamente trascritte, producendo in tal modo un corpus testuale sul quale è stato possibile lavorare in fase di analisi.

A fine intervista è stato somministrato alle donne il **metodo delle vignette** introdotto da Lydia Temoshok (2000)¹⁸, utilizzato per differenziare tre modalità di reazioni emotive, cognitive, relazionali e comportamentali alla diagnosi di una possibile malattia. Viene chiesto alla donna di leggere tre storie e indicare quanto pensa, da 1 a 10, che le sue reazioni possano essere simili a quelle della protagonista della storia. Il metodo prevede tre possibili stili di risposta allo stress così differenziati:

- **Coping attivo adattivo**: spirito combattivo che si traduce nel ricercare informazioni, porre domande ai medici, cercare il supporto della famiglia e amici, esprimere sentimenti e bisogni.

- **Impotenza (helplessness) e Disperazione (hopelessness)**: inteso come strategia adottata di fronte alla perdita (Engel, Schmale 1967). Tale stile difensivo rimanda alla posizione inerme propria del neonato, totalmente dipendente dalle cure materne che sperimenta le prime situazioni di angoscia quando teme che la madre non sia disponibile per soddisfare i suoi bisogni e non ha alcuna speranza che l'oggetto possa essere recuperato. Tale concetto si riferisce dunque ad una struttura profonda, che ha una relazione molto marginale con ciò che viene misurato dai test clinici per la depressione. Mentre nella melanconia la perdita degli oggetti emerge a livello cosciente nel senso di morte che pervade la sfera dell'Io, nella depressione inconscia la perdita degli oggetti è

¹⁸ Per un approfondimento si suggerisce la lettura di Solano L., Costa M., Temoshok L., Salvati S., Coda R., Aiuti F., Di Sora F., D'Offizi G., Figà-Talamanca L., Mezzaroma I., Montella F. & Bertini M. (2002) "An emotionally inexpressive (Type C) coping style influences HIV disease progression at six and twelve months follow-ups" in *Psychology and Health*, 17, pp. 641-655

sottratta alla coscienza e perciò la sfera dell'Io permane apparentemente indenne. “Depressione inconscia”, asintomatica, inabbordabile a livello cosciente a causa del cronico ricorso a difese come rimozione e negazione. Si traduce nel vissuto di sentirsi sopraffatti, spinge ad evitare amici e famiglia, a rinunciare, a non agire in modo efficace.

- **Tipo C:** repressione o espressione ridotta delle emozioni (in particolare aggressività) con concomitante disregolazione fisiologica; negazione o disconoscimento dei propri bisogni e sentimenti, concentrazione su quelli degli altri; sentimento fatalista.

3.3.2 I soggetti

I ricercatori che utilizzano l'IPA cercano di trovare un campione omogeneo attraverso un *campionamento intenzionale* che sia specifico e per cui la domanda di ricerca sia significativa. Pertanto le partecipanti a questo studio sono donne che non praticano la prevenzione oncologica, ovvero gli screening femminili, né in contesti pubblici né privati. I criteri di inclusione per l'omogeneità del campionamento sono stati i seguenti: donne dai 40 ai 69 anni che dichiarano di non sottoporsi ad esami di prevenzione per i tumori femminili da più di 3 anni, con un livello socio-culturale simile con un buon livello di conoscenze sull'argomento, assenza di familiarità come fattore di rischio.

Sono state reclutate, tra l'associazione Alts¹⁹ e il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Napoli Federico II, 8 donne ritenute idonee secondo i criteri illustrati al fine di parlare nel dettaglio dei loro punti di vista sulla tematica. Le caratteristiche di ogni partecipante sono contenute nella tabella 2.

La co-costruzione dello spazio di intervista è stata sempre frutto della negoziazione con le partecipanti dei tempi e delle modalità di incontro. I tempi delle intervista sono variabili a seconda di quanto la donna sceglie di raccontarsi.

¹⁹ L'Alts di Napoli è l'Associazione per la lotta ai tumori del seno, la cui Coordinatrice è la Prof.ssa Nunzia Nappo, con cui si è collaborato per l'attività di ricerca.

	Età	Stato civile	Numero di figli	Professione	<i>Temoshok Coping Vignettes*</i> (2000)
Sig.ra R.	63	Separata	2	Pensionata	Tipo C
Sig.ra A.	67	Vedova	1	Casalinga	Tipo C
Sig.ra M.	51	Separata	2	Insegnante	Tipo C
Sig.ra N.	57	Divorziata	3	Docente	Impotenza/disperazione
Sig.ra C.	69	Vedova	3	Docente	Impotenza/disperazione
Sig.ra B.	41	Nubile	0	Borsista	Tipo C
Sig.ra T.	57	Sposata	2	Insegnante	Tipo C
Sig.ra S.	48	Divorziata	2	Impiegata	Spirito combattivo (Mi affanno ad esserlo, devo essere così altrimenti mi defenestro!)

3.3.3 Analisi dei dati

Dopo la trascrizione verbatim di ogni intervista, che conserva fedelmente le inflessioni dialettali e il linguaggio di ogni partecipante, l'analisi da condurre è descritta come un ciclo iterativo ed induttivo (Smith, 2007). La natura stessa della procedura interpretativa richiama la necessità di costante supervisione, confronto e riflessione con altri ricercatori su ciò che emerge in fase avanzata di analisi, ponendo in risalto l'importanza della triangolazione nei metodi di ricerca qualitativa. La supervisione ha consentito di prendere in considerazione

l'influenza potenziale del ricercatore nel processo di ricerca e analisi, riconosciuta dalla metodologia stessa. Per l'analisi si procede secondo le seguenti strategie:

- Lettura e rilettura del trascritto per renderlo familiare. Prima analisi rigo per rigo delle affermazioni e comprensione di ciascun partecipante (Larkin, Watts & Clifton, 2006). Annotazione di aspetti descrittivi, linguistici e concettuali. Il ricercatore trascrive accanto associazioni, connessioni e interpretazioni preliminari.

- Trasformare le note in Temi Emergenti.
- Connessione tra temi emergenti e creazione del Clustering dei temi.
- Creazione di una tabella riassuntiva per ogni partecipante con le citazioni illustrative e il numero di riga corrispondenti al fine di effettuare confronti incrociati (cross-referencing).

- I temi di tutte le trascrizioni vengono confrontati e raggruppati in una tabella finale di temi sovraordinati che rappresenteranno l'esperienza condivisa delle partecipanti. Per assicurarsi che i temi illustrati siano rappresentativi dei dati, si considerano similarità e differenze sia all'interno di ogni intervista, sia tra le partecipanti. (Waite, Knight & Lee, 2015)²⁰.

- Sviluppo di una narrazione completa, evidenziata dai commenti e dettagliata sui dati estratti che portino il lettore lungo il processo interpretativo tema per tema (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

3.3.4 Risultati

L'obiettivo dello studio, volto ad indagare nella prospettiva delle donne che non si sottopongono agli esami di prevenzione, il loro processo di costruzione di significato e di attribuzione di senso alla personale esperienza, permette d'individuare quali siano gli aspetti che ostacolano o facilitano un processo preventivo. L'analisi ha prodotto 7 temi sovraordinati che contengono sia le

²⁰ Il modo in cui verranno presentati i risultati della ricerca s'ispira ad una delle ultime applicazioni dell'IPA in studi di Psicologia Clinica, come illustrato in Waite F., Knight M.T.D. & Lee D., (2015) "*Self-Compassion and Self-Criticism in Recovery in Psychosis: An Interpretative Phenomenological Analysis Study*". *Journal of clinical psychology*, vol71, pp. 1201-1217.

esperienze condivise, sia quelle differenti delle partecipanti. La tabella 3 fornisce la rappresentazione dei risultati. Ove possibile, le parole delle donne sono state utilizzate per etichettare i temi al fine di rappresentare l'essenza delle loro esperienze. Ogni tema sovraordinato con i relativi temi emergenti, scritti in corsivo, saranno discussi nel dettaglio in una narrazione completa.

Tab. 3 Temi sovraordinati e Temi Emergenti	Sig.R	Sig.A	Sig.M	Sig.N	Sig.C	Sig.B	Sig.T	Sig.S
1. Vorrei e non vorrei	*	*	*	*	*	*	*	*
1a) Volersi prendere cura di sé <i>vs</i> Sé trascurato	*	*	*	*	*			
1b) Rimando...rimando...rimando	*	*	*					
1c) Conoscenze <i>vs</i> resistenze	*		*		*	*	*	*
2. La cura "accompagnata"	*	*	*		*	*		*
2a) Non mi so voler bene...però so amare		*		*			*	
2b) Sono <i>soggetta</i> agli altri	*				*			
2c) Prendersi sotto al braccio e accompagnarsi		*			*	*		*
3. In lotta con la femminilità	*	*	*	*		*		
3a) Accettarsi è difficile	*	*	*	*	*	*		
3b) Tra piacersi e piacere			*	*			*	*
4. Tra consapevolezza, fatalità e sfida del rischio	*		*	*	*	*	*	*
4a) So benissimo che mi fa male	*		*	*	*		*	*
4b) Nulla può accadere, tutto può succedere...perché deve capitare proprio a me?		*			*		*	*
4c) Causalità del vivere e del morire	*		*	*		*		
5. Un passato di esperienze "maligne"		*	*	*		*		
5a) Passività disumanizzante			*			*		
5b) Le donne devono soffrire				*				*
6. Esposizione e vergogna dell'intimità	*	*	*	*			*	*
6a) I luoghi sessuali delle indagini	*	*	*	*	*	*	*	*
6b) La mammografia e il seno da comprimere	*				*			
6c) Il dolore delle cavità	*	*	*	*			*	
7. Due brutte bestie: il cancro è il cancro		*	*		*	*	*	*
7a) Il nemico silente		*	*	*		*	*	
7b) Seno da riparare, utero a cui rinunciare.	*				*	*		*

1. Vorrei e non vorrei

Il primo tema sovraordinato cattura l'ambivalenza insita nel prendersi cura di sé e della propria salute. Tutte le donne esprimono un conflitto tra il *volersi prendere cura di sé vs Sé trascurato*, spesso espresso con un linguaggio evocativo che evidenzia anche una notevole capacità introspettiva.

“A tutt’oggi mi ritrovo in questa situazione: che avrei bisogno e vorrei curare di più la mia persona e la mia salute, ma purtroppo non riesco a farlo [...] c’è sempre in me questa costante dualità tra il volermi prendere più cura di me stessa e purtroppo l’impossibilità o la negligenza o magari....tante volte....la non volontà di farlo” (Sig.ra R. 9-10; 20-23).

“Prendersi cura di sé è una cosa molto difficile...ci riesco quando non mi devo occupare degli altri altrimenti sono portata a trascurarmi. Ci vuole molto amore di sé. E non sempre mi sono simpatica (Sig.ra C., 1-3).

Rimando...rimando...rimando appare come una costante e l’interrogativo che ci si pone è se si tratti di un rimando al futuro o all’altro. Nello stato attuale che vivono, le donne parlano di pigrizia e trascuratezza, “un po’ mi scoccio”, dichiara una di loro.

“Io non mi prendo proprio cura della mia salute...penso proprio di no. Mi trascuro. Molto. L’unica cosa che faccio...che le devo dire mo’, non lo so...mi prendo la pillola per la pressione e qualche volta mi dimentico pure. Dovrei, ma....rimando, rimando rimando” (Sig. A, 7-10).

Prendersi cura di sé porta le donne a pensare ad una teoria, che è quella del volersi bene e ad una pratica ideale, costituita dai comportamenti salutari (buona alimentazione, attività fisica, fare i controlli, vita tranquilla e serena) che si dovrebbero mettere in atto. Ma non è facile realizzarlo e alle volte ci si rifiuta. Vi è un piano delle *conoscenze* cui si oppone il piano delle *resistenze*, creando una discrasia tra livello cognitivo ed emotivo rispetto al prendersi cura di sé che si traduce nel trascurarsi e non voler sapere.

“Da un intervento di ordine estetico, andare in palestra, seguire un’alimentazione più decorosa ad un intervento di ordine più prettamente medico,

del tipo fare tutta una serie di cose che puntualmente non faccio...ho un rifiuto e quindi faccio finta che il problema non esiste [...] lo so, razionalmente, ma emotivamente sono su un altro livello proprio” (Sig. M. , 8-10).

Il nucleo del conflitto sembra risiedere in un fondo depressivo che si oppone alla gioia di vita. Per prendersi cura di sé e amarsi sembra necessario un narcisismo di vita e un investimento libidico nei propri confronti.

“Nel momento in cui uno realmente ha volontà, gioia di vivere fa di tutto a meno che non ci sono altri fattori di tabù, di voler sfidare la morte ... ma se si evitano di fare certe cose ci sta un fondo di depressione, di autodistruzione, è come se non ci fosse quella voglia di vivere che può essere legata anche alla prevenzione. Quindi voler negare anche la possibilità di potersi controllare, di potersi curare, di prendersi cura di se stessi è sicuramente una forma quasi di volersi avviare più verso la morte che verso la vita” (Sig.ra R., 37-41).

“Un po’ ci vogliamo bene, un po’ male e in certi periodi della vita uno si vuole più male che bene” (Sig.ra C, 15-16).

Non si ritiene sia necessario ulteriore commento per esprimere sia la straordinaria capacità introspettiva di queste donne, sia la loro ambivalenza rispetto alla cura di sé. È indubbio che il conflitto ipotizzato tra spinte vitali e spinte autoaggressive (narcisismo di vita e narcisismo di morte) sia presente e consapevole al di là di ogni interpretazione.

2. La cura “accompagnata”

Il secondo tema sovraordinato permette di evidenziare un risultato molto interessante, relativo al dilemma espresso dalle donne circa il prendersi cura di sé. Dedite alla cura dei figli, delle relazioni, della casa, del lavoro, le donne riescono a ricavarci uno spazio per prestare attenzione a se stesse? Possono concedersi di essere vulnerabili?

Il non prendersi cura di sé è anche narrato dalle stesse donne come una sorta di destino che si trasmette di madre in figlia, lasciando ipotizzare una trasmissione intergenerazionale dell’amore di sé.

“Io non lo faccio perché non l’ho visto fare tutto sommato intorno a me e quindi c’è anche questa componente...ereditaria chiamiamola così” (Sig. T, 58-59).

In maniera evocativa uno dei temi riguarda un aspetto peculiare: *Non mi so voler bene...però so amare.*

“Io so molto prendermi cura degli altri, non mi sono mai presa cura di me e nessuno si è mai preso cura di me...questa è la percezione. I miei figli per me sono importantissimi quindi io vivo “in funzione di”, non vivo per me e questo determina il mio non occuparmi della mia salute. Io mi ritengo una macchina che deve funzionare. Punto. Un carrarmato. Stare bene sempre...sempre” (Sig.ra N, 5-9).

A tale aspetto si connettono i bisogni più profondi, quelli che rinviano alla propria posizione nella polarità soggetto-oggetto di cura. Sembra possibile essere solo soggetto che presta cura agli altri. Non si è soggetti di cura per se stesse, né oggetto di cura da parte di un altro. Come se l’essere vulnerabili nella salute e nel corpo, facesse emergere una dipendenza da un altro che si teme non disponibile: la dipendenza allora va negata e anche il bisogno che la sottende.

Sono soggetta agli altri: c’è bisogno di un altro (rappresentato da una figlia, un’amica, dal medico o dall’Istituzione Sanitaria) che svolga una funzione di Io Ausiliario perché prendersi cura di sé è possibile se c’è un altro che ti coinvolge, ti scuote, ti invita, ti sprona, che fa quindi da motore con il suo desiderio di cura nei tuoi confronti.

“Solo se la dottoressa mi chiama e mi obbliga...così mi dimostra di essere voluta.....ma di mio non farei nulla” (Sig. C 27-28).

Poter andare a fare una visita al seno o ginecologica, diviene pensabile se c’è un medico sensibile, meglio se donna, che permetta di sentirsi in una relazione.

“ Una volta che accompagnai mia cognata che si fece un esame al seno, mi piacque una cosa molto bella. Che questo dottore metteva una musica classica. E questo mi piacque molto, perché significava porre attenzione, essere delicati

rispetto ad un esame [...] come se durante una visita fosse importante una relazione, no? Una comprensione dell'altro" (Sig.ra N. 51- 55).

La ginecologa rappresenta una figura più stabile nella vita di una donna, che attraversa un arco temporale considerevole, ti conosce, ti ha accompagnato durante le gravidanze, è "compagna della tua storia". Una relazione di cura, specialmente se così intima, ha bisogno di ritmo, di procedere in maniera continuativa, senza "strappi".

"Dal ginecologo io ci vado da sola e non è rischioso andarci perché è il ginecologo, innanzitutto è donna e questo mi fa piacere e poi è la ginecologa che mi ha seguita fin dalle prime gravidanze e quindi conosce la mia storia, conosce tutti i fatti miei. E quindi mi fa piacere andare da lei perché non devo ricominciare da capo, ecco" (Sig. S, 22-26).

La cura di sé è possibile se inserita in una relazione e in un contesto: *Prendersi sotto al braccio e accompagnarsi*. Vi è, nelle donne che faticano a prendersi cura di loro stesse, il richiamo ad un "orientamento affiliativo" (Iacono, 1962). Stare insieme, andare insieme a fare un accertamento medico, sarebbe di per sé rassicurante e contenitivo.

"Quando tanti anni fa sono andata una volta, andai in compagnia di amiche. È anche esorcizzare perché ci si aiuta, ci si accompagna, insomma ci si parla e se uno dovesse sentirsi dire qualcosa di spiacevole e magari...se dovesse capitare...lo esorcizzerebbe parlando con le altre" (Sig.ra S, 18-21).

Dunque le donne si occupano di curare gli altri (famiglia, figli) negando il tempo per sé e desiderando che sia qualcun altro a prendersi cura di loro, un materno che le supporti. La malattia, (il tumore eventuale), è considerata un improvviso impossessamento da parte di un demone malvagio, che solo insieme alla forza di altre donne è possibile esorcizzare.

3. In lotta con la femminilità

Il terzo tema sovraordinato racchiude gli aspetti del rapporto con la propria femminilità che si presenta non del tutto lineare e ambivalente: *Accettarsi è difficile*. I cambiamenti del corpo nel corso dello sviluppo dell'identità sessuale femminile sono percepiti come un percorso difficile dove la propria femminilità, emergente o declinante (menarca, menopausa veri e propri punti di non ritorno), può essere rifiutata dalle stesse donne o derisa e calpestata dagli altri.

“Trovo bello il corpo delle donne e mi piacerebbe, ora che sto invecchiando, che il mio tornasse miracolosamente com'era” (Sig C. 16-17).

“A giugno mi sono impazzita che secondo me stavo andando in menopausa prematura. Mia madre è andata in menopausa a 42 anni ed io ce ne ho 41. Questa cosa si lega fundamentalmente al fatto che io non ho ancora avuto figli e per come sono fatta io, una cosa è che io decido di non avere figli e una cosa è che non posso averli.... come lo definisco questo rapporto con la mia femminilità?...lo definisco come dire...lavorato. Lavorato sì, ho messo un sacco di anni a fare pace, a far fare pace il mio corpo con il mio concetto di femminilità” (Sig. B, 41-47).

“Femminile...la mia femminilità è stata calpestata e quindi non me la voglio proprio riconoscere e quando l'ho fatto sono stata derisa. Non mi sono mai truccata, non mi sono mai vestita alla moda, non sono mai andata dal parrucchiere oppure a comprare biancheria intima. Diciamo già quando ero giovane, mamma era che faceva le cose...è come se non avessi mai imparato a prendermi cura di me anche come donna” (Sig. N. 32-37).

Ci si domanda: si può amare e curare un corpo che non sempre ci è piaciuto o che non è stato amato e valorizzato dai partner sessuali?

Tra piacersi e piacere: che tipo di rapporto intercorre? Delle 8 donne considerate, una sola ha un partner, un marito, al momento dell'intervista. Le altre sette donne sono separate o vedove e non accennano a rapporti attuali. Non sempre però l'attenzione al proprio corpo sessuato e sano sembra decrescere con

l'età e con la mancanza di uno sguardo innamorato che lo rispecchi come unico e amato.

“ Ho litigato per tanto tempo con la mia femminilità, l'ho tenuta nascosta, mi bardavo nei miei panni da adolescente. Poi c'è stata una fase in cui ho pensato che essere donna dovesse significare mettere i tacchi o avere il capello sempre perfettissimo. Poi è passata voglio dire...c'era stato un matrimonio che aveva molto calpestato la mia femminilità. E quindi un riconquistarsi proprio come persona, come donna, come amica, come compagna, come figlia, come madre e quant'altro, prima c'era stato un po' un annullamento in questo senso” (Sig.M 30-36).

“Quando ho deciso di separarmi, mio marito, il mio ex-marito mi vide che mi truccavo e mi disse “adesso ti sto perdendo”. Il mio processo di crescita al femminile ha coinciso con la mia separazione” (Sig. N, 93-95).

Queste donne, infatti, esprimono un risveglio d'interesse, sia pure parziale, per la cura della propria persona solo dopo la fine di una relazione amorosa che le ha mortificate nella femminilità, portandole ad “abbrutirsi”.

4. Tra consapevolezza, fatalità e sfida del rischio

Le donne esprimono una certa consapevolezza dei rischi per la propria salute, spesso peraltro associati agli atteggiamenti poco salutari assunti. Il fumo tra tutti, “non è uno sfizio è un vizio” che le accomuna:

“Mettersi a rischio...lo faccio con il fumo. Sapere che ci sono cose che ti fanno male e farle lo stesso, sperando di farla franca” (Sig. C., 33-34).

Rischio, dunque, è fare lo stesso ciò che *so benissimo che mi fa male*; è quello che può accadere perché non ci si cura ed è l'atto stesso di non fare prevenzione, di conoscere poco se stessa e dedicarsi poco tempo. Il rischio sembrerebbe diventare una conseguenza delle proprie azioni o non-azioni e pertanto vi si genera una sfida.

“Io penso che se uno non fa prevenzione poi se ti capita sono problemi tuoi. O no? Penso sia proprio così” (Sig. A. 18-19).

“Diciamoci la verità io penso che rischio pure, perché non toccandomi, non facendomi questi controlli eh, io rischio che facendo le corna mi può capitare, magari un noduletto, qualcosa e poi dico: Madonna mia a saperlo! Dopo è troppo tardi lo so” (Sig. T 72-75).

Ciò che tranquillizza è dato dal non avere avuto mai grandi problemi, il rischio non appartiene all’esperienza del corpo e se si sta al momento in buona salute, prevenire sembra anticipare mentalmente una gran paura. La paura di ammalarsi e di morire che può fare capolino in ogni momento della vita, soprattutto da una certa età in poi. Contemporaneamente vi si associa una silente “voglia di morire”, un sentirsi inerme e lasciare che le cose avvengano.

Dinanzi alla vulnerabilità e alla perdita (dello stato di salute, di parti del corpo, della vita), aspetti di sé così difficili da simbolizzare, ci si difende con atteggiamenti di sfida e di fatalismo, senza variare comportamenti dannosi e senza utilizzare accertamenti medici (esami diagnostici di vario genere): *Nulla può accadere, tutto può succedere...perché deve capitare proprio a me?* La percezione di un “destino” permette un duplice diniego: verso la realtà esterna e verso quella interna.

“In alcuni momenti viene anche lo scoramento nel pensare magari effettuo i controlli, ma magari non effettuo il controllo giusto di quello che poi potrebbe essere un mio male. Quindi poi nasce ovviamente l’idea che insomma tutto è destino e tutto può avvenire da un momento all’altro. Penso perché debba capitare proprio a me” (Sig. R 52-56).

“ Poi alla fine ho un risvolto fatalistico ok, deve succedere, succede. Non si può vivere in preda alla paura, comunque moriamo....comunque moriamo. Cioè se io potessi sapere di non dover morire forse farei qualcosa. Il fatto di dover morire comunque, come inevitabilità diciamo del percorso di vita, questo è un po’ sì, un po’ un risvolto un tantino fatalista” (Sig. M 41-45).

Il fato assomiglia a una parca – Atropo²¹ - che può tagliare improvvisamente il filo della vita. Ci si può curare e fare prevenzione

²¹ Nella seconda parte de “Il motivo della scelta degli scrigni” (1913), Freud ricongiunge l’interpretazione analitica con l’indagine mitologica delle tre “divinità” –Moire – Parche, che decidono del destino di ogni

ginecologica, ad esempio, ed ammalarsi sei mesi dopo di un cancro che attacca un'altra zona del corpo. L'imperscrutabilità del caso è sentita con tale forza che sfidarlo diviene l'unico modo per non essere prede della paura, aderendo quindi alla *causalità del vivere e del morire*, senza contattare l'idea della malattia e della morte.

Si ipotizza che forse, quello che fa veramente paura alle donne della ricerca, sia invecchiare e diventare bisognose di cure. Morire di vecchiaia con quello che esso comporta sembrerebbe poter essere più terrifico di una malattia in età matura purché fulminante.

Infine, lo stress è evidenziato come significativo fattore di rischio per la propria salute, che può portare a qualsiasi tipo di male, considerando che "il fisico risente della nostra psiche e del nostro essere" (Sig. R. 71-72).

"Secondo me lo stress ti fa venire i problemi di salute, o no? Io penso proprio di sì. Perché ti senti male, o' stomaco e tutto il resto appresso" (Sig. A 31-32).

5. Un passato di esperienze "maligne"

Questo tema sovraordinato mette in luce il fatto che, aver vissuto delle esperienze mediche negative, può influire sul rifiuto di qualsiasi cosa abbia a che fare con i contesti medici. Alcune donne narrano di esperienze traumatiche vissute in seguito a operazioni invasive o visite mediche con diagnosi preoccupanti. Seppure non è un elemento che accomuna tutte, tale aspetto, che differenzia la storia di tre donne su otto, risulta esemplificativo della possibilità di avere fiducia

uomo. I loro nomi sono: Cloto, Lachesi e Atropo e avevano il compito di tessere il filo che rappresenta la vita di ogni essere umano e la cui lunghezza è data dalla durata della sua esistenza, quindi al momento della fine della vita, il filo veniva da Atropo reciso. La creazione delle Moire è il prodotto di un'intuizione che rende l'uomo consapevole di essere anch'egli parte della natura e come tale soggetto alla legge inesorabile della morte. Contro l'assoggettamento a questa legge qualcosa nell'uomo doveva ribellarsi, poiché soltanto con grande rammarico egli rinuncia alla sua posizione di privilegio. La sua fantasia si ribellò all'intuizione calatasi nel mito delle moire e creò l'altro mito nel quale la dea della morte fu sostituita dalla dea dell'amore. La terza delle sorelle non solo non è più la morte, ma è addirittura la più bella tra le donne, la più buona, la più desiderabile e degna di essere amata. Questa sostituzione era predisposta da un'antica ambivalenza e si realizzò attraverso antichissime connessioni. Il tema della scelta rappresenta un desiderio che si esprime mediante un'inversione, in quanto, nello scritto freudiano, la libertà della scelta sta al posto della necessità, dell'inesorabilità del destino. In tal modo l'uomo vince la morte che ha dovuto riconoscere con l'intelletto.

nelle istituzioni che curano. Sotto accusa è soprattutto il contesto sanitario composto da medici e personale medico che ha inflitto sofferenze e vere proprie “torture” oppure ha assunto modalità relazionali poco sensibili “pubblicizzando” parti del corpo intime delle donne.

Il dolore provato non è solo quello del corpo, ma diviene un dolore mentale, una ferita inflitta nella propria identità di persona, che viene invece ridotta ad una posizione di *passività disumanizzante*, senza possibilità di essere viste nella propria sofferenza. Esperienze definite, “marchianti” che imprimono a fuoco uno specifico messaggio “non ti vedono, non ti sentono, non ci sei” !

“Ho un rifiuto forte di tutto ciò che è ospedale, tutto ciò che è profilassi, tutto ciò che è proprio mettere piede in una struttura, anche solo ambulatoriale, è una cosa che mi crea profonda sofferenza e quindi faccio finta che il problema non esiste. Aspettare, essere lì in attesa di essere esaminati...ho un rifiuto di rinnovare certe pene, certe angosce [...] Ero un numero...il mio dolore non era visto, io lo sentivo, ma l’altro non lo vedeva e parlo di medici, dottori. Io ho questa immagine di me sul lettino e tutta una serie di persone che mi fanno cose intorno e non mi vedono...quest’ è l’immagine che ho molto forte” (Sig. M 70-77).

“ Per me fu traumatico perché ci fu un momento in cui io mi ritrovai, a 18 anni, completamente scevra da ogni conoscenza in merito, con le gambe aperte su questa sedia e la mia dottoressa, con un gruppo di tirocinanti che attorno andava a dare un’occhiata. E ti posso garantire, è stata l’esperienza più traumatica della mia vita. Questo mi ha portato a non andare più in ospedale, ad allontanarmi dalla prevenzione per molto tempo. Quella giornata non me la dimenticherò mai...mi sembravo proprio l’animale dello zoo messo sotto il microscopio, fu bruttissimo” (Sig. B, 62-68).

Si fa strada una certa misoginia nel mondo medico che, al posto dell’empatia sostituisce messaggi di biblica memoria del tipo “sei nata per soffrire”, non supportando né comprendendo in nessun modo le pazienti , bensì ritenendo che *le donne devono soffrire*, alimentando dentro di loro paura e spavento.

“Una cosa brutta che mi successe è che quando stavo per partorire il dottore ginecologo mi diede una botta sulla pancia, ero giovane e dissi “Ah”! Lui disse : “Eeee devi vedere che cosa devi soffrire”...questo fatto di ritenere che la donna debba per forza fare i conti con un dolore quando deve mettere al mondo un figlio e non deve neanche lamentarsi, deve stare zitta” (Sig. N 71-75).

6. Esposizione e vergogna dell'intimità

Quale rappresentazione o quali esperienze della visita senologica (ecografia-mammografia) e della visita ginecologica (pap-test) hanno le donne che non si sottopongono agli screening femminili da almeno 3 anni? È una prevenzione legata agli organi sessuali, seno e cervice uterina, e coagula intorno a sé specifici significati. Tali organi con l'avanzare dell'età diventano più silenti e impervi.

Innanzitutto le donne parlano dei *luoghi sessuali dell'indagine*, indagini nella propria sessualità, che richiedono la necessità di mostrare il proprio corpo sessuato ad un'altra persona, “le proprie parti intime”.

“Sono entrambe...come dire.... zone molto intime che nel momento in cui decidi di...farle controllare o che sia l'una o che sia l'altra alla fine hanno lo stesso peso, lo stesso valore” (Sig. B, 50-52).

“Ti denudi, ma non solo di fatto. Anche....cioè tu lasci che un estraneo entri dentro di te. Cioè in ogni senso voglio dire perché...ti guarda, ti tocca, ti...magari in quel momento pensa anche cose che vanno oltre l'aspetto professionale” (Sig. S, 71-73).

Si scorgono delle differenze, in quanto gli accertamenti ginecologici sono visti come più intrusivi, delicati e dolorosi rispetto a quelli del seno, considerati invece più fattibili, ma meccanicistici e poco umani: *La mammografia e il seno da comprimere*.

“L'esame al seno se parliamo di mammografiate lo schiacciano in una pressa e ti senti una mucca” (Sig. C 41-42).

Non difficile l'associazione della visita ginecologica con quella dal dentista e con la colonscopia. Dopotutto si è illustrata teoricamente l'unitarietà per l'inconscio delle cavità bocca-ano-vagina-utero, unificate anche nel dolore, il *dolore delle cavità*, di essere guardata dentro, al proprio interno.

“ Per quanto riguarda il ginecologico io sono cresciuta con una madre che non nominava ... per cui andare dal ginecologo significava, secondo lei, aprire le gambe e farla vedere a tutti. E quindi io ho dentro questa cosa” (Sig. N 44-46).

“Per quanto riguarda il pap-test in particolare una certa riluttanza proprio fisica nel dovere effettuare questo tipo di indagine ... questa specie di chiusura proprio...di un eventuale dolore fisico che mi tiene molto in tensione. Ma d'altra parte qualsiasi tipo di indagine, compreso la colonscopia o anche per dire un dente da curare sono come delle violenze che vengono effettuate....le vivo un po' come....non delle violenze fisiche, ma delle violenze di dolore che vengono effettuate sul tuo corpo e che non riesco troppo...come se avessi una soglia del dolore abbastanza bassa” (Sig. R 81-88).

7. Due brutte bestie: il cancro è il cancro

Le donne, invitate a pensare che cosa possa significare un eventuale cancro al seno o alla cervice uterina, danno risposte fortemente intrise di angoscia di morte, per lo più senza attribuire particolari differenze di significato rispetto all'organo colpito dalla malattia. È riconosciuta una differenza tra l'organo interno (utero, dove “non lo sappiamo cosa succede”) ed organo esterno (seno), ma sono entrambi aspetti di sé. Diviene una battaglia contro *il nemico silente*, contro una malattia invisibile.

“Sono due malanni che ...mi dispiace per chi li acchiappa. Non discrimino l'uno o l'altro. Son due brutte bestie. Per me tutto quello che è mio m'appartiene, esterno (il seno) o interno (l'utero), è mio, punto” (Sig. T 87-90).

“Nel mio caso specifico la paura è cancro uguale morte. Cioè io faccio sto binomio così” (Sig. M, 85-86).

“Penso che un tumore al seno o all’utero, mo’ un tumore in generale sia un’esperienza che...veramente neanche al mio peggior nemico gli auguro. Il tumore in sé è una malattia devastante...devastante fisicamente, mentalmente, devasta il quotidiano, le relazioni, tutto, è una cosa sconvolgente. Quindi in generale...è una malattia che vorresti tenere sempre lontano. Rispetto alla specificità del tumore, io non faccio grandi differenze” (Sig. B 91-96).

Quando s’individuano delle differenze, esse assumono questa forma: *Un seno da riparare, un utero a cui poter rinunciare*. Come in un gioco figura-sfondo, dallo sfondo comune della paura e della morte, emergono due figure. Se il problema viene superato, se in gioco non c’è più la vita, si può pensare ai due organi colpiti. Si può pensare al “ripristino” del fattore estetico e femminile, per quanto riguarda il seno e rispetto alla sfera ginecologica, l’asportazione dell’utero o delle ovaie, “si può anche superare” se non si è più in età feconda e se si hanno avuti dei figli, in quanto “mi è stato spiegato che a livello femminile non cambia molto perché comunque rimane l’organo del piacere che sarebbe il clitoride tra virgolette” (Sig. R., 37-38).

“Un cancro al seno comporta una distruzione e una ricostruzione, quando possibile, che non è proprio una passeggiata. All’utero soprattutto se hai già avuto figli, la cosa mi sembra meno drammatica. Certamente in ognuno dei due casi devi fare i conti con lo spavento e con la morte sullo sfondo” (Sig. C, 53-56).

3.3.5 Discussione dei risultati

Le donne che non si sottopongono ad un esame preventivo da più di tre anni costruiscono senso e significato intorno alla loro esperienza esprimendo una grande ambivalenza e conflittualità nel prendersi cura di loro stesse. Non è facile amarsi, accettarsi nella propria femminilità è complesso e il corpo sessuale ed erotico è spesso svalorizzato da sé e dai partner. Le donne conoscono quali sono le “abitudini sane”, ma non riescono a mantenerle e non evitano fattori di rischio come il fumo. Si affidano al destino, aderendo ad una causalità del vivere e del morire. Nello specifico degli esami di screening per i tumori femminili, vi si associano profondi vissuti di vergogna e dolore, legati all’esposizione della

propria intimità, quando non vi si associano specifiche esperienze traumatiche vissute. L'esame ginecologico, rispetto a quello mammografico più meccanico, è percepito come più intrusivo e rinvianti al proprio interno.

Sullo sfondo un'unica paura: il cancro, una brutta bestia. Per pensare di andare a fare degli esami preventivi, come la mammografia e il pap-test, diviene significativa la dimensione dell'accompagnamento: la cura ha senso in una relazione e se c'è un altro che si occupi di sé. Si è voluto mutuare a proposito il fenomeno di "orientamento affiliativo" che Iacono nel 1962 utilizzava a proposito dei lavoratori meridionali, declinandolo qui come un aspetto della possibilità di prendersi cura della propria salute.

Per quanto riguarda il metodo delle vignette di Temoshok che permette di evidenziare lo stile di reazione prevalente di queste donne dinanzi all'ipotesi di una diagnosi di malattia, sono interessanti i risultati che emergono. La maggior parte delle donne, infatti, si colloca sullo stile di Tipo C: repressione o espressione ridotta delle emozioni (in particolare aggressività) espresse invece sul piano fisiologico; negazione o disconoscimento dei propri bisogni e sentimenti, concentrazione su quelli degli altri; sentimento fatalista.

Si può pensare che la mancata espressione dell'aggressività si possa intendere, nel caso specifico, come ridotta "*ad-gredior*", possibilità di andare verso. Che cosa? La vita? Così l'aggressività finisce per rivolgersi verso di sé, in un atteggiamento anche d'impotenza legato a vissuti di perdita .

3.4 Studio 3: Le donne abituate all'attività preventiva: un'Analisi Fenomenologica Interpretativa

3.4.1 Metodologia e analisi dei dati

Alla luce del terzo obiettivo, si è voluto esplorare in che modo, le donne che dichiarano di fare abitualmente e periodicamente prevenzione, danno senso e costruiscono significato intorno alla loro esperienza. Per questo studio è stata adottata, ugualmente al precedente, la metodologia IPA -Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, 1996; Smith & Osborn, 2003; Smith, Flowers & Larkin, 2009), in modo da poter comprendere appieno i significati e incentrarsi sulla esplorazione delle esperienze, delle intese, delle percezioni e dei punti di vista delle partecipanti (Reid, Flowers & Larkin, 2005). Non si riprenderà l'analisi dettagliata della metodologia e dell'analisi dei dati, che, anche per questo studio richiede gli stessi passaggi illustrati precedentemente (vedi paragrafi 3.3.1 e 3.3.3).

3.4.2 I soggetti

I ricercatori che utilizzano l'IPA cercano di trovare un campione omogeneo attraverso un *campionamento intenzionale* che sia specifico e per cui la domanda di ricerca sia significativa. Pertanto le partecipanti a questo studio sono donne che si sottopongono periodicamente agli screening oncologici femminili, nel pubblico e/o nel privato. I criteri di inclusione per l'omogeneità del campionamento sono stati i seguenti: donne dai 40 ai 69 anni che dichiarano di sottoporsi regolarmente ad esami di prevenzione per i tumori femminili, con un livello socio-culturale simile e con un buon livello di conoscenze sull'argomento, assenza di familiarità come fattore di rischio.

Sono state reclutate all'associazione Alts durante le giornate dedicate alla prevenzione, 8 donne ritenute idonee secondi i criteri illustrati al fine di parlare nel dettaglio dei loro punti di vista sulla tematica. Le caratteristiche di ogni partecipante sono contenute nella tabella 4. La co-costruzione dello spazio di

intervista è stata sempre frutto della negoziazione con le partecipanti dei tempi e delle modalità di incontro. I tempi delle intervista sono variabili a seconda di quanto la donna sceglie di raccontarsi.

Tab. 4	Età	Stato civile	Numero di figli	Professione	<i>Temoshok Coping Vignettes*</i> (2000)
Sig.ra D.	62	Vedova	2	Impiegata	Spirito combattivo
Sig.ra F.	52	Coniugata	0	Commissario	Tipo C
Sig.ra L.	42	Nubile	0	Poliziotta	Spirito combattivo
Sig.ra G.	44	Coniugata	3	Casalinga	Spirito combattivo
Sig.ra P.	62	Coniugata	0	Magistrato	Spirito combattivo
Sig.ra O.	61	Nubile	0	Commerciante	Spirito combattivo
Sig.ra V.	48	Coniugata	1	Poliziotta	Spirito combattivo
Sig.ra W.	62	Coniugata	1	Impiegata	Non ha voluto leggere le vignette, a causa della recente morte del fratello

3.4.3 Risultati

L'obiettivo dello studio è volto ad indagare, nella prospettiva delle donne che praticano la prevenzione, il loro processo di costruzione di significato e di attribuzione di senso alla personale esperienza.

L'analisi dei dati ha prodotto 5 temi sovraordinati che contengono sia le esperienze condivise, sia quelle differenti delle partecipanti. La tabella 5 fornisce la rappresentazione dei risultati. Ove possibile, le parole delle donne sono state utilizzate per etichettare i temi al fine di rappresentare l'essenza delle loro esperienze. Ogni tema sovraordinato con i relativi temi emergenti, scritti in corsivo, saranno discussi nel dettaglio in una narrazione completa.

Tab. 5 Temi sovraordinati e Temi Emergenti	Sig. D	Sig. F	Sig. L	Sig. G	Sig. P	Sig. O	Sig. V	Sig. W
1. Il controllo della salute	*	*	*	*	*	*	*	*
1a) Allerta sto!			*	*	*			*
1b) Fare tutto il possibile per non ammalarsi	*	*		*	*	*	*	
1c) Rapporto <i>familiare</i> con la salute	*	*			*	*		*
2. La cultura del proprio corpo	*			*	*	*		*
2a) Femminilità consapevole	*	*	*		*			
2b) Mi piaccio attraverso i tuoi occhi				*			*	*
3. Rischi in agguato	*	*		*	*			*
3a) Il tumore dorme dentro di noi	*				*		*	
3b) Eppure.... si muore	*		*	*	*	*	*	*
3c) Mettersi a rischio di sapere		*	*			*	*	
4. I fattori che supportano la prevenzione femminile	*	*		*	*			*
4a) Arrivando in tempo... si può recuperare	*	*		*	*	*		*
4b) Organi dolenti o in attività	*	*	*	*		*	*	*
4c) Il medico è un amico				*			*	*
4d) È una parte del corpo come un'altra		*	*		*		*	
4e) I contesti facilitanti	*	*	*	*	*	*	*	
5. Sarebbe una <i>diminutio</i> anche come donna	*			*		*	*	*
5a) Certo...ti manca qualche cosa						*		*

1. Il controllo della salute

Il primo tema sovraordinato unisce tutte le donne intervistate sull'aspetto di assoluta necessità di avere un controllo puntuale e costante della propria salute. Si va dall'attenzione scrupolosa a quello che si mangia, all'obbligo di avere un fisico sempre in forma, al recarsi periodicamente e continuativamente a fare controlli medici. La posizione delle donne, *Allerta sto*, è quella di un allarme continuo da tenere a bada.

“Diciamo che io sono molto attenta, mangio molto pulito, non fumo, faccio... quando posso passeggiare sulla spiaggia, in montagna... insomma mi piace curarmi di me stessa, devo dire la verità. Quindi evito di mangiare... diciamo... tranne quando vado fuori al ristorante, ma a casa non mangio frittture, mangio verdure, pasta poca, riso molto, legumi tanti, pesce... Per esempio la carne rossa la mangio pochissimo, non bevo alcolici... sono un po' noiosa. Evito tanto e non prendo medicine. Per me la salute significa stare attenti a quello che si ingerisce” (Sig. W 1-7).

“Essere curata, nel senso di... controllare tutti...diciamo tutte le cose che possono capitarti un po' strane controllando quali sono gli allarmi e curandomi da un punto di vista fisico nel senso... la palestra, i massaggi e quant'altro” (Sig. G 3-5).

“Allora pratico sport, mi piace moltissimo giocare a tennis, sciare, poi ho smesso di fumare, sono due anni con gioia mia perché vedo il benessere che mi ha portato fisicamente e nei rapporti con gli altri e poi cerco quanto più possibile di mangiare in modo abbastanza... sano, tra virgolette” (Sig. L 3-6).

“Io tendenzialmente mi sono presa cura di me... forse, effettivamente, nella vita dedicandomi molto allo sport, quindi molta fisicità nel senso di rapporto con lo sport, con... ho fatto tantissimi sport quando ero più giovane anche a livello agonistico e, comunque, adesso mi mantengo con passeggiata, corsa e palestra, non venendo mai meno a questo impegno” (Sig. P 10-13).

Si riflette sul modo comune delle donne “fautrici della prevenzione” (come si definisce una di loro) di costruire significato intorno alla loro esperienza.

Sembra di ascoltare una voce monodica piuttosto che polifonica, costituita da un senso unitario.

La salute è data dal mantenimento del fisico attraverso molto sport e diete, è intesa come cura del corpo anche estetica. Un corpo che costituisce la vera linea di frontiera dell'Io e la scena dell'incontro con l'altro, probabilmente contenitore delle paure.

Il controllo e l'evitamento, uniti alla vigilanza, sono considerati modi per avere molta cura di sé. C'è chi si definisce un po' noiosa, troppo virtuosa. La salute diventa un impegno, un dovere verso di sé e verso gli altri e dipende in maggior misura da se stesse. Stare bene costituisce una preoccupazione che porta a *fare tutte le cose possibili per non ammalarsi* e nel caso ci si ammali, ricorrere in tempo ai ripari.

“Io faccio visite...faccio sia analisi del sangue, tiroide, poi...faccio la visita al seno col controllo, il controllo anche alla sfera sessuale dalla ginecologa e...e quando capita ho fatto qualche TAC, qualcosa per i reumatismi, chiaramente per l'età ci sono anche quei controlli e poi io comunque ho l'ipertensione quindi controllo anche il cuore, elettrocardiogramma, ecocardiogrammi e tutto quello che riguarda la sfera della ipertensione insomma. Cerco di fare anche una vita abbastanza sana: camminare, fare un po'... vado a ballare insomma... faccio queste cose qui. E poi comunque cammino senza stare troppo in macchina, mi muovo con i mezzi pubblici, camminiamo molto anche durante l'intervallo ci facciamo la passeggiata, insomma queste... Quando capita il sabato e la domenica un bel giro nel lago, a spasso così sulla spiaggia, questo sì... riesco a mantenere comunque il fisico” (Sig. D 24-34).

“Fare questa visita oggi al seno, andare... che ne so se ho un problema andare a fondo, fare le analisi, mi interessa, cerco di capire la patologia che magari mi hanno riscontrato, oppure adesso è doveroso andare in palestra perché con l'età sto aumentando di peso e cerco di mantenere questo impegno” (Sig. F. 14-17).

Il *fare* appare costituito da prescrizioni e regole interne, che costituiscono un credo da mantenere, probabilmente in antitesi allo smarrimento e l'angoscia sottostante.

Le radici di tali abitudini si ritrovano nella famiglia d'origine, configurando un *rapporto familiare con la salute* al limite tra salutismo e terrore delle malattie.

“Beh, tendenzialmente... premetto che io sono figlia di un medico, per cui praticamente questo fatto del rapporto con la salute è sempre stato un rapporto familiare, anche se ho optato per il ramo materno di... di terrore delle malattie. Quindi, forse, effettivamente prendersi cura della salute per uno che è terrorizzato dalle malattie significa prevenire, questo non c'è dubbio” (Sig. P, 1-5).

“Da che ero una ragazzina, ho sempre guardato la... la cura per il corpo, sia quella esterna e sia quella interna, già diciamo venendo da una famiglia di... di contadini ho avuto un'alimentazione sempre di quelle corrette sia i legumi, la verdura, la frutta e insomma già ho fatto un'alimentazione che ero piccolina insomma fino a grande e continuo ancora a fare questo tipo di alimentazione” (Sig. O, 1-5).

2. La cultura del proprio corpo

Le donne abituate alla prevenzione esprimono una cultura del proprio corpo che sembrerebbe configurarsi come un “conosciuto pensato” da difendere e di cui occuparsi. Un corpo vissuto, libero sessualmente che dà voce ad una *femminilità consapevole*, un'autocoscienza che porta a volersi bene.

“La sfera sessuale fa parte di te, della tua vita e quindi tu... anche da piccola io avevo una grossa attenzione per il mio corpo, per quello che sentivo, per quello che mi potevano dare gli altri. Eh... quindi sono stata sempre, ho sempre parlato in maniera molto diretta con gli uomini, con le donne, con le mie amiche abbiamo sempre parlato apertamente di tutto e questo è molto importante, nel senso che questo ti aiuta anche a conoscere te stessa. Non ho mai avuto problemi col mio corpo nel... nel darlo o nel ricevere quindi nessuna parte del mio corpo ha un... non è... come dire intoccabile, quindi è un fatto che proviene

dell'educazione, dall'esperienza, dal fatto di amarsi, di... di conoscersi ed è un fatto personale (Sig. D, 96-104).

Si ricorda qui, per la sua rilevanza nei significati attribuiti dalle donne al rapporto con la propria femminilità, quanto scritto da Green (1983), ovvero che la relazione al corpo implica l'elaborazione della relazione all'altro. Il rapporto da chiarire non è più quello tra psiche e soma, ma il modo in cui il corpo è coinvolto nella relazione con l'altro.

Un aspetto di conferma della propria femminilità e/o della seduttività passa per lo sguardo dell'altro, per l'essere osservata e stimata o dal feeling particolare che si crea parlando con un altro. La femminilità dunque dipende dall'altro, dal marito, dal partner, rendendo possibile quel: *Mi piaccio attraverso i tuoi occhi.*

“ Sentirmi a posto con me stessa, stimata, osservata, sicuramente questo è il mio rapporto con me stessa. Da mio marito naturalmente anche delle persone con cui ovviamente ho contatti sociali, ecco sicuramente questo è il mio modo di sentirmi femminile al momento” (Sig. G 22-25).

“Per me la femminilità è un qualcosa che è molto legato alla classe, che è un dono interiore, interno e la femminilità per me non è mai sbattere in faccia la sessualità all'altra persona, che sia donna o che sia uomo. È una... un qualcosa di sottile e di nascosto, un messaggio subliminale che alcuni colgono e altri non colgono” (Sig. P. 37-40).

“Ho anche un'altra... un'altra cura per il mio corpo, mi piace comunque sostanzialmente così com'è, non lo cambierei più. In passato, per esempio, l'avrei fatto. Forse perché ho molta confidenza con il mio partner, per cui non mi interessa che questo seno magari non è perfetto, capito? Veramente... È proprio un'evoluzione che c'è, ci sono altre cose che so' più importanti, non so. Non toccherei niente adesso, va benissimo così come sta, capito, questo è” (Sig. V 174-179).

3. Rischi in agguato

In che modo le donne che praticano la prevenzione si rappresentano il concetto di rischio? Come un nemico appostato, pronto ad attaccare non appena si abbassa di poco la guardia, è dovunque (dentro, intorno, ti fiancheggia), può aggredirti e in qualunque momento. Il rischio è qualsiasi cosa, ma ha anche un nome: la malattia che attacca il fisico.

“Eh... le ripeto, di tutto a rischio perché comunque non è che si esclude che nonostante, diciamo, io non fumi, non bevo alcolici, insomma non mi possa succedere nulla. Non non credo a questo purtroppo” (Sig W 31-34).

“Il rischio in termini di malattia che può attaccare il mio fisico... Ma... capirà, con quel che si sente in giro, qualsiasi cosa” (Sig. P 17-18).

“Io vivo un po'... sospesa e c'è questa latente paura che un tumore possa accadere a chiunque di noi... comunque mio marito è morto di questo, insomma. Mia mamma lo stesso in 5 mesi, comunque è morta, quindi per me... sta intorno a me questo... questo problema insomma. Eh... tu spero che non ti tocchi e quindi... però qualsiasi piccola cosa hai paura per te, per i tuoi figli, per tutti quelli che ti circondano. Sono convinta che è dentro di noi, latente, c'è in ognuno di noi questa storia, poi all'improvviso o per un evento doloroso... può scoppiare, può indebolirsi la tua risposta diciamo alla vita e quindi tu ti ammali. Ma di qualsiasi cosa insomma, è un fatto come se il corpo si indebolisse, no?” (Sig. D 60-68).

È anche una fatalità, una combinazione di aspetti interni ed esterni.

Il tumore dorme dentro di noi in maniera latente e fuori c'è l'ambiente, c'è il destino che può afferrare senza bussare, facendo scoppiare la malattia. La prevenzione è l'unica alternativa alla fatalità che queste donne pensano di avere.

Molto significative le esperienze di malattia e lutti che hanno scandito la loro vita. Il cancro e la morte rappresentano minacce ben conosciute e non identità astratte. Potere immaginare, perché si è vissuto attraverso l'esperienza di un altro, un percorso di dolore e di sofferenza, sembra rendere consapevoli di quella paura di morire così sconvolgente che porta ad un atteggiamento più prudente, ad un amore maggiore per la vita, *eppure si muore*.

“L'argomento morte è un argomento a cui, ti ripeto, mi trovo a pensare spesso perché sono stata un po' circondata da persone tra l'altro che hanno più o meno insomma 50 anni, quindi bene o male un'età a cui io mi sto avvicinando e... e quindi per vedere intorno, vederlo concretamente, una cosa è pensare, un'altra cosa è quando vedi le persone che conosci, capito? (Sig V 52-56).

“Mia mamma faceva una vita bella... in Calabria l'acqua è buona, il vino è buono, mio marito non ha mai fumato, sportivo eppure... bah.... è come se ci fosse... un destino, una cosa nell'aria che ti... ti segue e poi, all'improvviso, ti acchiappa ed entri in quel canale lì senza una vera avvisaglia, senza dire: ma possibile io faccio una vita così e invece non è vero perché con mio marito è stato... stava benissimo, tranquillo, la mamma pure pareva proprio ...chi accerev a mia mamma, eppure è morta. Siamo... come dire? In balia del... del destino”. (Sig. D 71-77)

“Diciamo io ai miei 14 anni ho avuto il papà che era giovanissimo che... una persona diciamo nata in campagna, vissuta in campagna, una vita sana, genuina, senza fumo, senza alcol, queste cose qua, però a 50 anni si è ritrovato un tumore ai polmoni... ecco, allora io dico adesso, anche chi fuma o non fuma si deve controllare. Anche la persona che non fuma... non soltanto quella che fuma perché questo può succedere che tra il fumo passivo insomma e quello attivo insomma siamo un poco tutti quanti inguaiati” (Sig. O 31-37).

Interessante, infine, la prospettiva offerta da una donna, che parla del rischio come *mettersi a rischio di sapere*, rischiare di prendere delle decisioni. Allora rischiare significa farlo ogni volta, ad ogni accertamento, con la paura che si possa avere una brutta notizia, quella di avere un male... “detto incurabile”. Ogni volta è una scommessa: mi scoprirò malata?

“Troverò qualcosa? Tu dici: ti curi, sì però pure una chemioterapia, cioè voglio dire è una cosa che ti sconvolge, ti trasforma eh...?” (Sig. V 61-62).

E la paura è il vissuto di tutte le donne ad ogni visita.

“Ormai il tumore è talmente dilagante che... la paura è latente ce l'hai sempre quando vai a fare qualsiasi tipo di analisi guardi il dottore e dici: ma, speriamo che non mi dice niente, speriamo che non dice niente” (Sig. D 51-53).

A questo, si collegherebbe ancora un altro rischio, più doloroso da portare, quello del senso di colpa e del rimpianto.

“Ah beh, io sono a rischio tutti i giorni. Col lavoro che faccio... Però per la salute effettivamente si ci mette a rischio non facendo le visite secondo me. Effettivamente se tu non ti vai a fare la visita, anche periodica, tu dopo pensi: mamma mia, io ci potevo andare un mese fa, perché poi i medici adesso sono anche diciamo crudeli, nel senso buono della parola. Ti spiattellano in faccia ciò che... dice: eh, signora, lei se fosse venuta avremmo preso in tempo, oppure sempre la solita frase... non abbiamo preso in tempo, abbiamo fatto... E questo è il fatto di, di mettersi a rischio e effettivamente poi diventa una responsabilità personale. Lì non te la puoi prendere con nessuno” (Sig. L 70-78).

4. I fattori che supportano la prevenzione femminile

Questo tema raccoglie i fattori che supportano le donne nella prevenzione: fattori cognitivi, strategie difensive, aspetti corporei e dimensioni relazionali. In primo luogo una consapevolezza comune, data dal riconoscere che i tumori al seno e alla cervice uterina si possono diagnosticare precocemente, a differenza di altri organi per cui è più complicato: *Arrivando in tempo... si può recuperare.*

“Il seno ci stanno già... cioè si può guarire, anche l'utero perché è circoscritto, perché se riesci a beccarlo in tempo insomma ci puoi... puoi riuscire a tirartene fuori” (Sig. D 65-67).

“Io credo nell'importanza fondamentale della prevenzione, perché grazie a Dio ci sono dei sistemi che non sono così invasivi come un'ecografia e una mammografia per stare sotto controllo e scongiurare, o prendere in tempo dei malanni a cui tutti siamo soggetti” (Sig. F 36-39).

“La vita è bella ed è bello viverla... terminarla così per una cosa che, invece, si poteva... curare, perché non si deve fare”? (Sig. O 72-73).

Un altro tema che emerge come motore per tenere sotto controllo i propri organi femminili, è dato dal fatto che si tratta di *organi dolenti o in attività.*

Nelle loro esperienze, le donne raccontano di sintomi, di bruciori, noduli (Sig. L), miomi (Sig. O), fino a parlare di un “utero malaticcio” (Sig. F) che non ha fatto arrivare figli. Dunque, le donne raccontano di segnali che hanno reso il seno e l’utero organi a cui prestare attenzione, raccontano di percezioni somatiche e di dolori esperiti, già provati, che si vorrebbe quindi evitare. Altresì, per alcune donne, seno e utero sono, al momento dell’intervista, in piena attività, in quanto sono recenti le nascite dei figli e vi è uno sguardo al seno che, allattando, “perde tonicità, non è più quello di una volta” (Sig. G) e alle visite ginecologiche, più frequenti.

“Forse perché, le ripeto, io ho avuto... siccome c’ho una mastopatia da quando tenevo 18 anni e il mio medico curante mi disse che mi dovevo controllare perché erano proprio dei dolori, faceva proprio male il seno. Il periodo del ciclo, io proprio... era dolorante e quindi... sono stata sempre molto attenta su questo, soprattutto il seno... più della visita ginecologica, però anche quella ormai la faccio insomma ogni anno” (Sig. W 91-96).

“Io ho un seno anche molto piccolo e quindi insomma mi impressiono poi spesso anche perché durante il ciclo questo seno forse tende a diventare un pochino più turgido quindi mi impressiono spesso. Prima della gravidanza io ero una persona che soffriva continuamente di cistite, prendevo continuamente infezioni alla sfera genitale poi in realtà con il tempo ho fatto tante di quelle cure antibiotiche che non hai idea (Sig. V 83-88).

“Ho avuto sempre problemi alla sfera ... ginecologica. Io a vent’anni sono stata operata di una cisti ovarica...mi hanno tolto un ovaio. Poi ho avuto dei miomi, quindi comunque io minimo due volte all’anno sto dal ginecologo” (Sig F. 48-50).

Di primaria importanza è la relazione con il medico, *il medico è un amico*, persona di cui è necessario fidarsi per potersi affidare e per sentirsi tranquille e comprese. L’intimità e la vulnerabilità della visita richiede un approccio psicologico e una competenza nella comunicazione, coinvolgendo la donna stessa nella visita e nell’indagine.

“La mia ginecologa è una mia carissima amica e fin quando lei non è diventata ginecologa io avevo molta difficoltà, molta difficoltà. Invece, va beh, mo' mi so' tranquillizzata, ho lei e sto tranquilla” (Sig. W 73-75).

“In ginecologia bisogna sempre avere delle persone serene, delle persone che ti riescono a tranquillizzare, no? Per il seno la cosa è meno intima e invasiva ma il medico ti deve informare su quello che ti sta facendo, perché tu non sai cosa succede nel tuo corpo. Anche la conoscenza, no, cioè spiegare cosa ti fanno, altrimenti tu rimani...” (Sig. G 57-61).

“Ho avuto la fortuna di essere seguita da un ginecologo che poi è quello che mi ha preso anche il parto in dolce età che praticamente è un amico e quindi chiaramente un atteggiamento sempre molto umano... ho avuto anche un'assistenza durante la gravidanza molto bella... si instaura un clima voglio dire diverso, non è il classico clima professionale” (Sig. V 37-41).

Soprattutto per le visite ginecologiche è importante una relazione personale, mantenuta negli anni, di accompagnamento durante i momenti importanti e di condivisione di aspetti profondamente privati. Si ricorda qui, come Blomberg, Ternstedt, Tornberg & Tishelman (2008) definiscono il ginecologo, impegnato in un intimo contatto con il corpo sessuale e riproduttivo di una donna: *caregiver*.

Tra *caregiver* e amico quindi, quello che appare come un'importante strategia difensiva per sottoporsi agli esami, è la credenza che gli organi sessuali siano parti del corpo qualunque, *è una parte del corpo come un'altra*, non materia erotica.

“Comunque io quando vado da questo tipo di medici non penso maistanno invadendo la mia intimità....dico mi stanno visitando...un piede, la mia testa è predisposta a dire è come se mi stessero visitando il piede, il braccio, la gola...non mi faccio proprio nessunissimo problema, per me è indifferente se è un uomo, una donna” (Sig. F 81-85).

“Col maschio già, diciamoci la verità, in quella posizione, con quella cosa, vedersi di fronte è già una cosa un poco che ti inibisce, però poi tu pensi che è una visita come quando penso io che vado a lavorare che ammanetto un maschio che

può sentirsi così mi, mi risollevo da questo... però l'impatto iniziale è sempre un poco... di inibizione dal punto di vista... Lo si supera perché comunque è una visita medica, uno si si mette nelle condizioni di pesare: è un medico” (Sig. L 83-88).

“Non mi crea ecco problemi, anzi il ginecologo è un uomo, ma non... assolutamente in questo penso veramente che un medico ti guardi... cioè ne vede talmente tante... non è che va a guardare proprio me” (Sig. V. 75-78).

Sempre nell'ottica del prendersi cura e dell'importanza della relazione, c'è bisogno di qualcuno che ti semplifichi le cose, ti faccia entrare in un circuito e ti risparmi lunghe attese, spesso peraltro, pericolose per la salute. Le visite al seno sono comunque diverse e non c'è un rapporto continuativo come con il ginecologo. Per questo assumono rilevante importanza *i contesti facilitanti* come quelli dell'associazione e del volontariato che si dedicano e ti offrono una cura, senza file interminabili, senza prenotazioni a lungo termine degli ospedali, organizzando giornate sulla prevenzione e camper nelle principali piazze della città. La percezione delle donne nel dedicarsi alla cura di sé è sempre quella di togliere tempo prezioso ad altro (alla famiglia, al lavoro), pertanto è necessario un “luogo comodo” (Sig. L). È significativo “entrare in un canale nel quale tu sai che dopo un anno ti vai a ricontrollare” (Sig. V., 191) ancora meglio se in compagnia di colleghe e amiche, in modo da farla diventare un'abitudine e ritrovare così persone che non vedi da tempo.

5. Sarebbe una *diminutio* anche come donna

È vero che la paura principale del tumore resta quella della malattia e della morte, la “fifa pura di farcela o non farcela” (Sig P.). Se, però, si riesce a curarlo, i suoi effetti sono simbolizzati come perdite di parti del proprio corpo, della propria femminilità. Per il seno, visibile organo di bellezza femminile, dopo la salvezza, è possibile pensare ad operazioni di plastica ricostruttiva per riparare l'eventuale amputazione o svuotamento. Per l'utero *invisibile* il problema è percepito come meno traumatico, fatta salva la possibilità di aver già procreato e

malgrado la possibile menopausa precoce. In entrambi i casi però, *certo...ti manca qualche cosa.*

“Ma... credo che sia molto traumatico, soprattutto se... non lo so... l'asportazione del seno... credo che sia veramente... Solo che bisogna... bisognerebbe affrontarlo insomma, però credo che sia traumatico. Ho avuto un'amica alla quale è stato asportato l'utero ancora quando... comunque aveva...cioè aveva ancora le mestruazioni. L'ho vissuto in seconda persona però standogli accanto e... ha sofferto molto, ha sofferto molto proprio come... come donna. Poi si sentiva complessata proprio perché era ancora giovane, adesso non mi ricordo precisamente l'età, 40 e qualcosa. Quindi anche come... il rapporto con... con il compagno... che non era fidanzata, non è nemmeno sposata quindi... credo che sia, cioè sia traumatico sicuramente, sicuramente” (Sig. W 101-110).

“Non è legato solo alla femminilità, però anche quello diciamo... perché poi perdere il seno non è una cosa bella. E quello all'utero, secondo me, la donna tra virgolette lo sente meno, no? Perché forse il seno lo sente di più come... aspetto fisico, cioè mi va via il seno per cui... Il collo dell'utero così, va via... se se tu hai avuto dei figli forse lo senti di meno, se non li hai avuti quello è sicuramente un dramma. Ecco, quello prima di avere bambini è un dramma, praticamente... secondo me una donna...eh...nella maggioranza delle donne, poi ci sono dei casi eccezionali per cui il fatto di non poter avere bambini per una malattia... cioè è una cosa secondo me... brutta perché noi abbiamo un naturale senso materno e la voglia di poter tramandare noi stesse al... al futuro, no? Perché nel futuro non ci saremo, i nostri figli sono la nostra prosecuzione quindi è una tragedia. Cioè per me sarebbe stata una cosa molto brutta da affrontare” (Sig. G 91-103).

“Eh... una donna che... con un problema al seno viene operata, che viene... è un handicap a livello psicologico...deve avere a fianco un compagno giusto che le faccia capire che ... pure togliendo l'utero, se non è più fertile, non è da buttare. Essendo comunque essendo una cosa fisica, una cosa del tuo corpo a livello psicologico una donna si sente menomata di qualche cosa” (Sig. O 82-86).

3.4. 4 Discussione dei risultati

Le donne che si sottopongono regolarmente agli esami preventivi e allo screening femminile hanno un modo che si potrebbe definire “unitario” di costruire senso intorno alla loro esperienza. Bisogna stare *Allerta* nella vita, tenere sotto controllo la propria salute e qualsiasi fattore di rischio perché le malattie sono in agguato. Molte esperienze di lutti di familiari e amici insegnano che, pur adottando uno stile di vita salutare, la malattia, e il cancro nello specifico, sono sempre in agguato, se non addirittura dentro di noi, pronti a scoppiare, non appena si abbassa la guardia. Le donne intervistate esprimono una cultura del proprio corpo, una buona cognizione dei tumori femminili e del loro possibile, individuando una serie di misure facilitanti come l’accompagnamento, il medico amico, l’importanza rassicurante del contesto. I risultati emersi dal metodo delle vignette di Temoschok confermano lo spirito combattivo delle donne nell’affrontare lo stress come già emerso dalle interviste. A una lettura psicodinamica che si avvale anche delle emozioni del ricercatore, come peraltro la metodologia IPA richiede, si nota una tendenza delle donne ad agire le angosce di morte in connessione con spunti ipocondriaci. Il tenere sotto controllo è così accentuato e ripetuto da far pensare ad una modalità iperadattiva. Probabilmente è questa la molla che, insieme alla percezione del proprio corpo amato da sé e dall’altro, induce una continuativa e costante attività di prevenzione.

CONCLUSIONI

“La Cura stava costruendo l’uomo dal fango e chiese a Giove di dare alla creatura plasmata lo spirito, e Giove glielo diede. Scoppiò poi una contesa su chi dovesse prendere questa creatura, se la Cura che l’aveva fatta o Giove che le aveva infuso l’anima. Intervenne Saturno come giudice e disse: Siccome è fatta di terra, il corpo se lo prenderà la Terra e siccome è fatta di spirito, lo spirito se lo prenderà il Cielo; la Cura si prenderà il tempo, il tempo della vita” (Heidegger, 1976).

La Cura quindi come generatrice di vita e come custode premurosa e devota del tempo, della vita stessa, fino all’ultimo respiro.

Prendersi cura e avere cura degli altri è stata storicamente e culturalmente intesa come un’attitudine legata a una serie di competenze intellettive e affettive, strettamente legate al femminile. Ma le donne come e in che misura riescono a prendersi cura di loro stesse?

I tre studi di ricerca presentati sono a loro rivolti, alle donne, giovani e adulte, ai significati e agli aspetti simbolici che attribuiscono alla prevenzione dei tumori al seno e alla cervice uterina. Entra così, a gamba tesa, accanto al concetto di cura, quello di rischio e il rischio è legato ad una malattia tumorale, circoscritta ai propri organi sessuali e genitali. Prevenzioni contigue alle fantasie di morte, che sottendono una scommessa e una grande paura, che può attivare o paralizzare. La paura ti mobilita o ti immobilizza, può generare risposte depressive, d’impotenza oppure risposte vitali e/o onnipotenti.

Il primo studio, di analisi delle narrazioni delle giovani sulla prevenzione oncologica, illustra chiaramente le polarità che tale argomento richiama. Polarità di vita e morte, di uno status di salute e uno status di malattia, di un corpo sano senza sintomi e un corpo malato con segni e segnali. Altresì polarità tra pensieri ed emozioni e tra vissuti di responsabilità e colpa per una malattia spesso trasmessa al femminile, all’interno della propria famiglia. La prevenzione può essere rappresentata quando contenuta da storie, emozioni, relazioni. La cura risulta il centro di due termini speculari: Io e te.

D'altra parte però la tematica e il richiamo a situazioni nefaste e alla morte, genera aree di confusione in cui diviene difficile l'accesso ad ogni possibile significato, illustrando chiaramente la difficoltà di rappresentazione ipotizzata. Si evidenzia una compromissione del travaglio trasformativo delle emozioni in pensiero, con conseguente paralisi dell'elaborazione simbolica.

Ciò che colpisce, per la giovane età delle donne e l'ipotesi quindi di una vita sessuale attiva è la confusione tra cervice uterina, utero e ovaie, utilizzati indistintamente nelle narrazioni. Come se a rischio fosse il proprio interno, minacciato in maniera indifferenziata, senza un richiamo agli aspetti di realtà o cognitivi sulla trasmissione sessuale del papilloma virus. Infine, il fattore di rischio dato dalla presenza di una familiarità di alcune giovani al tumore del seno, porta, invece, alla scelta di scrivere narrazioni sulla prevenzione ginecologica.

Il secondo studio è rivolto alle donne incontrate nell'arco dei tre anni che dichiarano di non fare prevenzione. Una metodologia qualitativa adeguata come l'IPA ha permesso di leggere nel profondo i loro racconti e le loro esperienze e rilevare le differenze tra i due tipi di prevenzione, mammografica e ginecologica: l'una meccanica ma umiliante, l'altra dolorosa, nel corpo e nella mente.

Il forte richiamo all'ambivalenza sottesa alla cura di sé e al conflitto tra vita e morte fa emergere il bisogno di dipendenza dall'altro. Andare a fare un esame preventivo diviene pensabile solo se in compagnia di un altro. Intesa come assunzione di rischio da evitare e sfidare, la prevenzione richiama profonde ambivalenze tra la paura del cancro, l'impotenza e il fatalismo.

L'ultimo studio mette in luce i significati delle donne fautrici della prevenzione. La prevenzione in antitesi al destino, per combatterlo, per scongiurare ogni possibile rischio, concetto che diviene centrale. Rischio di una malattia di cui si parla come esperienza vissuta in famiglia e potenziale prospettiva, che si prova a vincere mettendo in atto una particolare disposizione psichica di vigilanza e controllo, del corpo e della salute. Le donne ci aiutano a mettere in evidenza quelli che ritengono fattori facilitanti un'attività preventiva, ovvero una buona relazione con il medico, un contesto accogliente e comodo, andare insieme ad altre donne.

La prevenzione dunque si configurerebbe come un pensiero da avere in assenza di un percepito sensoriale e somatico, ma in presenza di un'angoscia di malattia e morte. Pertanto il costrutto stesso di rischio assume tali possibili declinazioni: rischi negati, rischi da *combattere*, rischio come *cupio dissolvi*.

Non s'intende mettere a confronto i due gruppi di donne intervistate, perché non è questa la finalità della metodologia utilizzata, ma sembra possibile in conclusione evidenziare un aspetto che si ritiene importante per pensare ad eventuali interventi di sensibilizzazione rivolti alle donne. Non è utile mettere loro paura, come invece suggerisce una delle intervistate, questo le renderebbe ancora più spaventate e chiederebbe loro di rendersi responsabili di una gestione calcolata del rischio, di per sé poco prevedibile. Bensì bisognerebbe pensare a delle misure che contengano la paura e l'angoscia di morte sottostante la prevenzione oncologica, rafforzando una dimensione di accompagnamento che funga da Io Ausiliario per tutte le donne.

Bibliografia

- Abood, D.A., Coster, D.C., Mullis, A.K. & Black D.R. (2002). Evaluation of a «loss-framed» minimal intervention to increase mammography utilization among medically un- and under-insured women. *Cancer Detection and Prevention*, 26, 394-400.
- Abraham, K. (1924). Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici. *Opere*. Vol.I. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ackerson, K. & Preston S.D. (2009). A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: systematic review. *Journal compilation 2009*.
- Adolfsson, A., Granevik, K. & Paulson, K. (2012). The Reasons Why Women Do Not Participate in the Pap Smear Screening and Testing Program in Sweden. *Advances in Sexual Medicine*, 2, 31-37.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour organizational behaviour and human decision processes. *Theories of cognitive self-regulation*, 50, 179-211
- Al Dasoqui, K., Zeilani, R., Abdalrahim, M. & Evans, C. (2013). Screening for breast cancer among young Jordian women: ambiguity and apprehension. *International Nursing Review*, 60 (3), 351–357.
- Albanesi, C. (1999). La salute minacciata: strategie di coping e componenti del benessere in pazienti oncologici. In B. Zani, & E. Cicognani, (a cura di), *Le vie del benessere*, Roma : Carocci editore
- Albarracìn, D., Johnson, B. T., Fishbein, M. & Muellerleile P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological-Bulletin*, 127, 142-161.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York : Norton (trad. it. *Medicina psicosomatica*. Firenze: Editrice Universitaria, 1951).
- Andersen, M. T., Smith, R., Meischke, H., Bowen, D. & Urban, N. (2003). Breast cancer worry and mammography use with and without a family history in

- a population based sample. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 12, 314-320.
- André, J. (1995). *Alle origini femminili della sessualità*. Roma: Borla, 1996.
- Anzieu, A. (2005). Propos sur la féminité. *Revue française de psychanalyse*, 69 (4), 1103-1116.
- Anzieu, D. (1980). Le tracce del corpo nella scrittura: uno studio psicoanalitico dello stile narrativo. In *Psicoanalisi e linguaggio. Dal corpo alla parola*. Roma: Borla.
- Anzieu, D. (1985). *L'io-pelle*, Roma: Borla, 2005.
- Anzieu, D. (1992). *L'epidermide nomade e la pelle psichica*, Milano : Raffaello Cortina Editore.
- Arcidiacono, C. (a cura di) (1991). *Identità , genere, differenza*. Milano : Franco Angeli.
- Arcidiacono, C. (1994). *Identità femminile e psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli.
- Audrain, J., Schwartz, M. D., Lerman C., Hughes, C., Peshkin, B. N. & Biesecker, B. (1997). Psychological distress in women seeking genetic counselling for breast-ovarian cancer risk: the contributions of personality and appraisal. *Ann Behav Med*, 19, 370-377.
- Aydin, E., Gulluoglu, B. M. & Kuscu, K. M. (2012). A psychoanalytic qualitative study of subjective life experiences of women with breast cancer. *Journal of Research Practice*, 8(2), Article M13.
- Bacqué, M.F. (2014). *Psychothérapies analytiques en oncologie*. Lavoisier.
- Baines, C.J. (1983). Some thoughts on why women don't do breast self-examination. *Med Assoc J*, 128, 55-56
- Balint, M. (1942). Contributions to reality testing. *British Journal of Medical Psychology*, 19, 201-214
- Balint, M. (1959). Situazioni, brivido e regressione. In M. e E. Balint *La regressione*. Milano : Cortina, 1983.
- Banks, S.M., Salovey, P., Greener, S., Rothman, A.J., Moyer, A., Beauvais, J. & Eppel, E. (1995). The effects of message framing on mammography utilization. *Health Psychology*, 14, 178-184.

- Barbieri, G. L. (2007). *Tra testo e inconscio. Strategie della parola nella costruzione dell'identità*. Milano : Franco Angeli.
- Becker, M. H. & Maiman L.A. (1975). Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Bekker, MHJ. (2003). Investigating gender within health research is more than sex disaggregation of data: A Multi-facet Gender and Health Model. *Psychology, Health & Medicine* 8 (2), 231-243
- Bell, D. (2008). La pulsione di morte: prospettive nella teoria kleiniana contemporanea. *Rivista di Psicoanalisi*, 54, 707-726.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute.*, Milano : Raffaello Cortina.
- Bhanson, C.B. & Bhanson, M.B. (1966). Role of the Ego Defences: Denial and Repression in the etiology of malignant neoplasm” . *Annals of the New York Academy of Science* 125, 827-845
- Bion, W.R. (1950). Il gemello immaginario. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma : Armando, 1979.
- (1957). Criteri differenziali tra personalità psicotica e non psicotica. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma : Armando, 1979.
 - (1959). Attacchi al legame. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma : Armando, 1979.
 - (1962a). Una teoria del pensiero. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma : Armando, 1979.
 - (1962b). *Apprendere dall'esperienza*. Roma : Armando, 1972.
 - (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma : Armando, 1973.
 - (1965). *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, Roma : Armando, 1973.
 - (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma : Armando, 1982.
 - (1974). *Il cambiamento catastrofico*. Firenze: Loescher, 1981.
 - (1979). *Memoria del futuro, L'alba dell'oblio*, Milano : Raffaello Cortina Editore, 2007.

- Biondi, M., Costantini, A. & Parisi, A. (1996). Can loss and grief activate latent neoplasia? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65 (2), 102-105.
- Blomberg, K., Ternstedt, B.M., Toörnberg, S. & Tishelman, C. (2008). How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psycho-Oncology* 17, 561–569.
- Blomberg, K., Tishelman, C., Ternstedt, B.M., Toörnberg, S., Leval, A. & Widmark, C. (2011). How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden. *Acta Oncologica*, 50, 112–120.
- Bollas, C. (1987). *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*, Roma, Borla, 1989.
- Bonasia, E. (1988). Pulsione di morte o terrore di morire? Una ricerca sul problema della morte in psicoanalisi. *Rivista di psicoanalisi*, Vol. XXXIV, 2, 272-315.
- Borgogno, F. & Viola, M. (1994). Pulsione di morte. In *Rivista di Psicoanalisi*, 4, 459-483.
- Borgogno, F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Borrayo, E.A. & Jenkins, S.R. (2001). Feeling Healthy: So Why Should Mexican-Descent Women Screen for Breast Cancer? *Qualitative Health Research*, (Vol.11, N. 6)
- Bostick, R.M., Sprafka, J.M., Virnig, B.A. & Potter, J.D. (1994). Predictors of cancer prevention attitudes and participation in cancer screening examinations. *Preventive Medicine*, 23 (6): 816-826.
- Braibanti, P. (a cura di) (2008). *Pensare la salute. Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*. Milano: Franco Angeli.
- Brain, K., Gravell, C., France, E., Fiander, A. & Gray, J. (2004). An exploratory qualitative study of women's perception of risk management options for familial ovarian cancer: implications for informed decision making. *Gynecology Oncology*. 92, 905-913.

- Brain, K., Norman, P., Gray, J. & Mansel, L. (1999). Anxiety and Adherence to Breast Self-Examination in Women With a Family History of Breast Cancer. *Psychosomatic medicine*. (Vol. 61 - Issue 2), 181-187.
- Bramley, N. & Eatough, V. (2005). An ideographic case study of the experience of living with Parkins's disease using interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, 20, 223-235.
- Brett, J., Bankhead, C., Henderson, B., Watson, E. & Austoker, J. (2005). The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psycho-Oncology*. 14, 917-938.
- Brown, W., Ottney, A. & Nguyen, S. (2011). Breaking the barrier: the Health Belief Model and patient perceptions regarding contraception. *Contraception*. 83, 453-458
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1994). The remembered self. In Neisser U. & Fivush R. *The remembering self: construction and accuracy in the self-narrative*. Cambridge University Press.
- Brutti, C., Maffei, G. & Parlani, R. (a cura di) (1991). Organsprache. Linguaggio d'organo. *Quaderni di psicoterapia infantile*, 23. Roma: Borla.
- Bubbolini, G. (2012). Il narcisismo come fenomeno transgenerazionale. In Corsa, R. & Gabriellini, G. (a cura di) *Corpo, generazioni e destino*. Roma: Borla.
- Bucchi, M. (2001). La salute e il rischio. In Bucchi, M. & Neresini, F. (a cura di) *Sociologia della salute*. Roma: Carocci.
- Buxton, J.A., Bottorff, J. L., Balneaves, L. A., Richardson, C., McCullum, M., Ratner, P. A. & Hack, T. (2003). Women's Perceptions of Breast Cancer Risk: Are They Accurate? *Revue Canadienne De Santé Publique*, Vol 94(6), 422-426.
- Buzzati, G. & Salvo, A. (a cura di) (1995). *Corpo a corpo. Madre e figlia in psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Cagnetta, E. & Cicognani, E. (1999). Surviving a serious traffic accident: Adaptation process and quality of life. *Journal of Health Psychology*, Vol. 4 (4), 553-565.

- Cappello Grimaldi, L. (2008). *Il seno impazzito. Lettura psicosomatica di un cancro al seno*. Roma: Armando.
- Carignani, P. & Romano, F. (a cura di) (2012). *Prendere corpo. Il dialogo tra corpo e mente in psicoanalisi: teoria e clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Carnaroli, F. (2007) Diniego del corpo erotico, difetti nel contenimento primario e guscio ossessivo-autarchico nell'analisi di due donne. *Rivista di Psicoanalisi*, 53, 917-939.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: a control-process view. *Psychological Review*, Vol. 97, 19-35.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Situational Coping and Coping Disposition in a Stressful Translation. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 66, 184-195.
- Caso, D. (2011). L'accettabilità del vaccino contro il Papilloma Virus (HPV): fattori psicosociali che incidono sulla scelta delle madri. *Psicologia della salute*, 1, 83-99.
- Caspi, A., Begg, D., Dickson, N., Harrington, H. L., Langley, J., Moffit, T. E. & Silva, P. A. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 53, 1052-1063.
- Cella, S., Martino, M., Fiorillo, M., Saladino, A., De Vito, S. & Cotrufo, P. (2010) Gestione delle emozioni negative, alessitimia ed eventi di vita stressanti in un campione di donne che si sottopongono ad accertamenti diagnostici per un sospetto tumore ovarico. *Psichiatria e psicoterapia*, 1, 1-8.
- Centro Psicoanalitico di Roma, Società Psicoanalitica Italiana (2010). *Intendere la vita e la morte*. Milano: Franco Angeli.
- Chasseguet –Smirgel, J. (1964). *La sessualità femminile*, con Prefazione di S. Vegetti Finzi, Bari: Laterza, 1995.
- Chasseguet-Smirgel, J. (2005). *Il corpo come specchio del mondo*. Milano: Cortina Raffaello.

- Chiozza, L. A. (1976). *Corpo, affetto e linguaggio. Psicoanalisi e malattia somatica*, Torino : Loescher Editore, 1981.
- Chiozza, L. A. (1981). *Psicoanalisi e cancro. Per una concezione psicoanalitica del cancro*, Roma : Borla.
- Christophersen, E.R. & Gyulay, J.E. (1981). Parental compliance with car seat usage: A positive approach with long-term follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 6, 301-312.
- Ciocca, A. (2012). La dissociazione corpo-mente. *Rivista di Psicoanalisi* (Vol. 58 n. 2), 401 – 420.
- Clarke, V.A., Lovergrove, H., Williams, A. & Machperson M. (2000). Unrealistic Optimism and the Health Belief Model”. *Journal of Behavioral Medicine*. 23: 367-376.
- Consedine, N.S., Magai C., Krivoshekova, Y.S., Ryzewicz, L. & Neugut A.I. (2004). Fear, Anxiety, Worry and Breast Cancer Screening Behaviour: A Critical Review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention* n. 13. 501-510
- Corner, M. & Norman, P. (a cura di) (1995). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition model*. Buckin-gham, Open University Press.
- Cotrufo, P. (a cura di) (2008). *Corpo e psicoanalisi*. Roma: Borla.
- Damasio, A.R. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- Dasoqi, K., Zeilani, R., Abdalrahim, M. & Evans, C. (2013). Screening for breast cancer among young Jordanian women: ambiguity and apprehension. *International Nursing Review* 60(3), 351-317.
- De Masi, F. (1996). Strategie psichiche verso l'autoannientamento. *Rivista di psicoanalisi*, 4, 549-566.
- De Masi, F. (2002). *Il limite dell'esistenza. Un contributo psicoanalitico al problema della caducità della vita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- De Piccoli, N. (a cura di) (2014). *Salute e qualità della vita nella società del benessere*. Roma: Carocci.

- Debray, R., Dejours, C. & Fèdida, P. (2004). *Psicopatologia dell'esperienza del corpo*, Roma : Borla.
- Dejours, C. (2004) Il corpo, come esigenza di lavoro per il pensiero. In Debray R., Dejours C. & Fèdida, P. *Psicopatologia dell'esperienza del corpo*. Roma: Borla.
- Deutsch, H. (1944). *La psicologia della donna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Devi, M. (2005). *La trilogia del seno*,. Napoli : Filema.
- Di Clemente, C.C. & Prochaska, J. O. (1982). Delf change and therapy change of smoking behavior: A comparison of process of change in cessation and maintenance". *Addictive beha-viours*, 7, 133-142.
- Dolto, F. (2001). *L'immagine inconscia del corpo*, Milano: Tascabili Bompiani.
- Donnison, J. (1977). *Midwife and medical men: a history of inter-professional rivalries and women's rights*. London: Heinemann.
- Duberstein, P.R. & Masling J.M. (a cura di) (2000) *Psychodynamic Perspectives on Sickness and Health*. Amer Psychological Assn.
- Duboc, A., (2012). Une approche holiste et une typologie de la protection feminine pour promouvoir la santé des femmes atteintes d'un cancer du sein. *Recherche en soins infirmiers*, 110 (3), 27-44.
- Duden, B. (2006). *I geni in testa e il feto nel grembo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ehrenreich, B. & English, D. (1979). *For her own good: 150 years of the experts' advice to women*. London: Pluto Press.
- Fallowfield, L. J., Rodway, A. & Baum, M. (1990). What are the psychological factors influencing attendance, non-attendance and re-attendance at breast screening centre? *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 63, 547-551.
- Fallowfield, L., Fleissig, A., Barrett, J., Menon, U., Jacobs, I., Kilkerr, J. & Farewell, V. (2010). Awareness of ovarian cancer risk factors, beliefs and attitudes towards screening: baseline survey of 21 715 women participating in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening. *British Journal of Cancer*. 103, 454 – 461.

- Ferenczi, S. (1929) Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte. Tr.it in
Opere vol IV Milano : Cortina, 2002
- Ferrari, A. B., (1992). *L'eclissi del corpo*. Roma: Borla.
- Ferrari, A.B. & Stella, A. (1998). *L'alba del pensiero*. Roma: Borla.
- Ferraro, F. (2009). Catene di Thanatos: senso di colpa e sessualità femminile. In
Giuffrida, A. (a cura di) *Figure del femminile*. Roma: Borla.
- Ferraro, F. (2011). La clinica del corpo. Appunti per un confronto. *Rivista di Psicoanalisi* LVII, 2, 249-368.
- Ferraro, F. & Nunziante Cesàro, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato*.
Milano: Franco Angeli .
- Ferro, A. (2006). Da una psicoanalisi dei contenuti e delle memorie a una
psicoanalisi per gli apparati per sognare, sentire, pensare: transfert,
transfer, trasferimenti. *Rivista di Psicoanalisi*, 52, 2, 401-478
- Fink, R., Shapiro, S. & Roeser, R. (1972). Impact of efforts to increase
participation in repetitive screenings for early breast cancer detection. *Am
J Public Health*, Vol. 62, 328-336.
- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P. & Johnson, S. M. (2000). The affect
heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral
Decision Making*, Vol. 13, 11-17.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975) *Belief, attitude, intention and behaviour : an
introduction to theory and research*. Addison- Wesley pub.
- Fiumanò, M. (2005). Il corpo delle ragazze. Alcune considerazioni proposito del
corpo nell'adolescenza femminile. *Costruzioni Psicoanalitiche*. Vol.9,
127-139.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J. & Bloom, J. R.
(2005). Body image and sexual problems in young women with breast
cancer. *Psycho-Onchology*, Vol.15, 579-594.
- Foreman, J. (1995). *The day that many women dread the most*, The Boston Globe,
25-26.
- Foucault, M. (1976). *Storia della sessualità. La volontà di sapere*. Milano:
Feltrinelli.

- Fowler, B.A. (2006). Claiming health: mammography screening decision making of African American women. *Oncology Nursing Forum* 33(5), 969–982
- Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica*. Napoli: Liguori.
- Freud, A. (1936). *L'io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Giunti, 2012
- Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. In *O.S.F.*, Vol. 4. Torino: Bollati Boringhieri, 1970
- (1910). Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci. In *O.S.F.*, Vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
 - (1910b). Su un tipo particolare di scelta oggettuale nell'uomo. In *O.S.F.*, Vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
 - (1911). Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico. In *O.S.F.*, Vol. 6. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
 - (1913). Il motivo della scelta degli scrigni. In *O.S.F.*, Vol. 7. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
 - (1914). Introduzione al narcisismo. In *O.S.F.*, Vol.7. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.
 - (1915-1917). Introduzione alla psicoanalisi. In *O.F.S.*, Vol.8. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
 - (1915a). Caducità. In *O.S.F.* Vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
 - (1915b). Pulsioni e loro destini. In *O.S.F.*, Vol.8. Torino, Bollati Boringhieri, 1976.
 - (1915c). Lutto e melanconia. In *O.S.F.*, Vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
 - (1915d). Considerazioni attuali sulla guerra e la morte. In *O.S.F.*, Vol.8. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
 - (1919). Il perturbante. In *O.S.F.*, Vol. 9. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
 - (1920). Al di là del principio di piacere. In *O.S.F.*, Vol.9. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
 - (1922). L'io e l'Es. In *O.S.F.*, Vol. 9. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.

- (1924). Il problema economico del masochismo. In *O.S.F.*, Vol.10. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- (1924b). Il tramonto del complesso edipico. In *O.S.F.*, Vol.10. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. In *O.S.F.*, Vol.10. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- (1931). Sessualità femminile. In *O.S.F.*, Vol.11. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.
- (1932). La femminilità. In *O.S.F.*, Vol.11. Torino: Bollati Boringhieri, 1979.

Freud, S. & Groddeck, G. (1973). *Carteggio Freud-Groddeck*, Milano: Adelphi.

Fylan, F. (1998). Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge and behavior. *British Journal of General Practice*, 48,1509-1514.

Gaddini, E. (1972). Oltre l'istinto di morte. In: *Scritti 1953-1985*. Milano: Cortina, 1989.

Gaddini, E. (1980). Note sul problema mente-corpo. In *Scritti 1953-1985*. Milano: Cortina, 1989.

Galdon, M.J., Andreu Y. & Dura E. (1997). Determinantes psicosociales de la practica de autoexploracion mamaria. *Boletin de Psicologia*, 57, 77-96.

Gallagher, K.M., Updegraff, J.A., Rothman, A.J. & Sims, L. (2011). Perceived susceptibility to breast cancer moderates the effect of gain- and loss-framed messages on use of screening mammography. *Health Psychol.* 30, 145-152.

Gallagher, K.M. & Updegraff, J.A. (2011). When "fit" leads to fit, and when "fit" leads to fat: How message framing and intrinsic v. extrinsic exercise outcomes interact in promoting physical activity. *Psychol Health.* 1, 1-16.

Garotti, P.L., Candini, L., Ricci Bitti, P.E. & Scioli, A. (2003). Studio sulle credenze e gli atteggiamenti personali in tema di prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella. *Psicologia della Salute* 3, 41-59.

- Gatti, F. & Neri, C. (1987). Sistema protomentale e malattia. In *Lecture bioniane*, Roma: Borla, 1987.
- Giuffrida, A. (2007). L'anatomia è un destino? Proposte metapsicologiche sul femminile della donna. *Rivista di Psicoanalisi* 53, (2), 293-308.
- Giuffrida, A. (a cura di) (2009). *Le Figure del Femminile*. Roma: Borla.
- Goddard, A., Murray, C.D. & Simpson, J. (2008). Informed consent and psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis of therapists' views. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 177-191.
- Green, A. (1983). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Roma: Borla, 1992.
- Green, A. (1993). *Il lavoro del negativo*. Roma: Borla, 1996.
- Green, A. (2003). Enigmes de la culpabilité, mystère de la honte. *Revue française de psychanalyse*. 67 (5), 1639-1653.
- Green, A. (2010). *Illusioni e disillusioni del lavoro psicoanalitico*. Milano: Cortina, 2011.
- Greenacre, Ph. (1958). Determinanti fisiche precoci nello sviluppo del senso di identità. *Studi psicoanalitici sullo sviluppo emozionale*. Firenze: Martinelli, 1979.
- Greer, S. & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer : a controlled study. *Journal of psychosomatic research*. 19, 147-155
- Greimas, A.J. (1983) *Del Senso*. Vol.2. Milano: Bompiani, 1984.
- Groddeck, G. (1917). *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*. Wiesbaden, Limes.
- Gygax, F. (2003). Life writing, illness and the body: "my urgencies reflect my priorities". In Fortunati, V., Lamarra, A. & Federici, E. *The controversial women's body*. Bononia University Press.
- Harcourt, N., Ghebre, R.G., Whembolua, G., Zhang, Y., Osman, S.W. & Okuyemi K.S. (2014). Factors Associated with Breast and Cervical Cancer Screening Behavior Among African Immigrant Women in Minnesota. *J Immigrant Minority Health*. 16(3), 450-456.

- Hay, J.L., Buckley, T.R. & Ostroff, J.S. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psychooncology*. 14(7), 517-34.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Horney, K. (1933). The denial of the vagina: A contribution to the problem of genital anxieties in women. *International Journal of Psychoanalysis*. 14, 57-70.
- Hur, Y.M. & Bouchard, T.J. Jr. (1997). The genetic correlation between impulsivity and sensation seeking traits. *Behavior Genetics*. 27, 455-463.
- Iacono, G. (1965). L'orientamento affiliativo: un fenomeno e un'ipotesi sul comportamento dei lavoratori meridionali. In Atti del XIV Congresso degli Psicologi Italiani. Napoli, 29 Settembre – 3 Ottobre 1962. Università degli Studi di Napoli Federico II. Edito da Giunti Barbera, Firenze, 1965, 170-181.
- Inghilleri, P., Castiglioni M. & de Cordova F. (2007). Medicina, salute e malattia. In Mazzara B. (a cura di) *Manuale di psicologia culturale*. Bologna: Il Mulino.
- Irigaray, L. (1974). *Speculum of the other women*. Cornell University Press.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*. 11, 1-47.
- Jones, E. (1953). *The Life and Work of Sigmund Freud*. Vol. 3. Hardcover.
- Jones, E. (1972). *Teoria del simbolismo: scritti sulla sessualità femminile e altri saggi*. Roma: Astrolabio, 1978.
- Juon, H., Seo, Y. & Kim, M. (2002), Breast and cervical cancer screening among Korean American elderly women. *Eur J Oncol Nurs*. 6(4), 228-35.
- Jylha, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towerds a unifild conceptual model. *Social Science & Medicine* 69, 307-316.
- Kaes, R. (2002). La costruzione dell'identità in correlazione all'alterità e alla differenza. In *Psiche*, I.

- Kahneman, D. & Tversky A. (1982). On the study of statistical intuition. *Cognition* 11, 123-141.
- Katapodi, M.C., Lee, K.A., Facione, N.C. & Dodd, M.J. (2004). Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta-analytic review. *Preventive Medicine*. 38, 388-402.
- Klein, W. & Stefanek, M. (2007). Cancer Risk Elicitation and Communication: Lessons from the Psychology of Risk Perception. *A Cancer Journal for Clinicians*. 57(3), 147-67.
- Klein, M. (1948). Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa. In *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1952). Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia. In *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Klein, M. & Rivière, J. (1937). *Amore, odio e riparazione*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1969.
- Kreitler, S., Chaitchik S. & Kreitler, H. (1990). The psychological profile of women attending breast screening tests. *Social Science and Medicine*, 31 (10), 1177-1185.
- Kübler Ross, E. (1976). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications.
- Lain Entralgo, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Barcellona: Salvat.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi*. Milano: Franco Angeli.
- Lancia, F. (2008). Word co-occurrence and similarity in meaning. Some methodological issues. In Salvatore, S. & Valsiner, J. (Eds.) *Mind as infinite dimensionality*. Roma: Firera Publishing Group.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology* 32(2), 311-328.

- Langer, E.J. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34 (2), 191-198.
- Lanouzière, J. (2007) Peins de Coeur, peins de seins? Notes sur les rapports entre le sein et la dépressivité féminine. *Revue française de psychosomatique*, 31, 41-58.
- Laplanche, J. (1970). *Vita e morte nella psicoanalisi*. Roma: Laterza, 1972.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Le Breton, D. (2005). Les conduites à risque des jeunes comme résistance. *Empan*, 57, 87-93.
- Lemmo, D., Capuano, R. & Palumbo, F. (2015). La prevenzione dei tumori femminili tra percezioni, motivazioni e controllo della salute. In Atti del XI Congresso Nazionale della S.I.P.Sa- Società Italiana Psicologia della Salute Catania, 28-30 Maggio 2015.
- Lemmo, D. & Nunziante Cesàro, A. (2015). Prendersi cura di sé in assenza di sintomi: una ricerca esplorativa sulla prevenzione del rischio oncologico in giovani donne. In Atti del XI Congresso Nazionale della S.I.P.Sa- Società Italiana Psicologia della Salute Catania, 28-30 Maggio 2015.
- Lerman, C. & Schwartz, M. (1993). Adherence and psychological adjustment among women at high risk for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 28 145-155.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 38: 377-383.
- Levinas, E. (1991). *Entre nous. Essais sur le penser à l'autre*. Paris: Grasset.
- Lingiardi, V. & Madeddu, F.(2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione e clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Linville, P.W., Fischer, G.W. & Fischhoff, B. (1993). AIDS risk perceptions and decision biases. In J.B. Pryor e G.D. Reeder (a cura di), *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum, 5-38.

- Lombardi, R. (1998). Aspetti della relazione mente-corpo. In Freud, Klein e Bion. *Psicoterapia e Istituzioni*, 4, 1, 87-102.
- (2000). Corpo, affetti, pensieri. Riflessioni su alcune ipotesi di I. Matte Blanco e A.B.Ferrari. *Rivista di Psicoanalisi*, 46, 4, 683-706.
 - (2002a). Primitive mental states and the body. A personal view of Armando B. Ferrari's Concrete Original Object. *Int. J. Psycho-An.*, 83, 363-381.
 - (2002b). Through the eye of the needle: the unfolding of the unconscious and the body. Letto al terzo Congresso del Gruppo Internazionale di Biologica: Adelphi Univ., New York, Sett. 2002.
 - (2004a). Three psychoanalytic sessions. *Psychoanal. Q.*, 73, 772-786.
 - (2004b). Modelli mentali e registri di linguaggio nella psicoanalisi della psicosi. *Riv di Psicoanal.*, 50, 993-1026.
 - (2005). On the psychoanalytic treatment of a psychotic breakdown. *Psychoanal. Q.*, 74, 1069-1100.
- Lotto, L., Tasso, A., Carnaghi, A. & Rumiati, R. (2006) Promuovere l'adesione alla mammografia: effetti di frame e salienza delle informazioni. *Psicologia Sociale*, 2, 355-372.
- Lussana, P. (1972). Aggressività e istinto di morte da Freud a Melanie Klein. *Rivista di psicoanalisi*, fasc. unico, 154-178.
- Madanat, H. & Merrill, R.M. (2002). Breast Cancer Risk-factor and Screening Awareness Among Women Nurses and Teachers in Amman, Jordan. *Cancer Nursing* 25(4), 276-82.
- Magherini P., Cecchini, S., Catagni, C.F., Di Francisca, F., Ciatto, S. & Grazzini, G. (1995). Metodi di valutazione del disagio psicologico in utenti richiamate per approfondimenti diagnostici in corso di screening ginecologico. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 21: 31-36.
- Manjer, A.R., Zackrisson, S. & Emilsson, U.M. (2014). On women's ambivalence about mammography screening: support in the decision making process a potential role for health care social workers? *British Journal of Social work*, 46, (2), 480-497

- Margherita, G.V. (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo*. Milano: Franco Angeli.
- Marlow, L., Waller, J. & Wardle, J. (2015). Barriers to cervical cancer screening among ethnic minority women: a qualitative study. *Fam Plann Reprod Health Care*, 0, 1–7.
- Martino, M.L., Onorato, R., D’Oriano, V. & Freda M.F. (2013). Donne e tumore al seno: effetti del protocollo guidato di scrittura sui sintomi associati al disturbo post-traumatico da stress. *Psicologia della Salute* 1(1), 125-137.
- Martins, A. (2005). Pulsion de mort: cause ou effet? *Figures de la psychanalyse*, 12 (2), 165-178.
- Marty, P. (1977). *I moventi individuali di vita e morte. Ipotesi di economia psicosomatica*, Firenze: Guaraldi Editore.
- Marty, P. (1986). *L’ordine psicosomatico: disorganizzazioni e regressioni*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Matthis, I. (2000). Sketch for a metapsychology of affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 81,215-227. (trad. it. Per una metapsicologia dell’affetto. *Ricerca Psicoanalitica*, anno XIII, Vol. 3, 2002).
- Mc Crae, R.R. & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*. 54, 384-405.
- McDougall, J. (1989). *Teatri del corpo*. Milano: Cortina, 1990.
- McDougall, J. (1995). *A favore di una certa anormalità*. Roma: Borla.
- McGuire, W. (a cura di) (1974). *Lettere tra Freud e Jung. 1906-1913*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Menninger, K. A. (1938). *Man Against Himself*. Harvest Books / Harcourt, Brace & Co.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Guttman, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4 (2), 115-35.
- Meyerowitz, B.E., Wilson, D.K. & Chaiken, S. (1991). Loss-framed messages increase breast self-examination for women who perceive risk. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Society, Washington, DC.

- Miller, S.M., Buzaglo, J.S., Simms, S.L., Green, V., Bales, C., Mangan, C.E. & Sedlacek, T.V. (1999). Monitoring styles in women at risk for cervical cancer: implication for the framing of health-relevant messages. *Annals Behavioral Medicine*, 74: 91-99.
- Miller, S.M., Sherman, K.A., Buzaglo, J.S. & Rodoletz, M., (2000). Gli stili comportamentali di monitoring e blunting nella gestione delle minacce alla salute. *Psicologia della salute*, 3, 37-49.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1984). The Phenomenon of Social Representations, in Farr, R. M. & Moscovici, S. (edited), *Social Representations*, Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 18, 211-250.
- Muller, J. (1932). A contribution to the problem of libidinal development of the genital phase of girls. *International Journal of Psychoanalysis*, 13, 361-370.
- Nunziante Cesàro, A. (a cura di) (1988). *L'enigma della femminilità*. Torino: Centro scientifico torinese.
- Nunziante Cesàro, A. (2009). La paura della perdita: riflessioni sulla vita e sulla morte. *La Camera Blu*, 5, 85-92.
- Nunziante Cesàro, A. (2014). Chiaroscuri dell'identità. Sessuazione, sesso e genere. Una lettura psicoanalitica. Milano: Franco Angeli.
- Nunziante Cesàro, A. & Stanziano, G. (2014). Il masochismo. Una trasmissione al femminile? In Nunziante Cesàro, A. (2014). Chiaroscuri dell'identità. Sessuazione, sesso e genere. Una lettura psicoanalitica. Milano: Franco Angeli.
- O.n.da- Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (2014). Donne e tumori. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutico-assistenziali. Milano: Franco Angeli.

- O'Keefe, D.J. & Jensen, J.D. (2009). The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors: A meta-analytic review. *J Commun.* 59, 296-316.
- Oscarsson, M.G., Wijma, B.E. & Benzein, E.G. (2008). 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...'.why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expect*, 11(1), 26-34.
- Packer, M. & Addison, R. (1989). *Entering the Circle: Hermeneutic Investigation in Psychology*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Paganucci, C., Primi C. & Siani R. (2002). Locus of control sulla salute e screening mammografico. *Psicologia della salute*. 2, 75-90.
- Palmer, R. (1969). *Hermeneutics*. Evanston, IL: North-western University Press.
- Palmonari, A., Cavazza, N. & Rubini, M. (2002). *Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Panzironi, G., (1993). Una donna curata dal cancro. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria* n.20, 11-15.
- Papa, R. (2012). La ragazza con il piercing al naso. Racconti di donne a Sud della salute. Roma: Albatros.
- Parat, H. (2000). L'erotico materno, Psicoanalisi dell'allattamento. Roma : Borla.
- Payne, D.K., Hoffman, R.G., Theodoulou, M., Dosik, M. & Massie M.J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 40 (1), 64-69.
- Peacey, V., Steptoe, A., Davidsdottir, S., Baban, A. & Wardle, J. (2006). Low levels of breast cancer risk awareness in young women: An international survey. *European Journal of Cancer*, 42, 2585-2589.
- Pietkiewicz, I. & Smith, J. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20, (1) 7-14.
- Pigozzi, L. (2004). Modificazioni dell'immaginario del corpo femminile. In Lusiardi, D. (a cura di). *Le donne e il cancro al seno. L'esperienza del corpo, l'immaginario, la terapia*. Brescia: I quaderni di Metis Grafo.
- Presles, P. & Solano, C. (2006). *Prèvenir*. Parigi: Robert Laffont.

- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1984). *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones.
- Racamier, P. C. (1979). La maternità psicotica, in *De psychanalyse en psychiatrie*. Paris: Payot. 193-242.
- Rastier, F., Cavazza, M. & Abeillé, A. (2002). *Semantics for descriptions*. Chicago University Press
- Rees, G., Fry, A. & Cull, A. (2001). A family history of breast cancer: women's experiences from a theoretical perspective. *Social Science & Medicine* 52(9), 1433-40.
- Reich, M. (2009), Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique. *L'Information psychiatrique*, 85 (3), 247-254.
- Reinert, M. (1995). I mondi lessicali di un corpus di 304 racconti di incubi attraverso il metodo Alceste. In Cipriani, R. & Bolasco, S. *Ricerca qualitativa e computer. Teorie, metodi e applicazioni*. Milano: Franco Angeli.
- Ribas, D., (2009). Pulsione di morte e distruttività. *Revue française de psychoanalyse*, 73 (4), 987- 1004.
- Ricci Bitti P.E., Candini L., Garotti P.L. & Scioli A. (2000) Fattori predittivi del comportamento preventivo in tema di tumori della mammella del collo dell'utero. In Reda, M.A. & Benevento, D. (a cura di) *Significato e senso della malattia*. Siena: Tipografia senese.
- 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.
- Rippetoe, P.A. & Roger S.R.W. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *J Pers Soc Psychology* 52 (3) 596-604.
- Rodriguez, C., Plasencia, A. & Schroeder, D.G. (1995). Predictive factors of enrollment and adherence in a breast cancer screening program in Barcelona. *Social Science and Medicine*, 40 (8), 1155-1160.

- Rollero, C. (2014) Salute in una prospettiva di genere. In De Piccoli N. (a cura di) Salute e qualità della vita nella società del benessere. Roma: Carocci.
- Rosenfeld, H. (1972). L'accostamento clinico alla teoria psicoanalitica degli istinti di vita e di morte: una ricerca sugli aspetti aggressivi del narcisismo. *Rivista di Psicoanalisi*, 18,47-67.
- Rosenstock, I.M. (1974) Historical origins of the health belief model. *Health Educ Behav*, 2 (4), 328-335.
- Rothman, A.J. & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121, 3-19.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, General and Applied*, 80 (1), 1-28.
- Rummans, T.A., Frost, M., Suman, V.J., Taylor, M., Novotny, P., Gendron, T., Johnson, R., Hartman, L., Dose, A.M. & Evans R.W. (1998). Quality of life and pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics*, 39 (5), 437-445.
- Rutter, D., Quine, L. & Cheshman, D. J. (1999). Social psychological approach to health. London: Harvester Wheatshea.
- Sarracino, D. & Innamorati, M. (2010). Affetto e pensiero nel modello Klein-Bion. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 1 (1-2), 71-85.
- Savage, S.A. & Clarke, V.A. (1998). Older women's illness representations of cancer: A qualitative study. *Health Education Research*, 13 (4), 529-544.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical wellbeing. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Schneider, T.R., Salovey, P., Apanovitch, A.M., Pizarro J., McCarthy D. & Zullo J. (2001). The effects of message framing and ethnic targeting on mammography use among low-income women. *Health Psychology*, 20, 256-266.
- Schover, L. R. (1991), The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships, CA- A Cancer Journal for Clinicians, Vol.41, 2, pp. 112-120.

- Schwartz, R. & Fuchs, R. (1996). Autoefficacia e comportamenti a rischio. In A. Bandura (a cura di), *Il senso di autoefficacia*. Trento: Erickson.
- Scioli, A. & Shumer, R. (1995). A measure of breast and cervical cancer beliefs. Unpublished manuscript, Keene State College.
- Scoppola, L. (2009). Psicosomatica e psicoanalisi. *Psicobiiettivo*, 2, 31-50.
- Semi, A. (2007). Il narcisismo. Necessario quando è sano, accecante quando cancella gli altri. Bologna: Il Mulino.
- Seow, A., Wong, M.L., Smith, W.C. & Lee HP. (1995). Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: a community based study in Singapore. *Preventive Medicine*, 24, 134-141.
- Silverman, E., Woloshin, S., Schwartz L.M., Byram, S.J., Welch, H.G. & Fischhoff, B. (2001). Women's Views on Breast Cancer Risk and Screening Mammography. A qualitative interview study. *Medical Decision Making*, 21, 231-240.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis*, 24(2), 311-322.
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E. & MacGregor, D. G. (2002). The affect heuristic. In Gilovich, T., Griffin, D. & Kahneman, D. (Eds.). *Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgment*. Cambridge: Cambridge University Press, 397-420.
- Smith, J. (1991). Conceiving selves: a case study of changing identities during the transition to motherhood. *Journal of Language and Social Psychology*, 10, 225-243.
- (1994). Reconstructing selves: An analysis of discrepancies between women's contemporaneous and retrospective accounts of the transition to motherhood. *British Journal of Psychology*, 85, 371-392.
 - (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11, 261-271.

- (1999). Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 281-300.
- (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39-54.
- (2005). Advocating pluralism: Invited commentary on “Qualitative interviews in psychology: problems and perspectives” by Jonathan Potter and Alexa Hepburn. *Qualitative Research in Psychology*, 2, 309-311.
- (2007). Hermeneutics, human sciences and health: linking theory and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well Being*, 2, 3-11.

Smith, J.A., Michie, S., Allanson, A. & Elwy, R. (2000). Certainty and uncertainty in genetic counselling: a qualitative case study. *Psychology & Health*, 15, 1-12.

Smith, J.A. & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J.A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods*. London: Sage.

Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage.

Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Milano: Cortina.

Solano, L., Costa, M., Temoshok, L.R., Salvati, S., Coda, R., Aiuti, F., Di Sora, F., D'Offizi, G., Figà-Talamanca, L., Mezzaroma, I. Montella, F. & Bertini M. (2002) An emotionally inexpressive (Type C) coping style influences HIV disease progression at six and twelve months follow-ups. *Psychology and Health*, 17, 641-655.

Sontag, S. (2002). *Malattia come metafora. Cancro e Aids*. Milano: Mondadori.

Spielrein, S. (1911). Il contenuto psicologico di un caso di schizofrenia (dementia praecox). In *Comprensione della schizofrenia e altri scritti*. Napoli: Liguori editore, 1986.

- Spielrein, S. (1912). La distruzione come causa della nascita. In *Comprensione della schizofrenia e altri scritti*. Napoli: Liguori editore, 1986.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats*. London: Routledge
- Stillman, M. (1979). Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination. *Nursing Research*, 26, 121-127.
- Stoller, R. (1968). *Sex and gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. Science House, New York City.
- Straughan, P.T. & Seow A. (2000) Attitudes as barriers in breast screening: a prospective study among Singapore women. *Social Science & Medicine* 51, 1695-1703
- Suarez, L., Roche, R.A., Nichols, D. & Simpson D.M. (1997). Knowledge, behavior, and fears concerning breast and cervical cancer among older low-income Mexican-American women. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(2), 137-142.
- Sutton, S., Bickler, G., Sancho, A.J. & Saidi G. (1994). Prospective study of predictors of attendance for breast screening in inner London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48 (1), 65-73.
- Tagliacozzo, R. (1993). Considerazioni sul sé e sul sentimento di colpa inconscio: (Istinto di morte e diritto alla vita). *Rivista di Psicoanalisi*, 39, 9-19.
- Taylor, R. & Taguchi, K. (2005). Tamoxifen for breast cancer Chemoprevention: low uptake by high-risk women after evaluation of a breast lump. *Annals of family medicine*, Vol. 3, 3, 242-247.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, Vol. 103 (2), 193-210.
- Temoshok, L.R. (2000). Complex Coping Patterns and Their Role in Adaptation and Neuroimmunomodulation: Theory, Methodology, and Research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 917, Neuroimmunomodulation: perspectives at the new millennium pages 446–455.

- Temoshok, L.R. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators progression psychophysiology and tumor-host response, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 20, pp. 833-840.
- Teng, F.F., Mitchell, S.M., Sekikubo, M., Biryabarema, C., Byamugisha, J.K., Steinberg, M., Money, D.B. & Ogilvie, G.S. (2014). Understanding the role of embarrassment in gynaecological screening: a qualitative study from the ASPIRE cervical cancer screening project in Uganda. *BMJ Open*, 1-9.
- Tessaro, I., Eng, E. & Smith J. (1994). Breast cancer screening in older African-American women: qualitative research findings. *American Journal of Health Promotion* 8(4), 286–292.
- The Boston Women's Health (1973) Book Collective *Noi e il nostro corpo*. Milano: Feltrinelli, 1975.
- Tversky, A. & Kahneman D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.
- Umeh, K., & Rogan-Gibson, J. (2001). Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology*, 6, 361-372.
- Van der Pligt, J. (1994). Risk appraisal and health behaviour. In Rutter, D. R. & Quine, L. (a cura di), *Social psychology and health: European perspectives*, Ashgate, Aldershot.
- Velasco, V. & Vecchio, L. (2012). La rappresentazione sociale del rischio: un'analisi quali-quantitativa delle sue dimensioni e della sua struttura, *Psicologia della Salute*, Vol.2, pp. 59-82.
- Venturi, M.B., Manfredi, M., Saguatti, G. & Fattorini G. (1999). Lo screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella nella popolazione femminile di Bologna. *Gli ospedali della vita*, 1, 59-71.
- Vernet, A. & Henry F. (2007). Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux. *Le Journal des psychologies*, 247, 54-57.

- Vialet-Bine, G. (2009). Masochisme et pulsion de mort. *L'Harmattan*, 32 (2), 59-71.
- Watson, E.K., Henderson, J., Brett, J., Bankhead, C. & Austoker J. (2005). The psychological impact of mammographic screening on women with a family history of breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology* 14, 939-948.
- Weenon, S.W. (1999). Risk Perception and Risk Communication for Cancer Screening Behaviors: a Review. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 101-119.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.39, 806-820.
- Weizsaecher, V. von (1940). *Der Gestaltkries, Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, Leipzig, G. Thieme.
- Winnicott, D.W. (1949). L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- (1950). L'aggressività in rapporto allo sviluppo emozionale. In Nunziante Cesàro, A. & Boursier, V. (a cura di) *Psicoanalisi dello sviluppo*, brani scelti, Roma: Armando editore, 2004.
 - (1962). L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino. In Nunziante Cesàro, A. & Boursier, V. (a cura di) *Psicoanalisi dello sviluppo*, brani scelti, Roma: Armando editore, 2004.
 - (1963a). Lo sviluppo della capacità di preoccuparsi. In *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.
 - (1963b). La paura del crollo. In *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano: Cortina, 1995.
 - (1966). Disturbi psico-somatici. La malattia psico-somatica. Aspetti positivi e negativi. In *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano: Cortina, 1995.
- Zani, B. & Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Mulino.
- Zani, B. & Pietrantoni, L. (2000). Donne e salute: un modello per predire l'intenzione ad eseguire il Pap-test. *Psicologia della salute*, 1, 51-66.

Zuckerman, M. & Kuhlman, M. D. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68, 999-102

Zuckermann, M. (2006). *Sensation Seeking and Risky Behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.