

# Metacognizione e qualità della vita nella survivorship delle donne con diagnosi di cancro al seno

## *Metacognitions and quality of life in survivorship after breast cancer diagnosis*

JESSICA RANIERI<sup>1</sup>, FEDERICA GUERRA<sup>1</sup>, ENRICO PERILLI<sup>1</sup>, ELEONORA CILLI<sup>1</sup>, DINA DI GIACOMO<sup>1\*</sup>

\*E-mail: dina.digiacomoc@cc.univaq.it

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università dell'Aquila

**Riassunto. Scopo.** Obiettivo del presente studio è stato quello di misurare la tendenza delle credenze e delle strategie metacognitive nel fronteggiare la sopravvivenza al cancro al seno allo stadio iniziale in una popolazione femminile giovane. In particolare, si è voluto osservare le performance emotive delle giovani donne che escono dalla fase iniziale della diagnosi e del trattamento clinico e divengono survivor, misurando l'impatto delle strategie metacognitive nel fronteggiare la survivorship in pazienti oncologiche che hanno avuto una diagnosi in età precoce. **Metodi.** Hanno partecipato allo studio n.72 donne di età compresa tra 30 e 55 anni (età media 48 anni DS  $\pm 6$ ) con diagnosi di cancro al seno. Sono stati somministrati test psicologici per misurare la depressione e l'ansia, il distress psicologico e le metacognizioni. **Risultati.** I risultati hanno evidenziato come l'età possa essere una variabile vulnerabile all'emotività nell'esperienza post-trattamento oncologico (ansia più elevata nelle più giovani), ma solo in parte: le pazienti sono apparse resilienti al distress psicologico e alla depressione. **Discussione e conclusioni.** Il nostro lavoro evidenzia una fragilità emotiva della donna al momento della diagnosi precoce, sia in termini di età della paziente sia in termini di stadio di malattia, e nell'immediato post-trattamento clinico. Tuttavia, nel corso della survivorship, il trend emotivo tende a riflettere dinamiche resilienti di adattamento positivo.

**PAROLE CHIAVE:** metacognizioni, sopravvivenza, cancro al seno, resilienza.

**SUMMARY. Aim.** Aim of the study was to measure the belief and metacognition strategies trend in the survivorship of fertile women with breast cancer. We wanted to observe the metacognitive performance of young women went out primary treatment getting survivors; we wanted to assess the impact of metacognitive strategies in coping with survivorship in cancer patients who have been diagnosed at an early age. **Methods.** Seventy two women in age range 30-55 year olds (mean 48; sd=  $\pm 6$ ) with breast cancer diagnosis participated in the study. Depression and anxiety, psychological distress and metacognitions thinking have been measured. **Results.** Results evidenced age as vulnerable variable in emotions dealing with oncological post-treatment living (higher anxiety in young patients), but with some features: in our study, patients appeared resilient to the psychological distress and depression. **Discussion and conclusions.** Our finding showed that early diagnosis in early age and early stage of disease might be related to emotional trend starting from fragility in early post-treatment and then in survivorship it tends to get positively by resilient dynamics.

**KEY WORDS:** metacognitions, survivorship, breast cancer, resilience.

## INTRODUZIONE

La metacognizione è la capacità di prendere coscienza dei propri pensieri e comportamenti. La metacognizione si riferisce alla conoscenza, alle credenze e ai processi cognitivi coinvolti nel monitoraggio, controllo e valutazione delle cognizioni<sup>1</sup>. Le metacognizioni, secondo il modello proposto da Wells e Mathews (1996)<sup>2</sup>, sono caratterizzate da specifiche componenti: meta-credenze positive riguardo al rimuginio (POS), ovvero la misura in cui una persona pensa che il pensiero perseverativo sia utile; meta-credenze negative riguardo all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni (NEG), ovvero la misura in cui una persona pensa che il pensiero perseverativo sia incontrollabile e pericoloso; fiducia nelle proprie capacità cognitive (CC), ovvero la fiducia nell'attenzione e

nella memoria; bisogno di controllo dei pensieri (NC), ovvero la misura in cui una persona crede che certi tipi di pensieri debbano essere soppressi; autoconsapevolezza cognitiva (CSC), cioè la tendenza a monitorare i propri pensieri e a focalizzare l'attenzione verso l'interiorità. Gli schemi di pensiero disadattivi prolungati, come per esempio la preoccupazione persistente o la ruminazione, possono indurre distress emotivo tali per cui possono essere considerate precursori di un disturbo psicologico nel soggetto che vive questa condizione.

Diverse ricerche hanno misurato le differenze e i cambiamenti nei pensieri metacognitivi in base all'età e al sesso su popolazioni cliniche (disturbi psicopatologici) e non-cliniche<sup>3-6</sup>. Palmer et al.<sup>7</sup> hanno evidenziato un declino annuo dello 0,6% correlato all'età nell'efficienza metacognitiva percettiva. Una riduzione dell'efficienza metacognitiva potrebbe spiegare perché le dissociazioni tra comportamento e

credenze diventino più marcate nell'invecchiamento. Inoltre, diverse ricerche sono state condotte sulle differenze di genere nella metacognizione. Bahrami et al.<sup>8</sup> hanno mostrato che le donne sono più inclini all'ansia rispetto agli uomini, perché hanno più credenze metacognitive centrate sull'incontrollabilità delle preoccupazioni che possono indurre problemi emotivi e nevrotici. Recentemente, sta assumendo notevole interesse l'applicazione del modello metacognitivo nello studio del distress emotivo in pazienti oncologici<sup>9,10</sup>.

Il modello metacognitivo del disturbo emotivo di Wells et al.<sup>11</sup> afferma che non è il contenuto negativo dei pensieri sul cancro che spiega perché viene mantenuto il distress, ma come l'individuo risponde a quei pensieri. Per la maggior parte delle persone i periodi di stress cancro-correlati, o qualsiasi altro fattore di stress, sono transitori. Tuttavia, il modello metacognitivo propone che le persone vulnerabili a situazioni di distress persistente abbiano convinzioni metacognitive maladattive che li guidano verso uno stile particolarmente tossico di elaborazione cosciente e inflessibile di pensieri e sentimenti negativi sul cancro.

In letteratura, le credenze metacognitive sono state associate a un crescente distress emotivo nelle pazienti con cancro al seno. Cook et al.<sup>12</sup> hanno investigato se le credenze metacognitive subito dopo la diagnosi del cancro e prima del trattamento primario predicano il distress emotivo 12 mesi dopo. Gli autori hanno evidenziato come le credenze metacognitive possano aiutare a predire l'ansia e la depressione nel breve termine dalla diagnosi, e il disturbo post-traumatico nel lungo termine (a distanza di 1 anno) dalla diagnosi di carcinoma mammario allo stadio iniziale.

Quattropiani et al.<sup>13</sup> hanno investigato l'impatto delle credenze e delle strategie metacognitive sull'ansia e sulla depressione nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia. Gli autori hanno dimostrato che le meta-credenze negative riguardo all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni spiegano il 61% della varianza per l'ansia. Inoltre, insieme a variabili demografiche come l'età, i pensieri negativi e l'autoconsapevolezza cognitiva spiegano il 39% della varianza per la depressione. Infine, le credenze negative e l'autoconsapevolezza cognitiva spiegano il 58% della varianza per il distress psicologico. Dunque, specifici fattori metacognitivi sembrano avere una forte relazione con l'ansia e la depressione nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia.

Tuttavia, sono ancora pochi gli studi incentrati sulla metacognizione nel cancro al seno. Inoltre, sono condotti su popolazioni anziane (>50 anni) e su un breve periodo di follow-up dalla diagnosi.

Obiettivo del presente studio è stato quello di verificare l'impatto delle strategie metacognitive nel fronteggiare la survivorship in pazienti oncologiche che hanno avuto una diagnosi in età precoce. Particolare rilevanza è stata data a quei fattori emotivi e mentali che possono essere precursori di interventi clinici e di counselling e supporto psicologico nel post-trattamento clinico.

## MATERIALI E METODI

### Internal Review Board

Lo studio ha avuto parere favorevole dall'Internal Review Board (IRB, Prot. N. 16372/2019) dell'Università dell'Aquila (IT).

## Partecipanti

Hanno partecipato allo studio donne di età compresa tra 30 e 55 anni (età media 48 anni DS ±6) con diagnosi di cancro al seno provenienti dall'Italia centrale. I criteri di inclusione sono stati: a) 30-55 anni di età; b) diagnosi di cancro al seno; c) stadio del cancro 0-III. I criteri di esclusione erano: a) precedente e/o presente recidiva o metastasi (successive diagnosi di cancro mammario a distanza di tempo dalla prima diagnosi o TNM ≥4, come indicati dal medico oncologo in cartella clinica); b) diagnosi di depressione e/o ansia; c) problemi di abuso di alcol o sostanze. Tutte le partecipanti sono state reclutate presso la Breast Unit (Resp. Dr.ssa K. Cannita) del reparto di Oncologia Medica dell'Ospedale San Salvatore di l'Aquila (Direttore: Prof. C. Ficorella). Le partecipanti sono state reclutate in tempi diversi dal momento della diagnosi: T0 (6-11 mesi, 30,6%), T1 (12-18 mesi, 29,2%), T2 (19-24 mesi, 13,9%), T3 (25-31 mesi, 22,2%).

Il campione era composto di n.72 donne (età media 48,4 anni, ds±5,9). Le partecipanti sono state divise in due gruppi per età in base alla mediana (50 anni), Gruppo Giovani (n. 36) e Gruppo Adulte (n. 36). Le caratteristiche demografiche e cliniche del campione sono presentate, rispettivamente in Tabella 1 e Tabella 2.

## Procedura

Lo staff medico ha identificato le pazienti eleggibili, che sono state successivamente reclutate durante gli appuntamenti di follow-up clinico. Psicologi clinici formati, in cieco rispetto agli obiettivi dello studio, hanno condotto le valutazioni psicologiche in una stanza silenziosa dedicata. Ciascuna valutazione è durata 40 minuti. La valutazione psicologica è stata condotta in una stanza dedicata presso l'UOC di Oncologia Medica ubicata c/o l'Edifi-

Tabella 1. Dati demografici del campione.

Gruppi	Giovani (N. 36) M 43,8 DS±4,7	Adulte (N. 36) M 53,1 DS±1,6	Campione (N. 72) M 48,4 DS±5,9
<b>Istruzione</b>			
No diploma	13,9%	22,2%	18,1%
Diploma	47,2%	38,9%	43,1%
Laurea	30,6%	30,6%	30,6%
<b>Stato civile</b>			
Sposata/convivente	75%	61,1%	68,1%
Single	19,4%	13,9%	16,7%
Divorziata/vedova	0	16,7%	8,3%
<b>N. figli</b>			
Nessuno	36,1%	27,8%	31,9%
1	22,2%	13,9%	18,1%
Più di 1	36,1	50%	43,1%
<b>Occupazione</b>			
Casalinga	25%	30,6%	27,8%
Impiegata	38,9%	25%	31,9%
Lavoratrice autonoma	33,3%	36,1%	34,7%

Metacognizione e qualità della vita nella survivorship delle donne con diagnosi di cancro al seno

Tabella 2. Dati clinici del campione.

Gruppi	Giovani (N. 36) M 43,8 DS±4,7	Adulte (N. 36) M 53,1 DS±1,6	Campione (N. 72) M 48,4 DS±5,9
<b>Trattamento clinico</b>			
Mastectomia	55,6%	27,8%	41,7%
Quadrantectomia	44,4%	58,3%	51,4%
Chemioterapia	27,8%	44,4%	36,1%
Ormonoterapia	63,9%	47,2%	55,6%
Radioterapia	63,9%	55,6%	59,7%
No trattamento	8,3%	2,8%	5,6%
<b>TNM</b>			
0	5,6%	2,8%	4,2%
1	25%	19,4%	22,2%
2	27,8%	19,4%	23,6%
3	2,8%	5,6%	4,2%
<b>Timing</b>			
T0 (6-11 mesi)	33,3%	27,8%	30,6%
T1 (12-18 mesi)	30,6%	27,8%	29,2%
T2 (19-24 mesi)	13,9%	13,9%	13,9%
T3 (25-31 mesi)	22,2%	22,2%	22,2%
<b>Tipo istologico</b>			
Duttale	50%	25%	37,5%
Filloide	2,8%	-	1,4%
Lobulare	2,8%	2,8%	2,8%
<b>Profilo genico</b>			
HER2 enriched	11,1%	2,8%	6,9%
Luminal A	22,2%	33,3%	27,8%
Luminal B	19,4%	8,3%	13,9%
Triple negative	5,6%	2,8%	4,2%
<b>Grading</b>			
G1	-	5,6%	2,8%
G2	16,7%	19,4%	18,1%
G3	30,6%	16,7%	23,6%

cio Delta 6 Piano -1 dell'Ospedale Civile San Salvatore di L'Aquila. Psicologi all'oscuro degli obiettivi dello studio hanno provveduto a codificare i test psicologici secondo le procedure standard. Le partecipanti hanno completato le valutazioni durante i follow-up programmati. I dati sono stati raccolti in maniera anonima attraverso l'assegnazione di un codice alfanumerico a ciascun partecipante.

**Misure**

È stata somministrata una batteria psicologica composta da un questionario socio-demografico e test standardizzati per la rilevazione delle variabili emotive.

*Questionario sociodemografico.* I dati demografici sono stati raccolti attraverso i self-report delle partecipanti. I dati clinici sono stati ottenuti esaminando le cartelle cliniche delle partecipanti rispetto a stadio del cancro, trattamenti e terapie.

*Psychological Distress Inventory (PDI; Morasso et al.<sup>14</sup>)* è un questionario autosomministrato che misura l'impatto del distress

psicologico e delle relative terapie. Consiste di 13 domande e risposte su una scala di tipo Likert a 5 punti. Il punteggio standard stima la presenza/assenza di distress psicologico per misurare il distress globale. Il questionario ha dimostrato una buona affidabilità ( $\alpha=0,86$ ).

*Metacognition Questionnaire 30 (MCQ-30; validazione italiana Quattropiani et al.<sup>15</sup>)* è un questionario che misura le credenze e i processi metacognitivi. Si compone di cinque sottoscale: "meta-credenze positive riguardo al rimuginio (POS)"; "meta-credenze negative riguardo all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni (NEG)"; "fiducia nelle proprie capacità cognitive (CC)"; "bisogno di controllo dei pensieri (NC)"; e "autoconsapevolezza cognitiva (CSC)". Ogni sottoscala si compone di 6 item a cui vengono assegnati i punteggi 1-4, ottenendo un punteggio totale che va da 6 a 24. I punteggi alti indicano, rispettivamente, credenze più positive e negative riguardo alla preoccupazione, ridotta fiducia nella memoria, maggiore convinzione nella necessità di controllare i pensieri e un aumentata tendenza verso l'auto-consapevolezza.

*Depression Anxiety Stress Scales 21 (DASS-21; Lovibond et al.<sup>16</sup>)* è un set di tre scale self-report progettate per misurare gli stati emotivi di depressione, ansia e stress. Ciascuna delle tre scale DASS-21 contiene 7 item, suddivisi in sottoscale con contenuti simili. La scala della Depressione valuta la disforia, la disperazione, la svalutazione della vita, l'autoironia, la mancanza di interesse/coinvolgimento, l'anedonia e l'inerzia. La scala dell'Ansia valuta l'arousal autonomico, gli effetti sui muscoli scheletrici, l'ansia situazionale e l'esperienza soggettiva degli affetti ansiosi. La scala dello Stress è sensibile ai livelli di arousal non specifico cronico. Valuta difficoltà di rilassamento, eccitazione nervosa, diventare facilmente irritato/agitato, irritabile/iper-reattivo e impaziente. I punteggi per Depressione, Ansia e Stress sono calcolati sommando i punteggi dei relativi item. Il DASS-21 si basa su una concezione dimensionale piuttosto che categoriale del disturbo psicologico.

**Analisi statistiche**

Sono state condotte analisi statistiche descrittive per le caratteristiche di base in base all'età e le misure di outcome in ciascun timepoint. Sono state condotte analisi MANOVA seguite da analisi *post hoc* (Tukey Test) per rilevare la significatività statistica delle differenze complessive nelle variabili citate attraverso le variabili psicologiche esaminate.

I dati sono stati elaborati dal programma SPSS con valore fisso  $\alpha<0,05$ .

**RISULTATI**

L'88% (n. 72 di n.82) delle donne eleggibili ha completato le valutazioni psicologiche, mentre n.10 hanno rifiutato la partecipazione (non hanno firmato il consenso informato). Le partecipanti sono state divise in due gruppi in base all'età (mediana 50 anni): Gruppo Giovani (n. 36) e Gruppo Adulte (n. 36).

In Tabella 3 sono riportate le medie e le deviazioni standard dei punteggi grezzi ai test del campione suddiviso per Gruppi di Età.

Le analisi statistiche sono state focalizzate sull'esperienza emotiva delle pazienti nel periodo successivo alla diagnosi di cancro al seno in base all'età. È stata eseguita una compara-

Ranieri J et al.

Tabella 3. Punteggi grezzi (media e ds) al testing psicologico dei Gruppi età, Giovani e Adulte.

Test/Gruppi	Giovani X DS	Adulte X DS	Campione X DS
<b>PDI</b>	28,1±6	25,9±5,8	27±6
<b>MCQ-30</b>			
POS	10,8±4,6	10,1±4,1	10,5±4,3
NEG	15,8±3,9	13,5±3,3	14,6±3,8
CC	9,8±4,2	10,6±4,9	10,2±4,5
NC	11,8±4,6	10,9±3,3	11,3±4
CSC	15,9±3,7	14,8±3,8	15,4±3,8
<b>Tot</b>	<b>64,1±16,5</b>	<b>59,9±14,6</b>	<b>62±15,6</b>
<b>DASS-21</b>			
Depressione	8,1±6,5	6,9±7,4	7,5±6,9
Ansia	9,8±9,1	5,4±5,9	7,6±7,9
Stress	14,1±7,6	11,3±6,4	12,7±7,1

zione statistica per confrontare lo stato emotivo delle pazienti nei due gruppi di età.

La MANOVA (3x2) confrontando le variabili Ansia, Depressione e Stress del DASS-21 nei due gruppi ha mostrato un effetto significativo nell'indicatore Ansia ( $F(70,1)=6,0; \eta=0,08; p=0,016$ ); il gruppo delle Giovani ha evidenziato valori di Ansia maggiori rispetto a quelle Adulte.

La MANOVA (5x2) confrontando le variabili dell'MCQ-30 (POS, NEG, CC, NC, CSC) nei due gruppi di età ha mostrato un effetto significativo nell'indicatore NEG (meta-credenze negative riguardo all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni;  $F[68,1]=7,0; \eta=0,7; p=0,01$ ); le giovani sembrano avere meta-credenze negative riguardo all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni significativamente più alte rispetto alle donne adulte. Non sono emerse differenze significative in tutte le altre componenti dell'MCQ-30. Il dato evidenzia come le pazienti del gruppo Adulte appaiano più controllate emotivamente mentre le Giovani sembrano essere centrate su pensieri negativi.

Infine la ANOVA eseguita confrontando la variabile Distress (PDI) nei gruppi età ha evidenziato differenze significative tra le pazienti giovani e adulte nell'esperienza del disagio psicologico.

Successivamente, abbiamo voluto verificare l'impatto della diagnosi nell'epoca di fertilità o meno della donna seguendo l'approccio evidenziato da Howard-Anderson et al.<sup>17</sup>. Gli autori hanno misurato, in gruppi di giovani pazienti, l'impatto della diagnosi oncologica dando risalto al periodo di fertilità della donna, dimostrando come esiti negativi siano più frequenti o gravi nelle sopravvissute al cancro al seno giovani (di età pari o inferiore a 50 anni) rispetto a donne sane della stessa età e a donne adulte (di età > 50 anni) con cancro al seno. Le preoccupazioni sulla menopausa precoce, i sintomi della menopausa e l'infertilità erano comuni nelle donne più giovani (età ≤50 anni) e hanno avuto un ruolo nel livello di disagio psicologico dopo il trattamento. Gli autori hanno scelto di usare l'età cronologica inferiore a 51 anni (età media della menopausa) per definire le donne in premenopausa.

Abbiamo dunque diviso il campione in gruppi in base all'età cronologica inferiore ai 51 anni (età media della menopausa) e/o premenopausa: Gruppo PRE-menopausa (range età 31-50 anni) n. 39, e Gruppo Post-menopausa (range 51-55) n. 33. Tra i due gruppi non è emersa nessuna differenza significativa su tutte le variabili psicologiche esaminate.

Successivamente, il campione è stato suddiviso in base al tempo trascorso dalla diagnosi distinguendo n.4 fasi: T0 (6-11 mesi), T1 (12-18 mesi), T2 (19-24 mesi), T3 (25-31 mesi).

Nella Tabella 4 sono riportati i punteggi grezzi dei Gruppi Timing.

La MANCOVA (3x4) eseguita confrontando le variabili Ansia, Depressione e Stress del DASS-21 nei gruppi timing (T0, T1, T2, T3) non ha evidenziato nessun effetto significativo, né tra i gruppi timing né covariati con l'età.

La MANCOVA (5x4x2) confrontando le variabili dell'MCQ-30, i gruppi timing e covariando per età, ha evidenziato una differenza significativa nella variabile POS (meta-credenze positive riguardo al rimuginio;  $F[68,3]=3,5; \eta=0,7$ ;

Tabella 4. Punteggi grezzi dei Gruppi Timing (T0, T1, T2, T3).

Test	Test	Giovani				Adulte			
		T0 X DS	T1 X DS	T2 X DS	T3 X DS	T0 X DS	T1 X DS	T2 X DS	T3 X DS
<b>MCQ-30</b>	<b>NEG</b>	14,5±3,5	15,3±4,1	14,4±3,8	19,1±2,9	13,2±2,3	14,5±3,7	13,4±4,8	12,8±3,5
	<b>CC</b>	9,4±2,6	8,8±3,5	7,4±1,1	13,3±6,3	9,1±4,1	10,9±5,2	14,6±6,2	10,3±4,2
	<b>NC</b>	11,8±4	11,4±5,7	9±3,2	14,1±4,4	10,3±2,9	11,1±3,3	11,8±2,4	10,9±4,5
	<b>CSC</b>	15,2±2,6	15,8±5,1	14,8±1,5	18±3,5	14,1±4	16,3±2,7	16±5,5	13,5±3,3
	<b>POS</b>	9,7±4	10,7±4,8	8,2±3	14,1±4,7	8,3±3,1	11,7±4	9,6±5,1	11,5±4,2
<b>DASS-21</b>	<b>D</b>	10,2±5,7	4,2±3,6	3,6±4,1	13,3±7,2	7,8±6,9	10,4±9,3	5,6±5,2	1,8±3,6
	<b>A</b>	12±10,7	6±6,3	7,6±4,3	13,3±10,9	5,7±4,4	7,4±7,7	2±1,4	4,5±6,8
	<b>S</b>	13,5±7,4	12,5±7,5	10,4±4,8	19,3±7,9	12,5±6,4	14,4±5,1	8,8±5,4	7,3±6,6
<b>PDI</b>		26,8±4,2	26,1±4,7	28±8,8	32,8±6,4	25,9±5	27,3±7,8	25±4,1	24,6±5,8

## *Metacognizione e qualità della vita nella survivorship delle donne con diagnosi di cancro al seno*

$p=0,02$ ) tenendo conto del tempo dalla diagnosi. L'analisi Post-Hoc (Tukey test) ha evidenziato una differenza significativa nel T0 ( $p=0,01$ ) rispetto al T3; i restanti step di timing dalla valutazione mostrano un trend di miglioramento che, pur essendo non significativo, sottolinea comunque la crescita positiva della donna il cui miglioramento si verifica statisticamente nel T3.

Infine, abbiamo voluto verificare se l'appartenenza a un profilo genetico specifico (duttale, filloide, lobulare: Tabella 2) possa essere una variabile che influenza l'outcome psicologico. La MANOVA eseguita tra le variabili psicologiche (PDI, MCQ-30 e DASS-21) e i profili genetici non ha evidenziato nessuna differenza significativa; mentre nel confronto tra indici psicologici e componente istologica è emersa una significatività nella misurazione del PDI ( $F[69,3]=6,2$ ;  $\eta=0,8$ ;  $p=0,003$ ): le pazienti che presentavano una componente istologica "lobulare" hanno mostrato livelli di distress psicologico più elevato probabilmente ascrivibile alla tendenza del carcinoma lobulare a essere multicentrico e multifocale, rappresentando quindi un carcinoma della mammella in senso pieno. È inoltre più raro del carcinoma duttale, quest'ultimo più comune (rappresenta tra il 70 e l'80% di tutte le forme di cancro del seno) e che generalmente presenta un unico nodulo che cresce in un punto preciso della ghiandola mammaria. Il carcinoma lobulare rappresenta il 10-15% di tutti i tumori del seno. Può colpire contemporaneamente ambedue i seni o comparire in più punti nello stesso seno. Il carcinoma lobulare presenta anche, rispetto agli altri tipi, un rischio leggermente superiore di ripresentarsi nel seno controlaterale a distanza di tempo dalla prima diagnosi. La terapia è in entrambi i casi chirurgica e si avvale anche della valutazione chirurgica dei linfonodi ascellari.

## **DISCUSSIONE**

Il presente studio ha analizzato la qualità della vita delle donne in età fertile e produttiva (30-55 anni) che avevano ricevuto una diagnosi di cancro al seno in un arco temporale da 6 mesi fino a 31 mesi. Lo studio ha voluto osservare le caratteristiche emotive delle donne nel post-trattamento primario misurando le componenti metacognitive ed emotive quali ansia, depressione e distress psicologico. I risultati sono stati interessanti. Innanzitutto, i risultati hanno evidenziato come l'età possa essere una variabile vulnerabile all'emotività nell'esperienza post-trattamento oncologico (ansia più elevata nelle più giovani), ma solo in parte: le pazienti sono apparse resilienti al distress psicologico e alla depressione. Questo dato conferma precedenti nostri studi<sup>18-20</sup>, come anche altri recenti sulla popolazione giovane<sup>21</sup>, e si pone in contrasto con ricerche condotte su popolazioni più adulte rilevando distress e depressione<sup>22,23</sup>. I nostri dati evidenziano il trend delle giovani donne di riuscire a resistere allo stress da diagnosi di cancro e proteggersi contro gli effetti negativi dello stress riducendo il più possibile lo shock di una diagnosi oncologica, e l'impatto degli eventi avversi associandoli a cambiamenti di vita e incremento della salute mentale e degli outcome dei trattamenti. Rimane comunque la matrice fisica della malattia (esame istologico), che può influenzare l'emotività e la resilienza delle pazienti.

Come descritto nella review elaborata da Seiler & Jenewein<sup>24</sup>, vi sono in letteratura evidenze robuste che supporta-

no il link tra resilienza e crescita post-traumatica da stress nei pazienti oncologici. I nostri risultati si pongono su questo trend sottolineando la capacità emotiva delle pazienti nel corso della loro survivorship di presentare caratteristiche emotive positive soprattutto nel lungo tempo dalla diagnosi.

Difatti, i dati evidenziano come le pazienti adulte riescano a gestire più efficacemente le proprie emozioni e le proprie metacognizioni, mentre le più giovani manifestano maggiore ansia e pensieri negativi nell'immediatezza della conclusione delle cure primarie. Il disagio psicologico è mantenuto da schemi di pensiero disadattivi e prolungati attivati da meta-credenze negative riguardo all'incontrollabilità e al pericolo delle preoccupazioni. Questo effetto tende a diminuire con il trascorrere del tempo, pur se permangono delle attivazioni negative. È stata notata una vulnerabilità emotiva, anche se non statisticamente significativa, a distanza di 24 mesi dalla diagnosi. La "paura della recidiva" può essere un fattore determinante dell'arousal emotiva, ma l'incremento dell'attivazione di strategie cognitive legate a pensieri positivi favoriscono una migliore regolazione delle emozioni. In conclusione, il nostro lavoro evidenzia come la diagnosi precoce in termini di età della paziente e in termini di stadio della patologia rappresenti un evento altamente stressante in una prima fase che poi assume caratteristiche e connotazioni positive nella survivorship riflettendo le dinamiche resilienti.

## **CONCLUSIONI**

Il nostro studio può risultare interessante per delineare ipotesi di trattamento nell'ambito della pratica clinica oncologica. La strutturazione del supporto psicologico o di counselling ai pazienti nella fase della survivorship sulla rilevazione degli schemi di pensiero disadattivi (credenze e strategie metacognitive) potrebbe mitigare gli aspetti negativi nelle aspettative e progettualità di vita migliorandone la qualità e il benessere.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press, 2009.
2. Wells A, Mathews G. Modelling cognition in emotional disorder: the SREF model. *Behav Res Ther* 1996; 32: 867-70.
3. Lenzo V, Toffle ME, Tripodi F, Quattropiani MC. Gender differences in anxiety, depression and metacognition. *European Proceedings of Social & Behavioural Sciences* 2016; 9: 1-16.
4. Hertzog C, Hulstsch DF. Metacognition in adulthood and old age. In: Craik FIM, Salthouse TA (eds). *The handbook of aging and cognition* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2000.
5. Dodson CS, Bawa S, Krueger LE. Aging, metamemory, and high-confidence errors: a misrecollection account. *Psychol Aging* 2007; 22: 122.
6. Hansson P, Rönnlund M, Juslin P, Nilsson LG. Adult age differences in the realism of confidence judgments: overconfidence, format dependence, and cognitive predictors. *Psychol Aging* 2008; 23: 531-44.

*Ranieri J et al.*

7. Palmer EC, David AS, Fleming SM. Effects of age on metacognitive efficiency. *Conscious Cogn* 2014; 28: 151-60.
8. Bahrami F, Yousefi N. Females are more anxious than males: a metacognitive perspective. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2011; 5: 83-90.
9. Thewes B, Bell ML, Butow P. Fear of cancer recurrence in young early stage breast cancer survivors: the role of metacognitive style and disease-related factors. *Psychooncology* 2013; 22: 2059-63.
10. Cook SA, Salmon P, Dunn G. Measuring metacognition in cancer: validation of the Metacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). *PLoS One* 2014; 9: e107302.
11. Wells A, Mathews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34: 881-8.
12. Cook SA, Salmon P, Dunn G. A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cogn Ther Res* 2015; 39: 51-60.
13. Quattropani MC, Lenzo V, Mucciardi M, Toffle ME. Metacognition as predictor of emotional distress in cancer patients. *Life Span and Disability* 2016; 19: 221-39.
14. Morasso G, Costantini M, Baracco G, Borreani C, Capelli M. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology* 1996; 53: 295-302.
15. Quattropani MC, Lenzo V, Mucciardi M, Toffle ME. Psychometric properties of the Italian version of the Short Form of the Metacognitions Questionnaire (MCQ-30). *BPA* 2015; 29-41.
16. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales* (2nd Ed.). Sydney: Psychology Foundation, 1995.
17. Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104: 386-405.
18. Di Giacomo D, Cannita K, Ranieri J, Cocciolone V, Passafiume D, Ficorella C. Breast cancer and psychological resilience among young women. *J Psychopathol* 2016; 22: 191-5.
19. Di Giacomo D, Ranieri J, Donatucci E, et al. Emotional "Patient-Oriented" support in young patients with I-II stage breast cancer: pilot study. *Front Psychol* 2018; 9: 2487.
20. Di Giacomo D, Ranieri J, Guerra F, et al. Survivorship in young women after early breast cancer: a cross-sectional study of emotional traits along 3-years perspective. *Riv Psichiatr* 2019; 54: 160-7.
21. Villarreal-Garza C, López-Martínez EA, Martínez-Cannon BA, et al. Medical and information needs among young women with breast cancer in Mexico. *Eur J Cancer Care* 2019; 28: e13040.
22. Carlson LE, Agen M, Cullum J. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004; 90: 2297-304.
23. Millar K, Purushotham AD, McLatchie E, George WD, Murray GD. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res* 2005; 58: 335-42.
24. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry* 2019; 10: 208.