

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE MILANO

**Facoltà di Psicologia
Corso di laurea in Psicologia Clinica:
Salute, Relazioni Familiari e Interventi di Comunità**

**La rappresentazione del
mammario: risultati di**



**sé corporeo nel carcinoma
un'indagine sul campo**

Relatore: Chiar.mo Professore Osmano Oasi

**Tesi di laurea di
Aman Désirée Poletti Venegoni
Matr. N. 3708880**

Anno Accademico 2009 – 2010

Indice

Introduzione	p.	5
Capitolo 1 – L’immagine corporea:		
significati, evoluzione e psicopatologie	p.	8
1. L’immagine corporea	p.	8
2. Origini del concetto	p.	10
3. Lo schema corporeo e l’immagine corporea: somiglianze e differenze	p.	11
4. L’influenza sociale e culturale nell’immagine corporea	p.	13
5. L’evoluzione dell’immagine corporea	p.	15
6. La compromissione dell’immagine corporea	p.	17
7. L’immagine corporea e i fenomeni di emineglect e dell’arto fantasma	p.	18
Capitolo 2 – Il carcinoma mammario		
1. Che cos’è il carcinoma mammario?	p.	21
2. Anatomia della mammella	p.	22
3. Fattori di rischio	p.	23
4. Prevenzione	p.	27
5. Sintomatologia	p.	29
6. Storia naturale del carcinoma mammario	p.	30
7. Forme di carcinomi mammari	p.	32
8. Stadiazione clinica	p.	35
9. Carcinoma mammario e possibile recidiva	p.	37
Capitolo 3 – Trattamento		
1. Tumore della mammella e trattamento: cenni storici	p.	44
2. La terapia chirurgica	p.	46
3. Terapie postoperatorie	p.	48

4. La radioterapia	p.	49
5. La chemioterapia	p.	51
6. L'ormonoterapia	p.	53

Capitolo 4 – Il seno emblema della femminilità p.
55

1. Simbologia del seno	p.	56
2. L'oggetto-seno nello sviluppo psichico del bambino	p.	57
3. Una ferita all'immagine corporea	p.	59
4. Effetti indesiderati	p.	61
5. Perdita del desiderio sessuale	p.	63
6. Riacquistare l'equilibrio corporeo	p.	65
7. Prendersi cura di sé	p.	66

Capitolo 5 – Esperienze e percezioni di vissuto tumorale p. 69

1. Testimonianze di donne che utilizzano la scrittura per raccontarsi	p.	69
---	----	----

2. Testimonianze di follow up	p. 94
3. Testimonianze raccolte nella seconda edizione di un "Tè con le pazienti"	p. 103
Conclusioni	p. 116
Bibliografia	p. 126

*A mia madre,
a mio padre
e a tutte quelle persone speciali
che vicine e lontane
hanno contribuito
a rendere possibile un sogno
GRAZIE*

Introduzione

L'obiettivo principale di questo lavoro consiste nel presentare attraverso una prospettiva psicodinamica la rappresentazione del sé corporeo nel carcinoma mammario e in modo particolare analizzare alcuni vissuti di pazienti, con cui ho avuto modo di entrare in contatto, per un breve periodo di volontariato, tramite l'Associazione C.A.O.S. Onlus di Varese e presso il Centro di Senologia dell'Istituto Ospedaliero Multimedica di Castellanza.

La scelta di affrontare la tematica dell'immagine corporea nel carcinoma mammario nasce sostanzialmente dall'esperienza di volontariato vissuta lo scorso anno, esperienza che mi ha colpita sensibilmente e che mi ha arricchita molto, non soltanto in termini emozionali e di bagaglio culturale, ma anche in termini relazionali. Tale esperienza, oltre ad avermi trasmesso molto, mi ha permesso di interrogarmi e di riflettere sull'importanza particolare che assumono il corpo e l'immagine del Sé nel carcinoma mammario sia per la sofferenza determinata dalla malattia sia perché divengono metafore di vissuti e aspettative. Credo, infatti, che sia impensabile, oggigiorno, affrontare il tema del tumore al seno senza interrogarsi sul significato dell'immagine corporea e su ciò che l'oggetto seno rappresenta in questo contesto per una donna.

Sulla base di queste considerazioni, cercherò di seguire un percorso che partendo da alcune riflessioni sul concetto di immagine corporea giungerà poi ad affrontare lo spinoso tema del carcinoma mammario e di conseguenza il notevole impatto che esso esercita sull'immagine del Sé delle pazienti. Infine saranno proprio queste ultime con le loro testimonianze e con i loro vissuti, a far comprendere come una malattia, quale il tumore al seno, possa annientare la persona anche senza ucciderne il corpo.

Il primo capitolo è dedicato al complesso concetto di immagine corporea, che Schilder (1935) per primo, sottolineandone⁶ la dimensione psicologica, definisce

come il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo. In questo primo capitolo, infatti, vengono trattati il significato e le dinamiche che caratterizzano il concetto di immagine corporea, l'origine evolutiva del concetto, dalla prima teorizzazione di Bonnier (1905) alla fortunata elaborazione di Schilder (1935), fino ad arrivare a un interessante confronto tra la nozione psicologica di immagine corporea e la nozione neurologica di schema corporeo, definito come la rappresentazione spaziale del nostro corpo. Infine sempre in questo capitolo viene anche sottolineata l'importanza delle componenti che determinano il concetto di immagine corporea e delineati, oltre al processo evolutivo che ne porta alla formazione, sia i suoi possibili sviluppi psicopatologici che i meccanismi, come i fenomeni dell'eminoglect e dell'arto fantasma, che ne portano alla conoscenza.

Il secondo e il terzo capitolo presentano la realtà del carcinoma mammario dal punto di vista puramente medico. Più precisamente il secondo capitolo è dedicato interamente alla spiegazione del carcinoma mammario: si parte infatti da una definizione generale della malattia, proseguendo paragrafo dopo paragrafo nella descrizione dell'anatomia della mammella, in quella dei presunti fattori di rischio della malattia e dell'importanza della prevenzione. Sempre in questo capitolo vengono anche descritti i possibili sintomi del carcinoma mammario, la storia naturale della malattia, le diverse tipologie di carcinomi mammari e i suoi stadi clinici; infine, viene inoltre affrontata l'eventualità di una possibile recidiva. Il terzo capitolo, invece, che apre con un excursus storico sul carcinoma mammario, si articola in modo tale da presentare uno a uno i diversi trattamenti antitumorali impiegati nel debellare il tumore al seno, quali la il trattamento chirurgico, la chemioterapia, la radioterapia e l'ormonoterapia.

Il quarto capitolo è dedicato all'oggetto seno quale simbolo per eccellenza della femminilità, della maternità, della sessualità, ma anche come elemento determinante per lo sviluppo della relazione oggettuale del bambino. Questo capitolo racconta anche la profonda ferita narcisistica che provoca in una donna una malattia come il tumore al seno, per non parlare degli effetti secondari causati dalle terapie, che si accaniscono ulterio⁷mente contro i principali aspetti della

femminilità. Inoltre presenta anche le problematiche che compaiono nella vita relazionale, in particolare nella sfera sessuale. Infine il capitolo mostra come la donna, in questo dramma, sia, però, chiamata a reagire e a prendersi cura di se stessa e, se ne sente l'esigenza e ci sono le condizioni per farlo, a riacquistare con una protesi o con una ricostruzione un nuovo equilibrio corporeo.

Dopo l'exkursus teorico fin qui esposto, il quinto capitolo è interamente dedicato alle straordinarie testimonianze di 14 donne che ho avuto, recentemente e durante la trascorsa esperienza di volontariato, il piacere di conoscere o di contattare e che, per rispetto alla privacy, rimarranno nell'anonimato. Colgo quindi ora l'occasione per ringraziare loro, nonché Adele Patrini, Presidente dell'Associazione C.A.O.S. Onlus (Centro Ascolto Operate al Seno Onlus) di Varese, la dott.ssa Azzurra Cangiano e l'equipe del Centro di Senologia dell'Istituto Ospedaliero MultiMedica di Castellanza, per avermi accordato fiducia, permettendomi di ottenere risultati importanti per il mio lavoro.

Capitolo 1

L'immagine corporea: significati, evoluzione e psicopatologie

1. L'immagine corporea

L'immagine corporea è un concetto articolato e complesso che fin dagli inizi del secolo scorso ha affascinato numerosi autori anche di discipline molto diverse. Ognuno di questi, nel tentativo di definirne e comprenderne i meccanismi alla base, ha affrontato il tema dell'immagine corporea dal punto di vista della propria formazione. Non è facile definire cosa sia esattamente il concetto di immagine corporea, l'espressione, infatti, assume connotazioni differenti a seconda degli autori e della loro disciplina. Tuttavia di grande rilievo rimane, tra tutte, la teorizzazione del concetto di immagine corporea, elaborata da Paul Schilder (Vienna 1886 – New York 1940), psichiatra di formazione analitica da sempre attento ai rapporti tra psicoanalisi e neurologia. L'autore, infatti, nel tentativo di integrare le conoscenze neurologiche con la prospettiva psicoanalitica, giunge a definire l'immagine corporea come una rappresentazione mentale del nostro corpo, cioè il modo in cui il corpo appare a noi stessi. Essa, secondo Schilder (1973), si configura come una realtà mutevole nel tempo, che si genera e si organizza sul piano sensoriale, emotivo, immaginario, ideativo e relazionale. L'autore nella sua teorizzazione si propone di delineare un circuito mente-corpo accessibile al lavoro analitico, in cui aspetti biologici, neurologici e psicopatologici risultano connessi in un complesso rappresentazionale e affettivo più ampio rispetto a una concezione puramente pulsionale. Il tentativo dell'autore, è infatti quello di fornire una visione più globale del rapporto corpo-mente, una visione che possa andare oltre a questo famoso dualismo.

Schilder, rifacendosi alla psicologia della forma, ritiene che l'immagine corporea costituisca una Gestalt posturale. Essa si organizza a partire dalla

stimolazione endogena delle varie zone erogene e dipende dalla quantità di libido narcisistica di cui l'individuo dispone. La libido narcisistica, che investe su tale Gestalt, viene attribuita alle diverse parti dell'immagine corporea così che il modello corporeo cambia continuamente ai diversi stadi dello sviluppo libidico (Fornaro, 2001). La libido per Schilder è un elemento che assume un'importanza rilevante nella costituzione dell'immagine corporea. Essa, infatti, oltre ad investire di significato la percezione dell'immagine corporea, la rende attiva nella dinamica intrapsichica, come risultante dell'interazione fra le istanze psichiche Io ed Es. Tuttavia, oltre alla componente libidica, partecipano alla costruzione dell'immagine corporea anche altri fattori, come quello percettivo, emotivo-psicologico e sociale, che permettono di analizzare l'esperienza del corpo a diversi livelli.

A livello percettivo, infatti, l'immagine del corpo si forma attraverso le informazioni sensoriali, di tipo uditivo, visivo, cinestesico ecc. Quindi, l'immagine del corpo a questo livello viene considerato come un prodotto dell'attività della corteccia cerebrale, dove si opera una sintesi unificante delle diverse sensazioni corporee (Ruggieri et al., 1993). A livello psicologico, afferma Schilder (1973), l'immagine corporea implica lo studio delle motivazioni personali, dei ricordi passati, dello sviluppo affettivo, della situazione emotiva ed esistenziale, che cambiano a ogni momento e che, cambiando, determinano una diversa integrazione dei dati sensoriali e, conseguentemente, una diversa immagine del proprio corpo. A livello sociale rilevante è il confronto della rappresentazione che il soggetto possiede del proprio corpo con quella degli altri. Il corpo, infatti, va considerato fin dai primi stadi della vita come relazione, in quanto rappresenta la premessa essenziale del rapporto dell'Io col mondo. Ciascuno, infatti, con il corpo percepisce il mondo e si autopercepisce e in base al modo con cui percepisce e si situa nel mondo sviluppa diverse modalità di autopercezione. L'immagine che ciascuno ha di se stesso, è dunque soggetta a modificarsi continuamente per lo scambio costante fra le pulsioni dell'Io e l'ambiente (Gentili, 1965). In sintesi, possiamo dunque affermare che l'immagine

corporea è il risultato di un processo di integrazione delle percezioni, degli affetti e delle idee, che, attraverso la sua storia personale e gli atteggiamenti dell'ambiente esterno, l'individuo attribuisce al suo corpo.

2. Origini del concetto

Il concetto di schema corporeo nasce all'interno della neurologia intorno alla fine dell'Ottocento; il termine viene coniato dallo studioso francese Bonnier (1905), che lo utilizza per indicare la rappresentazione topografica e spaziale del corpo, che permette l'orientamento rispetto all'ambiente esterno. L'autore diffonde il concetto attraverso i suoi lavori, ma è soprattutto grazie agli studi e alle pubblicazioni di Pick (1908) e Head (1920), che la nozione di schema corporeo entra pieno titolo nella letteratura scientifica. Pick, infatti, descrive una rappresentazione spaziale del corpo basata sulle afferenze sensoriali, in particolare visive, che permette una consapevolezza topografica del corpo stesso. Head, invece, parla di schema posturale che esprime l'immagine tridimensionale del corpo e aggiunge alla nozione di immagine spaziale di Bonnier e Pick, la dimensione temporale, contemplando lo schema corporeo come una realtà non statica ma in continua costruzione e in rapporto con le varie afferenze. Dunque nella percezione dello schema corporeo cominciano a entrare dimensioni come la spazialità, la funzione visiva in rapporto all'autopercezione e l'importanza della mediazione del sistema nervoso centrale, che plasma gli stimoli convergenti dalla periferia, fornendo così una percezione realmente integrata. Il merito di autori come Bonnier, Pick e Head è, infatti, quello di aver introdotto nuove estensioni entro cui inquadrare il concetto di schema corporeo.

Diverse sono le definizioni che, negli anni, sono state date alla nozione di schema corporeo e si riferiscono, in genere, all'insieme di sensazioni che provengono dall'apparato sensoriale, permettendo l'esperienza immediata dell'esistenza di un'unità corporea. Tuttavia colui che ha il merito di aver inaugurato nel contesto psicoanalitico questa linea di ricerca, connettendola alle

sue preoccupazioni neurofisiologiche è, senza dubbio, Schilder, che è anche l'autore della prima opera interamente dedicata alla *body image*, dal titolo *The Image and the Appearance of the Human Body* (1935), è considerato il punto di partenza delle successive riflessioni ed elaborazioni sul vissuto del corpo. Di successo sono, infatti le sue teorizzazioni sui concetti di schema e immagine del corpo, costruiti a cui vengono spesso ricondotte l'esperienza e la consapevolezza del corpo. Tuttavia nella lezione di Schilder non è però chiaro come avviene il passaggio dalla nozione neurologica di schema corporeo, alla nozione psicologica di immagine del corpo (Martinelli, 1974).

Schilder definisce "schema corporeo" la rappresentazione mentale del corpo, nella sua disposizione spaziale e tonico-posturale, direttamente influenzata dalle informazioni provenienti dagli organi di senso. Esso per l'autore coincide con l'immagine tridimensionale che ciascuno ha di se stesso e può dunque essere anche definito immagine corporea. Con quest'ultimo termine Schilder si riferisce, invece, a un ulteriore livello di integrazione dello schema corporeo con il contesto emotivo-cognitivo, ossia l'idea che ci facciamo del nostro corpo desunta non solo dalle sensazioni, ma anche da tutto il patrimonio cognitivo, affettivo e fantastico. Dunque l'immagine del proprio corpo, in cui entra in gioco tutta l'esistenza del soggetto, non è mai solo una replica fedele della morfologia del corpo (Schilder, 1935). Nella lezione di Schilder, nonostante il successo delle sue teorizzazioni, non è dunque chiaro come avviene il passaggio dalla nozione neurologica di schema corporeo, alla nozione psicologica di immagine del corpo (Martinelli, 1974).

Dopo Schilder molti autori hanno continuato a mostrare particolare interesse per quest'area di ricerca, ma i diversi tentativi di definire e circoscrivere la concezione che ognuno ha del proprio corpo con un determinato settore sono risultati nel complesso infruttuosi. A seconda, infatti, della formazione o disciplina di studio, sono stati sviluppati concetti diversi e poco assimilabili tra loro, tanto che ancora oggi si conserva un'ambiguità di fondo che rende difficile attribuire al vissuto corporeo un significato che sia univoco e al tempo stesso inequivocabile.

3. Lo schema corporeo e l'immagine corporea: somiglianze e differenze

L'ambiguità, che da sempre caratterizza le definizioni di schema e di immagine del corpo e che impedisce di utilizzare i due termini in maniera univoca, induce spesso a una sovrapposizione dei due concetti. Questa confusione, in parte legata alla complessità degli elementi in gioco, è di fatto dovuta all'equiparazione costante che i diversi autori hanno attribuito ai concetti di schema e immagine del corpo. Lo schema corporeo viene considerato, in sostanza, equivalente all'immagine del corpo. Schilder per primo sostiene che lo schema corporeo è l'immagine tridimensionale che ciascuno ha di se stesso e lo definisce anche immagine corporea. Con questo termine l'autore indica che il corpo assume un certo aspetto anche rispetto a se stesso e che l'immagine che ci giunge attraverso i sensi comporta schemi e rappresentazioni mentali, pur non essendo semplicemente rappresentazione (Schilder, 1935). Dunque seguendo la logica di Schilder questa equiparazione tra i due concetti può sembrare fondata non solo per la loro costante integrazione, ma anche per la loro appartenenza al medesimo vissuto corporeo. Tuttavia lo schema e l'immagine del corpo, pur appartenendo al medesimo vissuto corporeo, si configurano come due modalità differenti di rappresentazione del corpo e di conseguenza presentano differenze, non solo nel significato, ma anche nella genesi e nelle dinamiche.

Per quanto concerne la genesi, lo schema corporeo si configura come una realtà sempre presente, anche se in continuo cambiamento, che si costituisce in maniera piuttosto precoce, a differenza dell'immagine corporea che si forma invece tardivamente, nella primissima infanzia, trovando una certa stabilità solo al termine dell'adolescenza. Inoltre l'immagine corporea si costruisce sulla base delle esperienze *percettive* dei corpi altrui, vissuti dal soggetto nei diversi rapporti oggettuali (Lalli, 1997). Per quanto concerne, invece, le dinamiche, si possono riscontrare delle differenze dei due concetti nel grado di intenzionalità, nel livello di impersonalità e nel livello di ¹³coinvolgimento corporeo. Infatti, nel grado di

intenzionalità l'immagine corporea è caratterizzata da uno status intenzionale, che include l'esperienza personale del proprio corpo, all'interno di un insieme articolato di atteggiamenti, emozioni e credenze. Lo schema corporeo invece, che manca del tutto di intenzionalità, è un semplice sistema di riferimento implicito, sviluppato inconsciamente attraverso l'esperienza motoria. Relativamente al livello di impersonalità nell'immagine corporea il corpo viene sempre sperimentato come proprio, nello schema corporeo invece il corpo viene sperimentato come impersonale. Infine nel livello di coinvolgimento corporeo l'immagine corporea viene sperimentata dal soggetto sempre in relazione a un particolare aspetto o parte del corpo. Lo schema corporeo invece funziona sempre in modo olistico, ossia come un'unità (Molinari, Riva, 2003). Inoltre il concetto di immagine corporea è, solitamente, utilizzato per indicare quella rappresentazione visiva consapevole, di come il nostro corpo ci potrebbe apparire se visto dall'esterno, mentre il concetto di schema corporeo è caratterizzato da uno scarso grado di consapevolezza. Infatti, quando vogliamo descrivere o produrre un cambiamento nel corpo, possiamo farlo solo se descriviamo o cambiamo qualcosa che, come l'immagine del corpo, appartiene maggiormente al mondo esterno (Fornaro, 2001).

La situazione diventa più complessa, però, quando vogliamo ottenere delle indicazioni introspettive circa la rappresentazione cognitiva dei confini del corpo nello spazio, ossia del nostro schema corporeo. Tutte queste differenze, sopra elencate, rendono, talmente impropria l'equiparazione tra i concetti di schema e di immagine del corpo, che anche la loro interazione non deve portare a confonderli. Diventa, così, importante per evitare ulteriori ambiguità, fare una distinzione chiara tra schema corporeo e immagine corporea: il primo, infatti, si configura come una struttura cognitiva di rilevanza neurologica, mentre la seconda organizza i vissuti emozionali e le rappresentazioni del corpo. Questa distinzione, a differenza del modello schilderiano, permette di confrontare il concetto neurologico di schema corporeo con il concetto psicologico di immagine del corpo (Fornaro, 2001).

4. L'influenza sociale e culturale nell'immagine corporea

I concetti di schema e di immagine del corpo, come si evince dall'ampia letteratura classica, comportano numerosi quesiti; essi, infatti oltre alla loro definizione, riguardano anche quale e quanta importanza abbiano, nella loro costruzione i fattori sociali e quelli culturali (Lalli, 1997). Questi fattori, che insieme a quello percettivo, libidico e psicologico, concorrono nello sviluppo dell'immagine del corpo, si riferiscono ad eventi ed esperienze che predispongono e condizionano il modo con cui le persone percepiscono e si rapportano con il proprio corpo (Cash, Pruzinsky, 2002). Infatti l'immagine corporea che si forma dalla conoscenza che abbiamo di noi stessi si configura anche come il frutto di un riflesso di sé attraverso gli altri, essendo essa costantemente influenzata dal rapporto con il sociale. Questo rispecchiamento dell'immagine mentale del corpo si realizza, nei fatti, attraverso scambi comunicativi e dinamiche, che esercitano su di noi un certo potere e controllo. Anche la cultura e in modo particolare la comunicazione di massa producono degli effetti significativi sull'immagine corporea delle persone, specie quelle di sesso femminile, per cui l'aspetto fisico diventa un elemento fondamentale per la conoscenza di sé. I mass-media, infatti, influenzano direttamente e indirettamente le persone, diffondendo sistematicamente stereotipi e messaggi ambivalenti, relativi al benessere, alla salute e all'immagine ideale. Quest'ultima, che è legata agli ideali di bellezza dettati dalla società, viene costruita dal soggetto nel corso della adolescenza.

In genere l'immagine ideale, per quanto determinante, non dovrebbe mai diventare più importante della propria immagine corporea e come quest'ultima si costruisce sulla base del confronto con gli altri. Infatti, quanto più un individuo si uniforma ai modelli fisici proposti dalla società, tanto più facilmente svilupperà un'immagine positiva del proprio corpo favorendo di conseguenza un accrescimento dell'autostima e della fiducia in se stesso (Cash, Pruzinsky, 2002). Questa dinamica tipica delle società¹⁵ occidentali, svela come qui la cultura

imponga costantemente al soggetto una serie di cambiamenti corporei atti a rispondere alle diverse aspettative sociali, che gli vengono trasmesse attraverso le relazioni interpersonali. Le persone, infatti, sono, portate a credere che per essere socialmente accettate debbano conformarsi ai canoni di bellezza proposti dai media. Spesso, però, il continuo confronto e l'eccessiva importanza, riservata alla propria immagine del corpo, può condurre qualsiasi individuo a credere di non essere in grado di competere con i modelli irraggiungibili dettati dalla società. Inoltre le critiche e gli apprezzamenti negativi da parte di familiari, amici ed estranei, possono generare nel soggetto una certa insoddisfazione per il proprio aspetto e anche un senso d'inadeguatezza rispetto agli altri. Questo disagio per il corpo può influenzare qualsiasi soggetto nel funzionamento sociale e relazionale e, a lungo andare, generare in lui una sensazione di difetto fisico, per la quale può credere di essere notato dagli altri, nonostante il suo corpo rientri nei limiti della norma (Mian, 2006). Un'atteggiamento di questo tipo, se diventa costante, si palesa come un chiaro sintomo dell'insinuarsi di un disturbo percettivo della propria immagine corporea.

Dunque, appare sempre più evidente quanto l'influenza sociale e quella culturale abbiano una forte ripercussione a livello psicologico sul soggetto, tanto da condizionarne e, spesso, comprometterne il modo con cui egli percepisce il suo corpo e di conseguenza se stesso. Il fattore sociale e quello culturale si confermano, infatti, due componenti significative nella costruzione dell'immagine corporea, che proprio grazie a queste, è in grado di definire gli atteggiamenti del corpo in tutta la loro valenza relazionale e interpersonale, mettendo così in evidenza, in ogni soggetto, la relazione tra il suo stile di interazione e il grado di accettazione del proprio corpo (Ruggieri, 1988).

5. L'evoluzione dell'immagine corporea

L'immagine corporea, che è una rappresentazione mentale del Sé, si costituisce nel corso della vita a partire dai primi¹⁶ giorni e alla base del suo sviluppo ci

sarebbe l'attento e accurato lavoro del caregiver. Quest'ultimo, solitamente il genitore, attraverso contatti di natura sensitiva e motoria, aiuterebbe il bambino, che non conosce il suo corpo, a distinguere i propri confini da quelli degli altri oggetti presenti nell'ambiente, formando così una più precisa consapevolezza del proprio corpo. Il bambino sperimenta la prima sensazione di sé attraverso le informazioni, che gli provengono dagli apparati sensoriali e questi stimoli lo rendono capace di identificare i limiti del proprio corpo, distinguendolo dall'ambiente esterno. L'evoluzione dell'immagine corporea comporta, dunque, una successione di stadi, in cui il bambino, mediante la precoce esperienza fisica del proprio corpo, definisce i suoi confini esterni e il suo mondo interno (Cash, Pruzinsky, 2002). Questo sviluppo, secondo la Dolto (1996), avviene in tre momenti evolutivi, che prevedono una successione di immagini corporee, che si formano in un corretto rapporto di relazione/separazione con il caregiver.

Nella prima fase si costituisce l'immagine *di base*, che è un'immagine statica o meglio chiusa in se stessa, che sostiene l'identità del bambino e fa da supporto al suo narcisismo primario. Al di qua dell'immagine di base orale o anale la Dolto postula anche un'immagine aerea, che precostituisce la soggettività del bambino, il suo essere al mondo. Successivamente si forma l'immagine *funzionale*, che è un'immagine stenica, ovvero tonica con cui si delineano i distretti corporei, che sostengono il soggetto nella realizzazione del proprio desiderio. In questa tappa l'immagine mentale del corpo corrisponde, pertanto, all'attivazione di pattern sensomotori finalizzati all'azione. Nella terza ed ultima fase, invece, si forma l'immagine *erogena*, che è un'immagine dinamica, che permette al bambino di localizzare il piacere a partire dall'immagine funzionale del proprio corpo, posto in relazione con l'altro. Con questa immagine viene suggellato l'ingresso del bambino nel registro simbolico (Fornaro, 2001).

Attraverso questa evoluzione il bambino sviluppa, quindi, un crescente senso dei confini del corpo, realizzando progressivamente la propria differenziazione dal caregiver e consolidando una stabile rappresentazione di sé (Cash, Pruzinsky, 2002). La differenziazione, che si avvia¹⁷ entro lo spazio, che potremmo definire

transizionale, di relazione con la madre (Pankow, 1977), avviene grazie a cesure evolutive, che da una parte corrispondono alle principali svolte nell'organizzazione libidica, dall'altra conduce il soggetto sulla strada della simbolizzazione. Tale separazione dall'oggetto, che raggiunge il suo apice verso i 6 anni, consente la realizzazione di una immagine corporea più nitida e quindi non più confusa ed imprecisa, come quella iniziale. La formazione dell'immagine corporea è, pertanto, un processo che dipende molto dalla modalità con cui il caregiver interagisce con il bambino. L'interazione reciproca con i genitori è vissuta, infatti, dal piccolo come un punto di riferimento per la strutturazione della sua identità e modella sia le sensazioni interne che quelle esterne del corpo, contribuendo in questo modo alla realizzazione della sua immagine corporea (Cash, Pruzinsky, 2002).

6. La compromissione dell'immagine corporea

L'immagine corporea, che comincia a formarsi durante la primissima infanzia, è un fenomeno soggetto a continue modifiche per via dello scambio costante esistente fra le pulsioni dell'Io e l'ambiente (Gentili, 1965). Essa, tuttavia, si tratta anche di un fenomeno che tende costantemente alla stabilità, alla coesione dell'Io e di conseguenza all'unità psicofisica. Esistono, però nel corso della vita, una serie eventi o situazioni che possono destabilizzare o compromettere questa unità psicofisica del soggetto. Tra questi troviamo le delusioni, sia sentimentali che lavorative e tutti quei cambiamenti a cui durante la vita va in contro il nostro corpo, come ad esempio l'invecchiamento. Altri eventi possono, invece, riferirsi a incidenti o malattie che, deturpando il corpo, mettono fortemente in discussione l'immagine che il soggetto aveva costruito di sé (Cash, Pruzinsky, 2002). In questi casi ed in modo particolare, quando non si verifica l'integrazione del corpo, il rischio è quello di incorrere in un disturbo di immagine corporea, ovvero in una frammentazione dell'Io. Nei disturbi di immagine corporea vi è una vera e propria alterazione visiva del corpo, il quale viene sentito come ingombrante e deforme,

soprattutto in determinati punti. Il fisico non viene più percepito e visto come intero, ma diviso nelle varie parti e molto spesso la sensazione di avere un difetto fisico deriva da un senso di disagio correlato a stati di tristezza o di depressione. L'intensa polarizzazione sui propri disturbi fisici, può diventare per il soggetto l'unica possibilità di esprimere il proprio malessere o disagio psichico. Pertanto sarà proprio l'alterazione nella percezione della propria immagine corporea a determinare la comparsa del disturbo psicosomatico.

Affrontare il problema del disturbo psicosomatico è estremamente complesso, in quanto significa riconsiderare il rapporto soma-psiche, ma anche l'intera storia del soggetto a partire dal suo sviluppo psichico (Lalli, 1997). Si può, infatti, ritenere che il disturbo psicosomatico sia strettamente legato al fallimento di una delle fasi dello sviluppo del Sé. Tale fallimento risulta, in genere, determinato dall'irregolarità degli scambi che avvengono durante l'accudimento, in modo particolare dall'atteggiamento della madre e dell'intera dinamica familiare sottostante (Cassese, Benedettini, 1973). La Pankow (1977), che anch'essa mostra come l'immagine corporea faccia tutt'uno con la relazione primaria madre-bambino, propone due tipologie di psicopatologia che vengono distinte in base alla modalità con cui l'immagine corporea viene compromessa. Il primo tipo di disturbo, proposto dalla Pankow, è legata alla *distruzione* dell'immagine corporea e concide essenzialmente con la dissociazione schizofrenica, una psicopatologia la cui gravità dipende sia dall'estensione che dalla localizzazione del danno. Il soggetto affetto da questo disturbo separa una parte del corpo dalla totalità, impedendo il mantenimento dell'identità corporea, con la conseguenza che negli episodi deliranti le singole parti del corpo appaiono dotate di vita autonoma. Il secondo tipo di disturbo è invece legata alla *distorsione* dell'immagine corporea e si riferisce alla dissociazione isterica, intesa come un delirio somatico non schizofrenico. Qui l'immagine del corpo è mantenuta integra e unitaria, mentre risultano disconnesse le singole funzioni corporee, che il soggetto non è più in grado di riconoscere in quanto concepite come inaccettabili fonti di conflitto (Fornaro, 2001). Dunque diventa cruciale¹⁹ il riconoscimento dell'alterazione e del

fallimento dell'immagine corporea per la comprensione di una vasta serie di sintomi e sindromi.

7. L'immagine corporea e i fenomeni di emineglect e dell'arto fantasma

Come già sappiamo, in condizioni normali, grazie alle informazioni che ci provengono dai nostri organi di senso, noi possediamo un'immagine immediata del nostro corpo, sia nella totalità, sia nelle sue singole parti. Poi attraverso il confronto tra le sensazioni fornite dagli organi di senso e lo schema corporeo, che ogni individuo è in grado di formarsi e che rappresenta il proprio corpo come unità, diventiamo in grado di riconoscere, di localizzare spazialmente e di valutare lo stato di efficienza delle nostre singole parti. La realizzazione dell'immagine corporea fa così parte delle funzioni cerebrali superiori e per comprenderne i meccanismi neurologici alla base possiamo prendere in considerazione due situazioni cliniche diverse: la sindrome dell'emineglect, in cui vi è una lesione delle aree parietali dove vengono integrate le informazioni sensitive e la sindrome dell'arto fantasma, in cui sono queste ultime a venire meno (Cash, Pruzinsky, 2002). La sindrome dell'emineglect, è una condizione neurologica e neuropsicologica nella quale, un soggetto, dopo il danneggiamento per via di traumi o ictus del lobo parietale (più frequentemente nell'emisfero destro), manifesta un'incapacità di orientare l'attenzione in direzione opposta alla sede cerebrale della lesione (quindi verso sinistra) (Ladavas, Berti, 2002), sino alla negazione dell'appartenenza al sé della parte trascurata del proprio corpo. Ne derivano comportamenti a volte curiosi, come il farsi la barba a metà, in un uomo, o truccarsi solo una metà del viso, nelle donne e altre volte più drammatici, come l'esporre parti del corpo a traumi per la mancata considerazione della loro posizione nello spazio.

La sindrome dell'arto fantasma è invece un disturbo percettivo dell'immagine corporea, nella quale un individuo che ha subito l'amputazione di un arto, per incidente o altro trauma percepisce ²⁰ sintomi dolorosi o di fastidio come il

formicolio o il bruciore, localizzati all'arto mancante. L'arto fantasma, cioè l'immagine animata dell'arto si impone a tal punto nella sua esperienza corporea da attirare l'attenzione del soggetto molto di più di quanto fa l'arto residuo. Esso è presente persino a livello di sensazione, tanto che l'individuo a cui viene tolto un arto sa di non poterne più disporre, ma spesso può dimenticare la propria menomazione e percepire l'arto perduto come ancora presente in toto o nelle sue singole parti. Tale sensazione, molto spesso, è spiacevole e dolorosa e addirittura fonte di sensazioni e movimenti automatici o volontari. È stato evidenziato che il dolore, in alcuni casi presente precedentemente all'amputazione, può persistere come memoria somatosensoriale. Probabilmente la rappresentazione dell'arto continua a restare attiva nel cervello dell'individuo nonostante che da esso non parta più alcuno stimolo somatosensoriale. Pare infatti che sia la rappresentazione motoria dell'arto, l'intenzione di muoverlo che lo tiene sempre pronto al movimento. Normalmente tale intenzione viene cancellata dal feedback somatosensoriale proveniente dall'arto che si muove. Se non c'è più l'arto da muovere non c'è più neppure questo feedback e quindi l'intenzione non viene più cancellata. Rimanendo attivato il progetto del movimento rimane anche la consapevolezza dell'arto. Se l'amputazione dell'arto avviene nel bambino prima che si sia formato lo schema corporeo il fenomeno dell'arto fantasma non si produce (Cash, Pruzinsky, 2002).

Dunque l'esistenza dell'arto fantasma e la sua resistenza a scomparire ci mostrano come l'immagine del corpo non sia né un prodotto della coscienza né un fenomeno biologico. Essa, infatti si configura come la struttura della presenza che, nel caso dell'arto fantasma, non si rassegna alla sua mutilazione. Se infatti l'esperienza della nostra corporeità non è l'esperienza di un oggetto, ma del nostro modo di abitare il mondo, per dimenticare un arto, per separarsi da esso bisognerebbe accettare di ignorare quella parte di mondo che la nostra presenza con quell'arto prima occupava. Rifiutandosi, la presenza ripristina a livello di fantasma quella porzione reale dell'immagine corporea da cui l'esistenza non può separarsi, se non al prezzo di separarsi da una porzione di mondo. Tutto ciò spiega

perché questo rapporto misterioso tra il corpo e la sua immagine sembra sia rilevante solo a livello umano (Galimberti, 1979). Le ipotesi patogenetiche sono per lo più sconosciute, ma si ipotizza che alla base del disturbo vi sia un'interazione tra informazioni provenienti dalla periferia e da diffuse regioni cerebrali e i processi cognitivi ed emozionali (Ramachadran, 2004).

Capitolo 2

Il carcinoma mammario

1. Che cos'è il carcinoma mammario?

Il carcinoma mammario si tratta di un tumore maligno, ossia di una lesione (nodulo) che distrugge i tessuti epiteliali, fino a infiltrare, in fase avanzata, le strutture circostanti. Esso, infatti, si presenta come una massa di nuovo tessuto che insorge quando le cellule del seno iniziano a dividersi e a proliferare in modo autonomo e svincolato dai normali sistemi di controllo dell'organismo (Dionigi, 2004). Il carcinoma mammario, secondo vari studi epidemiologici, rappresenta, dopo i tumori della pelle, il tipo di neoplasia più diffusa tra la popolazione femminile. Tuttavia esso sembra non risparmiare neppure il sesso maschile, anche se si tratta di casi estremamente rari in quanto si manifesta con una frequenza di meno del 1% rispetto a quello femminile. Istologicamente non differisce dai tumori, che compaiono nelle donne, ma presenta una diagnosi più severa.

Il carcinoma della mammella costituisce nelle donne di età compresa tra i 35 e i 55 anni la causa di morte più importante in assoluto, mentre in quelle con età superiore a 55 anni è la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Purtroppo a oggi, si riscontra un lieve, ~~ma~~ costante aumento della malattia in tutto il mondo, soprattutto nei paesi occidentali e quelli più industrializzati. Ogni anno,

infatti, circa trentamila donne scoprono di avere un tumore al seno e il 25% di queste è in fase premenopausale (Bloom et al., 2004). Tuttavia, nonostante l'aumento del numero dei casi, grazie alle nuove scoperte diagnostiche e terapeutiche la mortalità per carcinoma mammario si è stabilizzata e perfino ridotta in alcune aree, tanto da rendere la guarigione definitiva un traguardo raggiungibile nella maggioranza dei casi. La metà circa di queste neoplasie nelle donne è localizzata nel quadrante supero-esterno, probabilmente per la presenza di una maggiore quantità di tessuto ghiandolare in tale sede, mentre l'alta percentuale di incidenza di tumori nella porzione centrale della mammella è dovuta alla loro diffusione, nella regione subareolare, dai quadranti limitrofi. Inoltre la mammella sinistra è del 5-10% più frequentemente interessata rispetto alla destra. La sede anatomica meno favorevole per il cancro della mammella è il quadrante infero-interno. Il cancro della mammella si manifesta con modalità diverse a seconda dello stadio in cui perviene all'osservazione. La sintomatologia infatti è legata a diversi fattori quali: l'età della paziente, il tipo istologico, il grado di differenziazione cellulare e infine la sua diffusione locale o a distanza. Di solito quando la neoformazione si rende apprezzabile clinicamente, un accurato esame obiettivo (ispezione e palpazione) è in grado da solo di fornire quegli elementi utili per la diagnosi. La lesione infatti si presenta di volume variabile, non dolente, di consistenza duro-fibrosa o duro lignea, a margini irregolari a limiti indistinti, non dissociabile dai tessuti circostanti e poco mobile sia sui piani superficiali che profondi (Zanella, Tucci, 1997).

Il carcinoma mammario pur essendo uno dei tumori maligni più comuni è anche uno dei più curabili, infatti è una delle poche neoplasie per i quali vi è la prova conclusiva che lo screening diminuisce sostanzialmente la mortalità. Nella cura del carcinoma mammario le procedure chirurgiche radicali sono state quasi totalmente sostituite da tipi di chirurgia più limitata, come la mastectomia radicale modificata, e la maggior parte delle pazienti affette da carcinoma mammario ha ora l'opportunità di fruire di procedure conservative come resezioni mammarie parziali o tumorectomia combinate con ²³ terapia radiante, in alternativa alla

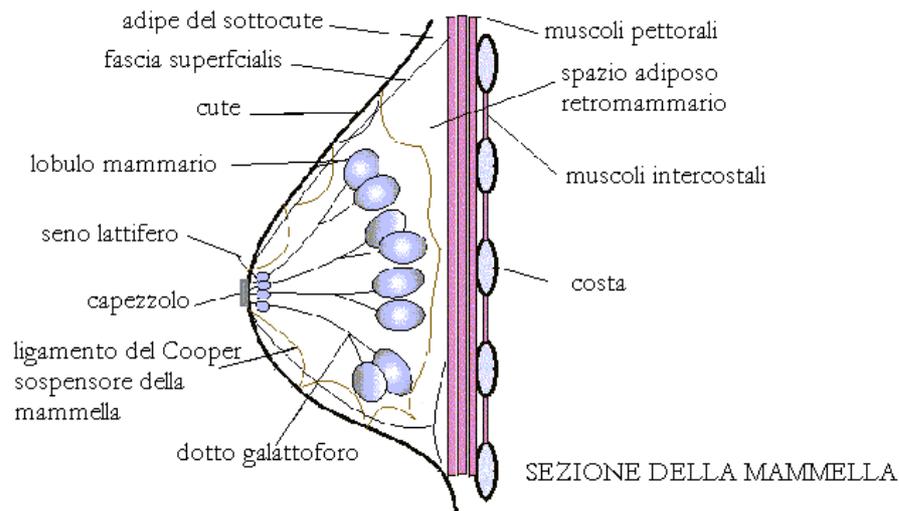
mastectomia. Le terapie mediche ora sono parte importante del trattamento in quasi tutti gli stadi del carcinoma mammario e sono in corso di studio misure di natura medica atte a prevenirne l'insorgenza (Henderson, 1990).

2. Anatomia della mammella

La mammella è una ghiandola di origine ectodermica, pari e simmetrica, che si sviluppa da un ispessimento dello strato germinativo, lateralmente alla linea mediana, al quinto mese di gestazione. Se l'accrescimento procede normalmente la porzione mediale del terzo superiore della cresta mammaria va a formare l'abbozzo della mammella, mentre la restante struttura scompare. Alla nascita, sebbene i lobuli non appaiono fino alla adolescenza, la ghiandola mammaria è costituita da 15-20 tubuli epiteliali tappezzati da epitelio cilindrico monostratificato che possono produrre una secrezione lattescente sotto la stimolazione degli ormoni materni. La mammella è una ghiandola sudoripara modificata, ricoperta dalla cute. Adagiata sul muscolo pettorale è separata dalla fascia di questo da uno strato adiposo, che è in continuità con quello interposto tra gli elementi ghiandolari. La forma esterna della mammella varia in rapporto all'età. Fino all'epoca della pubertà la regione mammaria si presenta piana in entrambi i sessi. Da qui lo sviluppo della mammella maschile si interrompe, mentre la struttura femminile subisce un notevole accrescimento per azione degli ormoni sessuali fino al raggiungimento del suo pieno sviluppo presentando la forma di una mezza sfera piena con la superficie convessa rivolta in avanti (Zanella, Tucci, 1997). Ogni donna ha caratteristiche molto personali nella forma e nella dimensione del seno, principalmente dovuto alla presenza maggiore o minore di adipe e dalla sua distribuzione. Donne con seno grande e donne con seno piccolo possono avere le medesime possibilità di allattare, perché la crescita del seno è indipendente dalla sua funzionalità.

Nella zona centrale della superficie esterna della mammella è situata l'areola, che corrisponde ad una zona cutanea iperpigmentata, più o meno estesa, al centro

della quale è posto il capezzolo o papilla mammaria. Nell'areola sono presenti diverse ghiandole sebacee, le ghiandole di Montgomery, che hanno il compito di lubrificare il capezzolo; sulla superficie del capezzolo sboccano i condotti escretori dei lobi della ghiandola mammaria (dotti galattofori) che terminando in un numero di 10-12 in modo indipendente l'uno dall'altro, vanno a formare complessivamente l'area cribrosa del capezzolo. I dotti a livello dell'areola aumentano per un breve tratto il loro diametro e presentano un rigonfiamento, noto col nome di ampolla lattifera, o seno galattoforo; a livello dell'area cribrosa il diametro dei dotti però si restringe. Tali dotti originano da quelli intraparenchimali che, a loro volta, rappresentano l'unità funzionale della ghiandola e sono riuniti in strutture lobari, costituite da più acini tenuti insieme da uno stroma costituito dal tessuto adiposo e fibroso (Midiri et al., 1986). I lobuli sono separati fra loro dalle propaggini della fascia, denominante legamenti sospensori di Cooper, che avvolgono tutta la ghiandola mammaria ed arrivano fino alla cute. I dotti galattofori di calibro maggiore sono costituiti da un epitelio cilindrico pluristratificato che diventa pavimentoso all'estremità distale, verso il capezzolo. Nei tubuli e nei lobuli l'epitelio è cilindrico semplice, poggia su una lamina propria, ed è costituito da elementi cellulari di aspetto stellato definiti cellule mioepiteliali. I tubuli e gli acini ghiandolari sono circondati da tessuto connettivo reticolare lasso, che presenta cellule di tipo fibroblastico immerse in una grande quantità di sostanza fondamentale metacromatica, questo tessuto subisce importanti modifiche durante il ciclo mestruale, sotto gli stimoli ormonali, ed è responsabile di alcuni aspetti della patologia mammaria. Lo stroma della mammella è composto da una parte connettivale densa e da abbondante tessuto adiposo, che circonda tutta la ghiandola e penetra anche tra i lobi, distribuendosi in tre porzioni: una sottocutanea più o meno ricca di grasso, disposta tra la cute e la ghiandola, ed assente solo a livello dell'areola; una porzione intraparenchimale, situata nell'interno dell'organo, tra lobi ed i lobuli; ed infine una porzione retromammaria, situata dietro la ghiandola (Zanella, Tucci, 1997).



<http://www.senologia.net/articoli/nonmedici/Anatomia%20della%20regione%20mammaria.pdf>

3. Fattori di rischio

Le cause del tumore della mammella, come nella maggior parte dei tumori, non sono note, i medici, infatti, sono raramente in grado di spiegare perché una persona si ammala di cancro. Tuttavia è chiaro che il tumore della mammella, come tutti i carcinoma, non è una malattia contagiosa e non colpisce necessariamente chi ha subito traumi o contusioni al seno. I dati epidemiologici, però, suggeriscono che i fattori genetici, endocrini e ambientali possono incrementare il rischio di sviluppare la malattia.

Fattori genetici: sebbene tutte le parenti delle pazienti con carcinoma mammario abbiano un rischio aumentato di svilupparlo, le parenti di primo grado (sorelle, madri, figlie) hanno un rischio aumentato da due a tre volte rispetto alla popolazione generale. Il 5% delle pazienti con carcinoma della mammella può avere ereditato un'alterazione cromosomica specifica che contribuisce allo sviluppo della neoplasia. Una mutazione puntiforme del gene soppressore p53 sul cromosoma 17 indica quali individui affetti da sindrome di Li-Fraumeni svilupperanno uno o più tra i sei differenti tumori, fra i quali anche il carcinoma della mammella. Studi correlati hanno altresì dimostrato un'associazione fra la

perdita di eterozigosi sul cromosoma 17q e la sindrome “carcinoma della mammella-ovaio”. Questo gene (BRCA1) è meno conosciuto, ma probabilmente la sua penetranza è alta, intorno all’85% . Queste due alterazioni geniche sono coinvolte soltanto in pochissimi casi di tumore mammario, e non è possibile garantire lo screening di routine per donne che non abbiano una storia familiare significativa per questa patologia (Garber, 1991). Si consiglia pertanto alle donne con storia familiare di carcinoma mammario di sottoporsi a specifici esami del sangue per verificare se abbiano o meno ereditato una modificazione dei geni BRCA1 o BRCA2, che appunto farebbe moltiplicare il rischio a cui sono soggette. Comunque, conoscere l’esistenza di modificazioni nei propri geni potrebbe aiutare a prendere decisioni consapevoli sul proprio comportamento, sia dal punto di vista medico che personale e influenzare anche la vita lavorativa (Moore, 1983).

Fattori endocrini: menarca precoce, menopausa tardiva, nulliparità ed età tardiva alla prima gravidanza sembrano essere indipendentemente associate ad un aumento di incidenza del carcinoma mammario. Dato che l’attività e l’attività sportiva possono influenzare l’età del menarca e la regolarità mestruale, è stato suggerito che questo effetto della dieta e della attività sportiva possa spiegare, almeno in parte, variazioni nell’incidenza del carcinoma mammario tra le donne con differente stile di vita. L’età della prima gravidanza a termine è un determinante del rischio più importante rispetto al numero di gravidanze. Il rischio di carcinoma mammario è attualmente più alto tra le donne con prima gravidanza dopo i 30 anni rispetto alle donne nullipare, il che suggerisce che la gravidanza precoce sia protettiva, mentre la gravidanza tardiva potrebbe favorire lo sviluppo della malattia (Romieu et al., 1990). L’uso degli estrogeni aumenta il rischio per il carcinoma dell’endometrio, ma questo può essere ridotto dal concomitante o sequenziale uso di progestinici nella TES. Al contrario i progestinici non hanno un effetto simile nel ridurre il rischio per il carcinoma della mammella, che può perfino aumentare (Dupont, Page, 1985).

Fattori ambientali: l'incidenza del carcinoma mammario varia ampiamente nelle varie parti del mondo e i livelli più alti si registrano nei paesi occidentali e nelle regioni maggiormente sviluppate. L'incidenza più bassa si verifica tra gli asiatici, ma sia gli immigrati che donne giapponesi di seconda generazione emigrate nelle Hawaii e nel sud della California hanno un aumentato rischio di sviluppare un carcinoma mammario. La ricerca di fattori ambientali che possano spiegare questo fenomeno è stata concentrata sulla dieta e specialmente sull'assunzione di grassi. Vi è una buona correlazione tra la variazione internazionale di assunzione di grassi nella dieta e l'incidenza di carcinoma mammario; ratti alimentati con diete ricche di grassi hanno una maggiore tendenza a sviluppare tumori mammari. Tuttavia gli studi epidemiologici non sono finora riusciti a dimostrare un'associazione significativa tra grassi nella dieta e sviluppo di carcinoma mammario. Donne in postmenopausa obese hanno un rischio aumentato di carcinoma mammario. L'assunzione moderata di alcol è stata ripetutamente dimostrata con associata a un rischio aumentato dal 40% al 60%, anche se la spiegazione di ciò non è chiara. Mentre i punti di evidenza circostanziale che legano fattori ambientali e il rischio di carcinoma mammario sono numerosi, però nessuno è sufficientemente ben determinato da consigliare vivamente alle donne di cambiare in qualche modo particolare il loro stile vita. Naturalmente la raccomandazione di ridurre l'assunzione di grassi e di mantenere un peso corporeo ideale può essere prudente dati gli effetti favorevoli su altri organi, anche se il vantaggio nel ridurre il rischio è discutibile (Henderson, 1990).

4. Prevenzione

Nell'ambito della prevenzione oggi è possibile ottenere due grandi obiettivi: ridurre il rischio di sviluppare un tumore della mammella (prevenzione primaria) e favorire la possibilità di una diagnosi precoce (prevenzione secondaria), con conseguente trattamento più conservativo ed elevate possibilità di guarigione. Lo screening senologico, promosso dal Ministero della Salute è il metodo preventivo

più importante; ed esso si basa sull'esecuzione di una mammografia biennale, anche se la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna. Questo metodo riesce ad incidere sulla mortalità per carcinoma alla mammella per il 20-30%. Lo screening va effettuato sulla popolazione femminile compresa tra i 50 ed i 69 anni, mentre è ancora dubbia la reale utilità al di sotto e al di sopra dei due limiti di età. Pertanto le donne tra i 40 e i 49 e le ultrasessantenni che potrebbero essere sottoposte a periodico esame di screening dovrebbero essere informate circa i dubbi riguardanti l'esame mammografico in queste fasce di età. Di fatto le divergenze circa l'impiego della mammografia come metodo di screening riguardano non solo il suo ruolo in donne al di sotto dei 50 anni e al di sopra dei 69 anni di età, ma anche la frequenza ottimale dell'indagine e i benefici che può apportare rispetto al solo esame obiettivo (Eddy, 1989). Nonostante le controversie, la mammografia rimane senza dubbio l'indagine che attualmente assicura la più elevata accuratezza diagnostica nei processi neoplastici maligni e benigni della mammella. In linea generale tale esame trova indicazione quando occorre precisare la sede, la forma, il volume, i limiti e i rapporti di un processo patologico. Inoltre la mammografia è particolarmente utile nella ricerca di eventuali piccole lesioni neoplastiche in fase iniziale, ovvero in mammelle voluminose e con notevole componente di tessuto adiposo e pertanto difficili da diagnosticare o identificare con la palpazione. Le forme tumorali maligne di prevalente interesse mammografico sono rappresentate dal carcinoma papillare intraduttale, dal carcinoma solido, dall'adenocarcinoma e dal carcinoma gelatinoso. La diagnosi mammografica di tutti questi tumori si basa su segni diretti e su segni indiretti. Segni diretti sono rappresentati da opacità nodulari di varia densità a contorni irregolari e sfrangiati. Segni indiretti possono, invece, essere l'ispessimento o la retrazione della cute o del capezzolo, l'aumento di calibro dei vasi, la presenza di microcalcificazioni irregolari distribuite nelle compagne del tessuto neoplastico (Zanella, Tucci, 1997). Naturalmente se l'esame clinico della mammella determina qualche sospetto, deve essere effettuata subito una biopsia.

Oltre alla mammografia può essere utile ai fini di una diagnosi precoce l'autopalpazione mensile per tutte le donne sopra i vent'anni. L'autopalpazione è una tecnica che consente alla donna di individuare precocemente eventuali trasformazioni del proprio seno e dovrebbe essere sistematicamente praticata nei giorni successivi al flusso mestruale, quando la mammella è meno turgida. L'esame tende alla ricerca di segni precoci sospetti come l'assimmetria delle mammelle, la retrazione della cute o del capezzolo o sue eventuali secrezioni sierose od ematiche e l'eventuale presenza di noduli. I tumori che compaiono nelle pazienti che effettuano regolarmente l'autopalpazione sono in media più piccoli rispetto a quelli di pazienti che non vi si sottopongono. Nonostante il solo effetto negativo dell'autopalpazione sembri essere l'aumento dell'ansia in alcune donne, per ora non è stato ancora evidenziato in appropriati studi clinici la sua reale efficacia nel diminuire la mortalità per carcinoma mammario (Chu, 1988). Questo significa che la tecnica dell'autopalpazione costituisce un di più rispetto al solo esame obiettivo e alla mammografia a partire dall'età consigliata, ma non può sostituirli. Inoltre, al di fuori di queste tecniche, anche un costante esercizio fisico e una alimentazione ricca di vegetali e povera di grassi possono contribuire a ridurre il rischio di sviluppare un tumore al seno.

5. Sintomatologia

Il tumore della mammella può inizialmente essere rappresentato da un gruppo di cellule anomale che formano un nodulo di pochi millimetri oppure un focolaio di microcalcificazioni. Queste lesioni iniziali, in genere, non provocano dolore perché totalmente asintomatiche e spesso possono anche non essere evidenziate dal più scrupoloso esame clinico. Tuttavia, mentre le microcalcificazioni possono diventare piuttosto estese senza dare nessun segno di sé, il nodulo invece con l'aumentare del tempo diventa palpabile o addirittura visibile (Dionigi, 2004). Le donne infatti toccandosi il seno riscontrano la presenza di una pallina o una placca dura di consistenza diversa da quella normale. Di fatto, però, la maggior parte dei

carcinomi mammari non dà segni di sé e la sua presenza viene evidenziata solo dopo un esame mammografico; nella donna giovane, tra i 30 e i 45 anni, con l'aiuto anche dell'ecografia. Grazie, infatti, all'avvento della tecnica della mammografia, la malattia può essere spesso diagnosticata prima che compaia una vera e propria sintomatologia. Qualora, però, siano già presenti metastasi linfonodali, è talvolta possibile palpare i linfonodi interessati, in particolare a livello ascellare o sopraclavicolare. Il carcinoma mammario metastatico può causare a seconda della localizzazione sintomi differenti quali forte dolore, tosse, insufficienza epatica, ulcerazioni, ipertensione endocranica con cefalea, nausea e vomito. I siti più comuni in cui possono apparire le metastasi sono le ossa, il fegato, il polmone e il cervello (Bonadonna, Robustelli, Valagussa, 2007).

In alcuni casi il carcinoma si associa ad infiammazione del tessuto mammario con coinvolgimento della rete linfatica, provocando arrossamento della cute, senso di tensione e aumento di volume della mammella: questo quadro clinico prende il nome di carcinoma mammario infiammatorio, che è una forma tumorale rara. Alcuni segni si possono evidenziare a livello del capezzolo: esso si può retrarre fino a introflettersi, oppure essere interessato da un eczema, o secernere goccioline di sangue (Dionigi, 2004). Una secrezione sierosa o colorata, invece, non deve in genere allarmare, anche se va sottoposta a valutazione clinica. Alcune patologie benigne della mammella, come la mastopatia fibrocistica, la mastalgia funzionale e il fibroadenoma sono in varia misura associate a una aumentata incidenza di carcinoma mammario e la comparsa di ogni nuovo sintomo deve essere attentamente segnalata dai pazienti e valutata dai medici in quanto può rappresentare il primo segno di comparsa della malattia, a qualunque età (Robbins, Cotran, 2008).

La donna sintomatica presenta sintomi e segni clinici diversi a seconda che si trovi nella fase premenopausale o postmenopausale. Nella prima le alterazioni morfofunzionali indotte dalle influenze ormonali e dalle loro modificazioni cicliche configurano uno spettro praticamente illimitato di situazioni cliniche. Si parte, infatti, da quadri minimi come ³¹ quello di mammelle caratterizzate

semplicemente da una configurazione ghiandolare più ricca e densa di quella abituale fino a quadri conclamati, che comprendono la formazione di grosse cisti. Nella donna in premenopausa la presenza di dubbi e di incertezze interpretative, l'evocazione di falsi allarmi e la potenziale richiesta di prestazioni diagnostiche è molto rilevante, ma quantitativamente sproporzionata rispetto alla comparsa di allarmi veri e propri, sostenuti più spesso dalla presenza di una massa clinicamente dubbia o sospetta. Nella donna in postmenopausa la scena dei sintomi e dei segni clinici cambia radicalmente. Scompare, infatti, la serie di falsi allarmi o d'incertezze evocate dalle alterazioni morfofunzionali cliniche e la maggior parte dei segni e dei sintomi rilevati dalla donna rappresentano veri allarmi in senso oncologico. Dunque il carcinoma mammario viene spesso descritto con margini irregolari (duro o fisso, noduli o masse indolori), perché in effetti esso può assumere qualsiasi forma e consistenza. Per questa ragione ogni massa, lesione o ispessimento che distintamente diverso dal tessuto circostante o dominante deve mettere in allerta qualsiasi donna ed essere valutata più attentamente dallo specialista.

6. Storia naturale del carcinoma mammario

La storia naturale del carcinoma è caratterizzata da lunga durata e marcata eterogeneità. La sopravvivenza media delle pazienti che rifiutano il trattamento è tra 2,5 e 3 anni, ma la sopravvivenza di una paziente non trattata può essere maggiore di 20 anni. Il carcinoma mammario è certamente tra i tumori a più lenta crescita ed è stato valutato che in media il tumore si raddoppia circa tre volte per anno. Se questo si applica al periodo preclinico o prediagnostico della crescita tumorale, la media dei carcinomi mammari richiede 10 anni o più per crescere da una singola cellula a 1 cm, il diametro al quale può essere precocemente diagnosticato dalla maggior parte delle pazienti o dal medico. Presumibilmente le metastasi possono verificarsi durante la maggior parte di questo periodo preclinico, ma probabilmente con maggior³² frequenza durante gli ultimi 3 o 4 anni

della crescita preclinica, quando la massa tumorale aumenta da 10 a più di 10 cellule (Harris, 1992). Micrometastasi non diagnosticabili clinicamente sono presenti, al momento della diagnosi, in una percentuale considerevole di pazienti portatrici di neoplasia mammaria. Se venissero trattate con sola terapia locale (chirurgia e/o radioterapia), anche se condotta in maniera ottimale, queste pazienti morirebbero comunque. La diagnosi precoce con mammografia, invece, aumenta la sopravvivenza di queste pazienti poiché il tumore metastatizza tardivamente nel decorso preclinico. Poiché il tasso di crescita della malattia è così variabile, i confronti degli effetti del trattamento, anche in gruppi ben definiti di pazienti, sono spesso errati, a meno che i gruppi di trattamento siano stati definiti in ampi studi clinici randomizzati (Henderdson, 1990).

La storia naturale delle neoplasie della mammella è oggi contraddistinta in modo particolare da due teorie. Secondo la prima, esiste una gradualità delle lesioni proliferative mammarie che vanno dall'epitelio normale al carcinoma situ. Questi dati sembrerebbero confermati da studi che hanno dimostrato sia la presenza di aree di carcinoma nell'ambito di lesioni mammarie iperplastiche atipiche, che lo sviluppo di linee cellulari neoplastiche, coltivando in vitro cellule provenienti da lesioni iperplastiche. Successivamente il tumore si diffonderebbe ai linfonodi e solo in una terza fase raggiungerebbe gli organi a distanza. Ciò ha indotto molti chirurghi a privilegiare atteggiamenti demolitivi più ampi possibili quando la malattia appaia confinata entro i limiti della ragione. Tale concezione viene invece contrapposta ad una teoria che privilegia gli aspetti biologici della neoplasia, considerata come una malattia sistemica, che coinvolgerebbe una complessa serie di intenzioni immunologiche locali e generali. Per tale motivo l'intervento chirurgico deve essere modulato ed adattato, in termini di exeresi, allo stadio della neoplasia e in secondo luogo all'impiego della terapia radiante e della chemioterapia a integrazione della chirurgia (Zanella, Tucci, 1997).

7. Forme di carcinomi mammari

La maggior parte dei carcinomi insorge nelle unità dotti-lobulari (UTDL) e successivamente, per meccanismi ancora non ben noti, dà luogo a tumori diversi, non solo per la loro morfologia, ma anche per il loro comportamento biologico. Un tumore maligno si può, infatti, diffondere attraverso il circolo linfatico ai linfonodi, e attraverso il sangue ad altri organi e tessuti distanti dalla sede d'origine, riproducendo noduli tumorali. Queste lesioni secondarie prendono il nome di metastasi anche se il tumore che si diffonde altrove mantiene lo stesso nome di quello originale. Si parla in questo caso di tumore della mammella metastatico, anche se il tumore secondario si trova in un altro organo (Dionigi, 2004).

Il più comune tipo di cancro della mammella è chiamato carcinoma duttale, che ha origine nel rivestimento dei dotti. Il carcinoma lobulare, un'altra variante, si forma invece nei lobuli. Per entrambi i tipi si riconoscono una forma in situ, decisamente non invasiva, e una forma infiltrante, totalmente invasiva. I carcinomi non invasivi sono tutti quei tumori che, pur presentando le caratteristiche istopatologiche della malignità, hanno un lento accrescimento rimanendo confinati all'epitelio prima di infiltrare lo stroma, mentre i carcinomi invasivi sono quei tumori della mammella nei quali è presente un'invasione stromale (Henderson, 1995).

Appartenenti alla categoria non invasiva sono appunto il carcinoma duttale in situ (CIS) e il carcinoma lobulare in situ.

- Il *carcinoma duttale in situ* costituisce l'1% dei carcinomi della mammella, ma tale incidenza sembra essere in aumento in epoca recente. Questo tumore origina dall'epitelio dei dotti ed inizialmente non tende a infiltrare lo stroma circostante, ma esiste la probabilità di evoluzione in carcinoma duttale infiltrante nel 40% dei casi. È spesso pluricentrico, come dimostrato dalla presenza di recidiva, dopo asportazione parziale della mammella, o dalla bilateralità come osservato in alcuni casi. La diagnosi di carcinoma duttale

non infiltrante avviene spesso casualmente nel corso di un esame istologico per interventi di iperplasia benigna.

- Il *carcinoma lobulare in situ* rappresenta, invece, nella maggior parte dei casi, un reperto istologico accidentale, associato ad altre lesioni benigne e maligne della mammella. È multicentrico nel 70% dei casi e bilaterale in circa il 20-40% dei casi. Istologicamente il tumore origina da piccoli dotti terminali della ghiandola, che vengono distesi ed oblitterati da grappoli di cellule piccole e anaplastiche con un alto grado nucleare. La prognosi del carcinoma lobulare in situ è correlata all'eventuale insorgenza del carcinoma invasivo e circa un terzo delle pazienti con carcinoma lobulare in situ accertato, all'esame bioptico sviluppa un carcinoma invasivo (Schnitt et al., 1988).

Fanno parte invece della categoria invasiva i carcinoma duttale infiltrante, il carcinoma midollare, il carcinoma tubulare, il carcinoma mucinoso o colloide, il carcinoma papillare infiltrante, il carcinoma lobulare infiltrante, il carcinoma infiammatorio e la malattia di Paget.

- Il *carcinoma duttale infiltrante* è il tumore più comune che da solo rappresenta il 75% di tutti i cancri della mammella. È definito NOS (*not otherwise specified*) in quanto non presenta alcuna peculiarità istologica. Sono compresi in questo gruppo la gran parte dei tumori con una reazione desmoplastica produttiva, quelli scirrosi e le forme a comedone. La neoplasia si presenta di consistenza duro-ligneo con margini prevalentemente irregolari e dentellati, offrendo al taglio una notevole resistenza con sensazione di stridore. Istologicamente rivela una proliferazione irregolare di cellule epiteliali maligne scarsamente differenziate con scarsa tendenza alla necrosi. Lo stroma è in genere abbondante, spesso in evoluzione verso la fibrosi. C'è una rapida diffusione linfatica attraverso il tessuto mammario con una metastatizzazione ai linfonodi ascellari.
- Il *carcinoma midollare* costituisce il 5-7% di tutti i carcinomi mammari, si manifesta come una lesione circoscritta che raggiunge grosse dimensioni, in media 3-4 cm di diametro. Situato,³⁵ di solito, profondamente nei quadranti

superiori della mammella, è di consistenza molle, con estese aree di necrosi. Istologicamente presenta grosse cellule rotondeggianti o poligonali con citoplasma abbondante e grandi nuclei. Questo tumore è caratterizzato dalla presenza di un diffuso infiltrato di piccoli linfociti e talora di plasmacellule. Nonostante la scarsa differenziazione cellulare, presenta capacità infiltrative moderate con scarsa tendenza ad invadere i linfonodi.

- Il *carcinoma tubulare* è un carcinoma ad alto grado di differenziazione e si riscontra in forma pura nell'1% dei casi, ma può essere associato ad altre forme istologiche. Presenta una spiccata struttura microghiandolare o tubulare tipicamente rivestita da un epitelio monostratificato ben differenziato, lo stroma è in genere fibroso denso e talora contiene sostanza amiloide. Scarsa è la tendenza a dare metastasi, per cui la prognosi è la migliore fra i carcinomi duttali infiltranti.
- Il *carcinoma mucinoso o colloide* comprende all'incirca il 3% di tutti i carcinomi mammari (Veronesi et al., 1984). Compare in età più avanzata rispetto all'età media dei carcinomi mammari e con una storia preoperatoria di lunga durata. È un tumore a lenta crescita che può raggiungere grosse dimensioni, alla palpazione si apprezza una massa ben definita di consistenza molle. Le lesioni appaiono di colorito rosso-bruno con presenza di materiale gelatinoso sulla superficie di taglio. La prognosi di questa neoplasia tende ad essere migliore.
- Il *carcinoma papillare infiltrante* è un tumore raro che non supera l'1% dei casi; insorge più frequentemente nella metà inferiore della mammella. Rappresenta molto probabilmente uno stadio più tardivo o una forma più aggressiva della lesione papillare non infiltrante. L'evoluzione è lenta e può raggiungere notevoli dimensioni prima di dare metastasi ai linfonodi ascellari che presentano anch'esse il caratteristico aspetto papillare. La prognosi è eccellente dopo la terapia chirurgica.
- Il *carcinoma lobulare infiltrante* costituisce il 5-10% dei casi di carcinoma mammario. Origina dalle cellule degli³⁶ acini e dai piccoli dotti terminali della

ghiandola, sede di focolai di carcinoma lobulare in situ. Nella sua forma più caratteristica il carcinoma lobulare infiltrante è costituito da cellule neoplastiche piccole e relativamente uniformi disposte a fila indiana delimitate da uno stroma abbondante con aspetto denso fibroso. Difficile è la distinzione del tumore infiltrante con il carcinoma duttale (Zanella, Tucci, 1997).

- Il *carcinoma infiammatorio* (mastite carcinomatosa) è un tumore frequentemente osservato in giovani donne con mammella voluminose o durante la gravidanza o nel periodo dell'allattamento. È un'entità che trova riscontro solamente sul piano clinico non essendo riferibile ad alcun particolare tipo istologico. La mammella interessata da tale neoplasia si presenta aumentata di volume e di consistenza, con intenso edema, arrossamento della cute e aumento del calore rilevabile al termotatto. Istologicamente è possibile evidenziare cellule neoplastiche indifferenziate nei linfatici intradermici con il quadro della linfagite ostruttiva. La prognosi è quasi sempre infausta in quanto la maggior parte delle pazienti, al momento della diagnosi, presentano una diffusione metastatica regionale, ai linfonodi ascellari e sovraclaveari e a distanza.
- La *malattia di Paget* rappresenta un'entità particolare la cui istogenesi non ancora completamente chiarita è spesso associata ad altre forme di carcinoma mammari. Questo tipo di neoplasia colpisce l'1-4% di tutte le pazienti affette da cancro della mammella. Clinicamente la paziente riferisce una lunga storia di alterazioni eczematoidi del capezzolo con prurito, bruciore e sanguinamento locale con intertessamento anche dell'areola e della cute circostante. In effetti questa manifestazione clinica è secondaria all'insorgenza di un carcinoma primitivo dei dotti mammari del capezzolo, con successiva invasione cutanea, che nei due terzi delle pazienti è palpabile. La diagnosi è possibile mediante l'esame citologico delle cellule ottenute per apposizione diretta sull'ulcerazione cutanea. Istologicamente l'epitelio del capezzolo contiene nidi di cellule tumorali con abbondante citoplasma chiaro con doppio nucleo. La

prognosi di tale neoplasia è legata al tipo istologico di carcinoma ad essa associato (Veronesi et al., 1984).

8. Stadiazione clinica

Sebbene la gran parte dei tumori della mammella sia a partenza dall'epitelio dei dotti o dalle cellule dei lobuli, esiste comunque, per ciascuna donna, un'ampia variazione nel loro accrescimento che influisce sulla prognosi complessiva. Anche se con qualche eccezione, la maggior parte dei tumori della mammella si sviluppa inizialmente all'interno di un dotto. In una fase successiva, man mano che il tumore aumenta di volume, si infiltra nello stroma periduttale, raggiunge le strutture linfatiche e vascolari e infine diffonde ai linfonodi ascellari o ad altre stazioni linfatiche e agli organi a distanza.

Nel tentativo di meglio comprendere e trattare il cancro della mammella, è stato proposto di raggruppare le lesioni nelle loro diverse fasi di accrescimento, mediante stadi, al momento della diagnosi. In questo modo i cancri della mammella possono essere facilmente inquadrati per il loro sviluppo all'interno della mammella (*diffusione locale*), per l'interessamento neoplastico ed il carattere dei linfonodi ascellari regionali (*diffusione regionale*), e per lo stato delle restanti strutture dell'organismo in termini di metastasi (*diffusione a distanza*). La stadiazione è un importante, ma spesso trascurato, aspetto di valutazione in presenza di un tumore della mammella in quanto serve a raggruppare i pazienti in base all'estensione della malattia, a paragonare i risultati dei diversi protocolli terapeutici, a formulare un più accurato giudizio prognostico (Zanella, Tucci, 1997) e a identificare per esempio quelle pazienti che probabilmente non trarranno vantaggio dal trattamento con mastectomia. Infatti, sebbene le pazienti con grossi tumori e adenopatie ascellari palpabili abbiano una prognosi peggiore a breve termine, le sole pazienti a cui non viene consigliata la mastectomia sono quelle con segni di malattia localmente avanzata (Henderson, 1995).

Diversi sistemi di stadiazione sono stati proposti nel corso degli anni, ma quello più seguito è il TNM, che si basa sulla valutazione dei tre elementi

principali della malattia: tumore primitivo (T), linfonodi regionali (N), metastasi a distanza (M). Per quanto riguarda il tumore primitivo, deve essere considerata la sua sede di insorgenza nella mammella, i rapporti con la cute e parete toracica; i linfonodi regionali sono quelli dell'ascella anche se il drenaggio linfatico della mammella comprende la catena della mammaria interna e i linfonodi lungo i dotti che attraversano i muscoli pettorali. La presenza di cellule neoplastiche nei linfonodi sopraclavicolari o il coinvolgimento di qualsiasi altro gruppo linfonodale, compreso quello della mammaria interna, deve essere considerato come una metastasi a distanza. La stadiazione del cancro mammario è inizialmente clinica, formulata sulla base dell'esame obiettivo (ispezione e palpazione) e degli esami radiologici (mammografia) e successivamente istopatologia. I carcinomi sono stati suddivisi in tre gradi istologici di malignità osservando l'entità di formazione dei tubuli, la dimensione delle cellule e dei nuclei l'entità dell'ipercromatismo e il numero delle mitosi. I tumori con un basso grado di malignità sono stati definiti di grado I, mentre quelli con alto grado di malignità appartengono al grado III. Tuttavia un'accurata descrizione del tumore della paziente, una precisa misurazione del diametro tumorale e una semplice elencazione del numero dei linfonodi istologicamente positivi determinerà una più accurata descrizione dello stadio rispetto all'uso delle categorie di stadiazione I-IV (Zanella, Tucci, 1997).

9. Carcinoma mammario e possibile recidiva

Il carcinoma mammario, come gran parte dei tumori, comporta un alto rischio di recidiva. Tuttavia sappiamo che oggi, per fortuna, la medicina con i suoi numerosi progressi può vantare nella lotta al tumore al seno un risultato molto positivo, anche nella malaugurata ipotesi che esso si ripresenti. I dati epidemiologici mostrano che le donne a più alto rischio di sviluppare un carcinoma sono sicuramente quelle che lo hanno già avuto. Il rischio è per l'intera vita e si manifesta a un tasso dello 0,5-1% per anno di follow-up. I dati, inoltre,

evidenziano che le donne che consumano alcolici, che sono in post-menopausa, in sovrappeso o che hanno più di tre linfonodi in metastasi hanno un 30% di rischio in più, rispetto alle altre, di sviluppare di nuovo un tumore al seno (Henderson et al., 1989).

Quando il tumore al seno si ripresenta, si tratta in genere di una ricrescita del tumore inizialmente diagnosticato. A volte, infatti, può capitare che una piccolissima quantità di cellule non venga distrutta ed essendo troppo piccola per essere rilevata dai raggi X, continua a crescere nel tempo fino a raggiungere dimensioni tali da poter essere percepita al tatto o rilevata tramite radiografia. A questo punto le cellule possono causare sintomi nel punto originale del tumore o in qualche altra parte del corpo, sotto forma di metastasi. Può accadere anche che vengano diagnosticati carcinomi concomitanti in entrambe le mammelle, anche se ciò, fortunatamente, è possibile solo in circa il 4% delle pazienti. Tuttavia la prognosi di una paziente con due tumori, sia concomitanti che consecutivi, non è da ritenersi considerevolmente peggiore rispetto a quella di una paziente con un solo tumore (McGuire, Clark, 1992).

Solitamente il tumore ritorna entro i primi cinque anni dopo il trattamento anche se sembra che un terzo di tutte le recidive si verifica anche dopo cinque anni. Comunque, in genere, il tempo medio perché si sviluppi una recidiva a livello locale o regionale dopo la terapia iniziale è di tre anni, mentre il tempo medio per una recidiva in un punto distante è, invece, di due anni. Ovviamente maggiore sarà l'intervallo tra il primo tumore e la ricaduta, migliore sarà anche la prognosi. Poiché che il tumore con il peggior stadio clinico e patologico determina la prognosi globale della paziente, le pazienti con una buona prognosi dopo la prima diagnosi dovrebbero essere accuratamente monitorate per la possibilità di insorgenza di un secondo carcinoma, che dovrebbe essere diagnosticato il più precocemente possibile. Resta, quindi, fondamentale la diagnosi precoce del primo tumore perché se all'epoca il tumore era stato identificato quando ancora era di dimensioni contenute anche la ricaduta sarà più facilmente curabile (Giordano et al., 2004).

Il trattamento di una recidiva, in genere, varia da un terapia localizzata per le pazienti a basso rischio ad una sistemica per quelle ad alto rischio, anche se, in questi casi, molti medici optano per la mastectomia, proprio grazie alla sua efficacia nel rimuovere le cellule tumorali e perché rende improbabile che il tumore al seno si ripresenti. In caso di ripresa locoregionale l'approccio terapeutico prevede l'integrazione della chirurgia, della radioterapia e della chemioterapia in funzione dell'entità della recidiva, delle condizioni generali della paziente, della presenza o meno di comorbidità e ovviamente delle terapie eseguite in precedenza: in caso di recidiva dopo chirurgia conservativa e radioterapia, è indicata la mastectomia totale; in caso di recidiva dopo sola chirurgia conservativa può essere eseguita l'escissione della lesione seguita da radioterapia oppure ricorrere alla mastectomia totale; in caso di recidiva sulla parete o a livello linfonodale dopo mastectomia, l'approccio ottimale è rappresentato dalla asportazione chirurgica della lesione associata ad ormonoterapia e/o radioterapia.

Nel caso di comparsa di metastasi per via ematogena accanto all'esatta definizione delle sedi ed entità delle lesioni, acquista un ruolo fondamentale la valutazione multidimensionale della paziente onde stabilire nella maniera più esatta possibile l'aspettativa di vita. L'età di per sé non controindica l'esecuzione di radioterapia, ormonoterapia e/o chemioterapia e le indicazioni sono uguali a quelle dei soggetti più giovani. Nel trattamento delle metastasi ossee la radioterapia e l'ormonoterapia si lasciano preferire alla chemioterapia. La radioterapia può essere eseguita utilizzando frazionamenti alternati o addirittura un'unica frazione per venire incontro alle esigenze della paziente senza peraltro perdere in efficacia (Hortobagyi, 1998).

È comunque importante che ogni paziente di fronte ad un tumore al seno ed eventualmente ad una recidiva non perda mai la speranza, perché c'è sempre qualcosa o qualcuno che può offrirgli un aiuto determinate nell'affrontare la difficile situazione, che si tratti dei vantaggi del trattamento, dell'amore di

familiari ed amici o più semplicemente del sostegno che può arrivare da altre donne nella stessa condizione.

Appendice

Staging TNM delle neoplasie della mammella

Si riporta una sintesi della classificazione clinica TNM per le neoplasie della mammella.

T	Tumore primitivo
TX	Tumore primitivo non definito
T0	non segni di tumore primitivo
Tis	carcinoma in situ, intraduttale o lobulare in situ o malattia di Paget del capezzolo senza tumore evidenziabile
T1a	< 0,5 cm nella dimensione massima
T1b	Tra 0,5 e 1 cm nella dimensione massima
T1c	Tra 1 e 2 cm nella dimensione massima
T2	Tra 2 e 5 cm nella dimensione massima
T3	> 5 cm nella dimensione massima
T4a	qualunque dimensione, ma con estensione diretta a cute o alla parete toracica la parete toracica comprende: coste, muscoli intercostali, muscolo dentato anteriore (muscoli pettorali esclusi)
T4b	Edema (cute a buccia d'arancia) o ulcerazione della cute o noduli cutanei satelliti
T4c	Simultanea presenza dei segni di T4a e T4b
T4d	Carcinoma infiammatorio aspetto erisipelatoide della cute anche senza una massa palpabile sottostante se la biopsia cutanea è negativa e la massa è assente = pTX

Nella classificazione pT si considera, come dimensione del tumore, la componente invasiva: es. componente in situ 3 cm + 0.5 cm invasione = pT1a ; l'affondamento della cute e la retrazione del capezzolo (eccetto quelle di T4) non modificano la stadiazione T1, T2 o T3

I linfonodi regionali sono:

1. ascellari omolaterali e interpettorali (di Rotter) divisibili a loro volta nei seguenti livelli:

- a) 1° livello (ascella inferiore): linfonodi laterali rispetto al margine laterale del muscolo picco pettorale;
 - b) 2° livello (ascella media): linfonodi compresi tra il margine mediale e laterale del muscolo picco pettorale e linfonodi interpettorali di Rotter;
 - c) 3° livello (ascella superiore): linfonodi mediali rispetto al margine mediale del muscolo picco pettorale, linfonodi sottoclavicolari, infraclavicolari o apicali.
2. mammari interni. I linfonodi intramammari sono a tutti gli effetti da considerare tra i linfonodi ascellari.

La localizzazione della malattia in ogni altro linfonodo (sopraclaveari, cervicali, mammari interni controlaterali) viene considerata come metastasi a distanza.

N	linfonodi regionali
NX	i L. regionali non possono essere definiti
N0	Assenza di metastasi
N1	metastasi ai L. ascellari omolaterali mobili
N2	metastasi ai L. ascellari omolaterali, ma fisse tra loro o ad altre strutture
N3	metastasi ai L. mammari interni

Per quanto riguarda le metastasi a distanza si applica il seguente schema:

M	metastasi a distanza
MX	metastasi a distanza non accertabili
M0	metastasi a distanza assenti
M1	metastasi a distanza presenti compresi L. sopraclavicolari

La stadiazione viene dunque compiuta seguendo lo schema in tabella:

stadio	T	N	M
stadio 0	Tis	N0	M0
stadio 1	T1	N0	M0
stadio 2A	T0	N1	M0

	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
stadio 2B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
stadio 3A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1 o N2	M0
stadio 3B	T4	ogni N	M0
	ogni T	N3	M0
stadio 4	ogni T	ogni N	M1

Sintesi della stadiazione:

	T0	T1	T2	T3	T4
N0		stadio 1	stadio 2 A	stadio 2	stadio 3 B
N1	stadio 2 A	stadio 2 A	stadio 2 B	stadio 3 A	stadio 3 B
N2	stadio 3 A	stadio 3 A	stadio 3 A	stadio 3 A	stadio 3 B

Classificazione patologica

pT corrisponde alla categoria T

pN normalmente vengono repertati almeno 6 linfonodi

pM corrisponde alla categoria M

pNX	L. non definiti (non prelevati o già rimossi)
pN0	Metastasi assenti
pN1a	micrometastasi < 0.2 mm nella dimensione massima
pN1b	Metastasi > 0.2 mm nella dimensione massima
pN1b ₁ [°]	interessati 1-3 L. con dimensioni tra 0.2 mm e 2 cm nella dimensione massima
pN1b ₂ [°]	interessati più di 4 L. con dimensioni tra 0.2 mm e 2 cm nella dimensione massima
pN1b ₃ [°]	L. < 2 cm nella dimensione massima, ma con estensione oltre la capsula linfonodale
pN1b ₄ [°]	dimensione massima di un L. > 2 cm

pN2	L. fissi tra loro o ad altre strutture
pN3	L. mammari interni

Classificazione R

Viene compresa in questa categoria la presenza di residui dopo trattamento:

RX	residui tumorali non accertabili
R0	residui assenti
R1	residui microscopici
R2	residui macroscopici

http://www.discat.unige.it/chirurg/nuno_38.htm

Capitolo 3

Trattamento

1. Tumore della mammella e trattamento: cenni storici

Il *tumore della mammella* non è comparso, come molti credono, con la civiltà moderna, ma è sempre esistito. Della patologia si ha, infatti, testimonianza nel più antico documento medico dell'umanità in nostro possesso, ossia il papiro egizio di Edwin Smith (3000 a.C.). In questo papiro a contenuto prevalentemente chirurgico, vi sono otto casi di tumori o ulcere della mammella che venivano trattate mediante cauterizzazione (Pulchinotta, 1989). Nei papiri egiziani prima di Smith (3000 a.C.) e successivamente di Ebers (1500 a.C.), così come nei testi dell'antica medicina indiana e persiana, troviamo riferimenti alle malattie della mammella, mentre i riferimenti al trattamento chirurgico di questo organo si trovano nei palinsesti di Ninive (2250 a.C.).

Le conoscenze, a noi pervenute, sulle terapie e sull'arte chirurgica nell'antichità sono lacunose e incerte. Nel mondo classico Ippocrate spiegò il tumore della mammella con la sua teoria umorale, abbozzando una generica distinzione fra tumori duri e tumori molli. Secondo Ippocrate il cancro era una malattia sistemica causata da un eccesso di bile nera e si poteva manifestare come una forma aperta o ulcerata, per la quale egli raccomandava l'applicazione di paste caustiche, o come una forma chiusa che era meglio non trattare chirurgicamente in quanto comunque fatale. Sulla stessa linea teorica si pose anche il grande medico romano Celso, che però eseguiva la pratica chirurgica di asportazione, solo in casi eccezionali, intervenendo sia sulla massa tumorale che sulle parti circostanti sane. Si deve, però, a Galeno di Pergamo, la prima vera descrizione di un tumore della mammella. Egli infatti coniò a livello diagnostico il significato del termine cancro e del suo trattamento chirurgico. Galeno, partendo

dalla teoria ippocratica, considerò il cancro mammario come una malattia generale aggiungendo però che essa veniva influenzata da un fattore predisponente, diatesi scirrosa, capace di favorire l'eccesso di bile nera. La terapia che prescriveva era coerente con le sue teorie: la malattia dovuta a squilibrio umorale generale andava trattata soprattutto con terapia generale dietetica e igienica. Anche se non riconosceva all'intervento chirurgico nessuna possibilità di guarigione, Galeno, al tumore in sede locale riservava comunque la terapia radicale, da praticare alle prime manifestazioni del tumore, cioè alle prime evidenze cliniche e perciò a uno stadio già avanzato della malattia.

A quei tempi la pratica chirurgica radicale, di per sé brutale e fortemente cruenta come tutte le amputazioni, veniva praticata senza anestesia e senza le più elementari norme igieniche, di conseguenza l'intervento diventava il più delle volte mortale. Anche Parè descrisse il cancro individuandone due specie principali: uno non ulcerato, volgarmente chiamato apostematoso e quasi da tutti gli antichi cancro occulto o larvato, l'altro ulcerato e manifesto. Inoltre secondo l'autore il cancro quando ha sede nella mammella, apporta spesso infiammazione sotto le ascelle o tumefazione delle ghiandole di questa regione. Parè fu quindi il primo ad aver riconosciuto la relazione tra il tumore primitivo e la sua diffusione ai linfonodi.

Solo nel XII secolo fu stabilito un legame tra il carcinoma mammario e i linfonodi dell'ascella. Il chirurgo francese Jean Louis Petit (1674-1750) e quello scozzese Benjamin Bell (1749-1806) furono i primi a rimuovere i linfonodi, il tessuto mammario e la parete muscolare. Una più accurata distinzione fra tumori benigni e tumori maligni della mammella si deve a Marco Aurelio Severino, che nella sua opera descrive il primo adenoma che chiama Glandula. Ritiene, inoltre, che l'asportazione dei tumori benigni può prevenire una loro possibile trasformazione maligna.

Per secoli, i medici hanno descritto casi simili nella loro pratica con la conclusione che non vi fosse trattamento alcuno in grado di guarire da tale malattia. Dunque dopo una prima fase ⁴⁸antica della medicina, quasi interamente

ipotetica dal punto di vista patogenetico, subentra una fase di transizione, rinascimentale, in cui i metodi di osservazione sono ancora embrionali, ma in cui si sviluppano modificazioni essenziali per la conoscenza pratica delle malattie e sulla loro interpretazione teorica. Anche la diagnosi fa piccoli, ma costanti progressi (Pulchinotta, 1989) che portano successivamente a eseguire il primo intervento chirurgico di mastectomia, realizzato nel 1882 da Halsted. Fino agli anni '70 la mastectomia radicale secondo Halsted diviene così il metodo chirurgico più praticato. Successivamente l'affermarsi di alcune tecniche di mastectomia modificata (Patey, Auchincloss, Madden, Handley, Jeis, Jesnick) e di quadrantectomia (Veronesi) con dissezione dei linfonodi ascellari o del solo linfonodo sentinella seguito dalla radioterapia conquistano buona parte della popolarità riservata alla mastectomia secondo Halsted, perché molto meno mutilanti, ma altrettanto capaci di ottenere le medesime percentuali di successo.

2. La terapia chirurgica

Il carcinoma della mammella è generalmente considerato operabile se è tecnicamente possibile rimuovere tutto il tessuto neoplastico, se il tumore non coinvolge o non è diventato fisso alla cute o alle strutture mammarie profonde e se non ha metastatizzato oltre i linfonodi ascellari o della catena mammaria interna (Fisher et al., 1989). L'intervento chirurgico nella maggior parte dei casi è il primo provvedimento terapeutico che viene intrapreso. Esso prevede un tempo mammario, finalizzato ad asportare radicalmente il tumore, e un tempo ascellare, per consentire la valutazione dei linfonodi (N) e asportarli se interessati dal tumore (Dionigi, 2004). Fino a qualche decennio fa la maggior parte dei chirurghi era entusiasta per i risultati eccellenti ottenuti mediante la terapia chirurgica, in particolare la mastectomia radicale che è un intervento che prevede l'asportazione totale della mammella, indipendentemente dallo stadio della malattia. La mastectomia radicale era considerata la terapia standard per questo tipo di neoplasia, anche in considerazione del⁴⁹ fatto che la gran parte delle pazienti si

presentavano con una neoplasia localmente avanzata e si rendeva pertanto necessario un intervento piuttosto demolitivo proprio per rimuovere tumori di grosse dimensioni. Nonostante gli ottimi risultati ottenuti, diverse furono le critiche mosse a questo trattamento chirurgico, sia da parte di chi lo giudicava incompleto, per il fatto che con tale intervento non veniva considerata la catena linfonodale della mammaria interna, sede spesso di metastasi in caso di neoplasia della mammella a carico dei quadranti interni, sia da parte di coloro che invece lo consideravano un trattamento troppo aggressivo e quindi eccessivamente demolitivo e mutilante nel caso di tumori di piccole dimensioni.

Per il primo motivo alcuni chirurghi hanno proposto interventi più estesi come la mastectomia radicale standard, che comprende la rimozione della catena linfonodale lungo l'arteria mammaria interna; per il secondo aspetto, la mastectomia radicale modificata, ha ricevuto più larghi consensi fino al punto da ritenersi oggi la procedura chirurgica più estesa per il cancro della mammella (Zanella, Tucci, 1997). La mastectomia radicale è un intervento chirurgico nella quale la mammella viene rimossa in blocco col muscolo grande e piccolo pettorale e la cute sovrastante, almeno 4 cm da ogni parte della biopsia tumorale; vi è inoltre una resezione in blocco di tutto il tessuto linfatico ascellare, compresi i linfonodi che precedono la vena succlavia. In conseguenza del grave danno estetico determinato da tale procedura, è dubbio se il suo uso sia ancora indicato, dato che lo stesso o addirittura un miglior controllo loco-regionale può essere ottenuto utilizzando la radioterapia aggiunta a procedure chirurgiche meno radicali.

La maggior parte delle forme di mastectomia radicale modificata che lascia intatto il muscolo grande pettorale richiede meno sacrificio di cute e normalmente si associa a una dissezione linfonodale meno estesa. Una mastectomia totale o semplice consiste nell'asportazione della mammella e di una piccola quantità di cute. La mastectomia semplice con dissezione linfonodale è invece approssimativamente analoga a una mastectomia radicale. Le tecniche di conservazione della mammella includono⁵⁰ l'ampia escissione, la tumorectomia o

tilectomia (dal greco *tylos*, massa), la mastectomia segmentaria e la quadrantectomia. Tutte queste richiedono l'asportazione del tumore con il tessuto circostante e differiscono solo per l'estensione del tessuto rimosso. Un'incisione separata sia per un esame dei linfonodi sia per una più completa dissezione linfonodale è possibile con tutte queste procedure (Fisher et al., 1989).

I risultati dei più recenti protocolli sul trattamento conservativo del cancro della mammella hanno evidenziato che non esistono differenze in termini di sopravvivenza a lungo termine, rispetto a quelli ottenuti dopo mastectomia radicale. Inoltre è emerso che la ridotta asportazione chirurgica della mammella e il mancato trattamento radioterapico espongono le pazienti a un considerevole aumento delle recidive locali, rispetto alla mastectomia radicale o alla mastectomia parziale o segmentaria seguita dalla radioterapia (Zanella, Tucci, 1997).

3. Terapie postoperatorie

Il trattamento della mammella può avere intenti curativi per tumori al I, II, e III stadio, mentre è da ritenersi solamente a scopo palliativo, nelle pazienti già precedentemente trattate al IV stadio, che sviluppano metastasi a distanza o recidive locali non più suscettibili di asportazione radicale. L'estensione del tumore della mammella e la sua aggressività biologica rappresentano i principali fattori che condizionano i risultati dopo il trattamento primitivo. La stadiazione clinica, pur consentendo una valutazione di massima della diffusione della malattia, può dimostrarsi estremamente imprecisa. Infatti è opinione ormai consolidata ritenere che il tumore della mammella sia già in forma sistemica al momento del suo trattamento iniziale, come dimostrato dal fatto che circa i due terzi delle pazienti possono manifestare metastasi a distanza dopo e indipendentemente dal tipo di trattamento iniziale.

Oggi la terapia dei tumori, diversamente dal passato, in cui la terapia del cancro della mammella era di pertinenza esclusivamente chirurgica, deve essere concepita con un approccio multimodale dove, oltre alla chirurgia, rivestono un

ruolo altrettanto importante la radioterapia, la chemioterapia e l'ormonoterapia, che sono le cosiddette terapie adiuvanti (Zanella, Tucci, 1997). L'espressione adiuvante significa di aiuto e il termine si riferisce ai trattamenti, utilizzati come supplemento alla terapia chirurgica, che vengono indicati alle donne operate di tumore alla mammella in fase iniziale, per ridurre le possibilità che il tumore si riformi. La parola si riferisce, quindi, a diverse terapie quali la radioterapia, la chemioterapia e la terapia ormonale, somministrate dopo l'intervento.

Esistono due tipi di terapie adiuvanti: i trattamenti locali e i trattamenti sistemici. I *trattamenti locali*, come la radioterapia, che agiscono sulla zona interessata e hanno lo scopo di distruggere le eventuali cellule cancerose ancora presenti localmente, in modo da ridurre il rischio di recidiva. I *trattamenti sistemici*, come la chemioterapia o l'ormonoterapia, che agiscono su tutto l'organismo mirando a distruggere le cellule cancerose che potrebbero trovarsi nel corpo. Le cellule cancerose tendono, infatti, a disseminarsi nel corpo, attraverso il sistema sanguigno o linfatico. I trattamenti sistemici adiuvanti hanno lo scopo di eliminare le cellule disseminate per prevenire la formazione di metastasi in altre parti dell'organismo. Se sono già presenti metastasi in altri organi, un trattamento sistemico può arrestare la progressione della malattia. Esso può anche attenuare disturbi quali dolori, pressione sui vasi sanguigni ecc. e migliorare così la qualità della vita (Anderegg, Lanz, 2006).

La terapia sistemica riducendo l'entità delle metastasi a distanza ha più probabilità rispetto alla terapia locale di raggiungere un controllo a lungo termine della malattia diffusa e di prolungare la sopravvivenza delle pazienti. La terapia locale a sua volta è però più efficace nel ridurre la malattia e dare palliazione dai sintomi in una data sede. La prova che il trattamento locale ha un effetto sulla sopravvivenza viene da vari studi clinici randomizzati di screening mammografico, nei quali è stato dimostrato che la mastectomia precoce determina una più bassa mortalità per carcinoma mammario rispetto alla mastectomia tardiva (Fisher et al., 1989). Dunque una terapia locale, come l'intervento chirurgico, in associazione con i trattamenti sistemici,⁵² quali la radioterapia e l'ormonoterapia,

consentono non solo una migliore sopravvivenza, ma anche una miglior qualità di vita.

4. La radioterapia

La radioterapia, talvolta definita terapia adiuvante locale, è una cura di elevata precisione che consiste nell'applicazione di radiazioni ionizzanti in un determinato distretto del corpo al fine di distruggere le cellule tumorali o rallentarne l'accrescimento. Tutte le donne che hanno effettuato un intervento conservativo devono essere sottoposte a radioterapia sulla mammella operata. Questo perché l'irradiazione consolida il risultato del trattamento chirurgico, distruggendo eventuali gruppi microscopici di cellule tumorali residue presenti nella porzione di mammella risparmiata ed apparentemente sana. Viene così ridotta al minimo la possibilità che il tumore possa recidivare localmente (Dionigi, 2004). La radioterapia applicata dopo una chirurgia conservativa della mammella è spesso chiamata radioterapia primaria. Il trattamento radioterapico viene indicato anche in seguito ad alcuni casi di mastectomia, se i dati evinti dall'esame istologico segnalano un rischio elevato di recidiva. La radioterapia, in questi casi, viene normalmente definita come adiuvante.

La radioterapia adiuvante è ora meno comunemente usata rispetto a una volta perché non è possibile dimostrare che il suo uso prolunghi la sopravvivenza. In aggiunta è stato descritto un piccolo, ma significativo aumento della mortalità per secondi tumori e/o malattie cardiovascolari in pazienti che sono sopravvissute per più di 10-15 anni dopo aver ricevuto il trattamento adiuvante (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 1992). Tuttavia questi effetti sono stati osservati in pazienti trattate con una tecnica radioterapica non sofisticata come quella attuale. Quando viene attuata una terapia conservativa, i margini di resezione ideali dovrebbero essere microscopicamente liberi da tumore prima che sia somministrata la radioterapia (Fisher et al., 1993). La scelta di una chirurgia conservativa più radioterapia e la mastectomia dipende dalla valutazione della

paziente, dal vantaggio relativo e dagli effetti collaterali associati a ciascuna procedura. L'unico vantaggio delle procedure conservative è il maggior senso di integrità corporea e il risultato estetico che ne risulta. Si può perdere questo vantaggio se la massa tumorale è relativamente grande rispetto al volume mammario, così da rendere necessaria la rimozione quasi completa della mammella per ottenere margini di resezione liberi da neoplasia. Nelle circostanze migliori, i risultati estetici della chirurgia limitata più radioterapia sono eccellenti e la mammella trattata può apparire completamente normale e indistinguibile dalla mammella contro laterale (Fisher et al., 1989).

La radioterapia viene somministrata giornalmente in ospedale per un periodo generalmente di 4-6 settimane. Si tratta di una terapia indolore, ma che presenta anch'essa una serie di effetti collaterali, che talvolta si presentano durante o dopo la terapia. In genere gli effetti collaterali della radioterapia sono la stanchezza, l'arrossamento, la secchezza e l'irritazione della pelle dell'area trattata, lo scolorimento della pelle, il gonfiore e l'ipersensibilità della mammella, il mal di gola, la tosse o l'irritazione polmonare temporanei. La pelle dell'area trattata, comunque, potrebbe anche ispessirsi o scurirsi permanentemente. Effetto collaterale più grave, ma molto più raro è la possibilità, a lungo termine, che le radiazioni attacchino i polmoni o il cuore, aumentando il rischio di future malattie polmonari o cardiache. Se l'obiettivo della radioterapia sono i linfonodi, potrebbe verificarsi un ingrossamento del braccio, definito linfodema, che necessita di ulteriori trattamenti.

5. La chemioterapia

La chemioterapia è un trattamento sistemico, che agisce a livello dell'intero organismo e mira a distruggere, o almeno a frenare la crescita, delle cellule cancerose disseminate nell'organismo che potrebbero provocare delle metastasi. A questo scopo si impiegano sostanze chimiche speciali, citostatici, capaci di aggredire le cellule a crescita rapida ⁵⁴ quali quelle cancerose (Anderegg, Lanz,

2006). Può essere proposta prima dell'intervento chirurgico per ridurre le dimensioni di tumori voluminosi ai fini di poter effettuare un intervento conservativo (chemioterapia neoadiuvante), o come primo trattamento in caso di tumori diagnosticati in fase avanzata (chemioterapia primaria). Il trattamento chemioterapico si estende su un periodo che può variare da tre a nove mesi. Si svolge per cicli, in genere da quattro a sei e può spesso essere effettuata ambulatorialmente in regime di day-hospital (Dionigi, 2004). Il trattamento viene somministrato per uno o due giorni ogni tre o quattro settimane per garantire al corpo un tempo sufficiente di recupero.

I farmaci chemioterapici vengono generalmente somministrati per via endovenosa, sotto forma di fleboclisi (Anderegg, Lanz, 2006). La tendenza oggi è di somministrare cicli di polichemioterapia, cioè un'associazione di più farmaci antiproliferativi, e fra questi il più frequentemente adoperato è il CMF (ciclofosfamide, metotetrate e 5-fluorouracile). I risultati ottenuti dopo tale trattamento dimostrano un netto miglioramento sia dell'intervallo libero da malattia che della sopravvivenza nelle donne in premenopausa rispetto ai gruppi di controllo (Zanella, Tucci, 1997).

I farmaci chemioterapici provocano alcuni effetti collaterali, perché nonostante siano deputati a distruggere le cellule tumorali, non sono totalmente selettivi. Essi, infatti, possono danneggiare anche quelle cellule sane dell'organismo a replicazione veloce quali le cellule del sangue, dei capelli e quelle gastrointestinali presenti nello stomaco. Gli effetti collaterali della chemioterapia si manifestano con un'ampia variabilità individuale, per cui una donna potrà avere solo una parte di questi disturbi. La chemioterapia può infatti causare una temporanea riduzione dei globuli bianchi e dei globuli rossi nel sangue. Nel primo caso la donna risulta più suscettibile alle infezioni e questo può comportare il ricorso alla terapia antibiotica. Nella seconda eventualità può presentare una facile affaticabilità e sensazione di stanchezza.

L'eccessivo abbassamento dei valori di globuli bianchi e globuli rossi viene trattato con specifiche iniezioni sottocutanee. Altri frequenti effetti indesiderati

sono: nausea e vomito, che vengono controllati con nuovi farmaci antivomito (antiemetici) e diarrea, che si risolve efficacemente con compresse antidiarroiche. Potrebbero comparire piccole ulcere alla bocca accompagnate da bruciore del cavo orale, per cui si consigliano sciacqui preventivi con acqua e bicarbonato. È possibile una temporanea riduzione del gusto con alterazione del sapore dei cibi. Alcuni farmaci causano perdita o diradamento dei capelli (alopecia), che ricrescono rapidamente dopo la fine della terapia. Molte donne riescono a superare il problema estetico legato all'alopecia facendo ricorso a parrucche, cappellini, foulard. Nelle donne in età fertile, inoltre, la chemioterapia spesso induce una temporanea cessazione del ciclo mestruale, provocando una menopausa artificiale. Nelle donne al di sopra dei 40 anni la cessazione del ciclo mestruale può essere definitiva. Fortunatamente non tutti i farmaci sono responsabili di tutti questi effetti indesiderati ed alcuni di loro possono anche essere ridotti mangiando e bevendo con attenzione. È importante sottolineare che, nella maggior parte dei casi, è possibile controllare questi disturbi, permettendo alle donne di continuare a condurre una vita il più possibile normale (Dionigi, 2004).

6. L'ormonoterapia

Come sappiamo la maggior parte dei tumori della mammella è sensibile agli ormoni sessuali femminili (estrogeni e progesterone), di cui ha bisogno per crescere. Gli estrogeni e il progesterone sono ormoni prodotti prevalentemente nelle ovaie, ma anche in altri tessuti come il tessuto grasso e muscolare, il tessuto mammario, il fegato e le ghiandole surrenali, localizzate sopra i reni. Gli estrogeni e il progesterone che circolano nel sangue stimolano la crescita delle cellule tumorali attraverso il legame con una molecola detta recettore, che funziona come attacco. In passato per bloccare la produzione naturale degli ormoni femminili da parte dell'ovaio si ricorreva esclusivamente alla rimozione chirurgica di entrambe le ovaie (ovariectomia) o alla radioterapia, ottenendo con entrambe un effetto

definitivo. Oggi si può bloccare l'azione stimolo degli estrogeni ricorrendo, invece, a soluzioni temporanee come la somministrazione di farmaci, che permette ugualmente di contrastare lo sviluppo di metastasi e di recidive (Anderegg, Lanz, 2006). Il farmaco più noto e maggiormente usato è il Tamoxifene, che contrasta l'azione degli estrogeni a livello della cellula tumorale, impedendole così di crescere.

Un'altra categoria di farmaci di più recente acquisizione la cui efficacia è già stata, però, ben documentata è quella degli inibitori dell'aromatasi. Questi ultimi agiscono appunto bloccando la produzione di estrogeni a livello del tessuto grasso, muscolare, della mammella, del fegato e dei surreni, anche se non a livello delle ovaie. Per tale motivo devono essere prescritti solo in pazienti dopo la menopausa. L'ormonoterapia blocca la produzione o l'azione degli ormoni femminili a livello delle cellule tumorali rallentando o impedendo così la loro crescita. È una terapia molto efficace se il tumore contiene un'altra percentuale di recettori per entrambi gli ormoni femminili: tanto più è ridotta la presenza di recettori, tanto più è bassa l'efficacia di tale terapia (Europa Donna, 2008). Come la chemioterapia, la terapia ormonale è un trattamento sistemico, che agisce su tutto l'organismo. Viene solitamente prescritta come terapia adiuvante, per ridurre il rischio di ripresa della malattia dopo un intervento chirurgico radicale.

Analogamente alla chemioterapia, l'ormonoterapia agisce sulle micrometastasi, che riproducono le caratteristiche del tumore primitivo, compresa la presenza dei recettori ormonali. Si assume sotto forma di compresse giornalmente per un periodo della durata di cinque anni e può essere somministrata come unico trattamento o in combinazione con altri. È in genere molto ben tollerata e non provoca disturbi rilevanti. Gli effetti collaterali più frequenti sono: vampate di calore tipo menopausa, secchezza della cute e della mucosa vaginale, perdite vaginali biancastre, lieve aumento di peso ecc. In donne giovani può essere indicata, in associazione al Tamoxifene, una terapia ormonale che blocchi temporaneamente il ciclo mestruale, provocando una menopausa artificiale.

I farmaci utilizzati per bloccare l'attività ovarica sono chiamati LH-RH analoghi (Dionigi, 2004) perché bloccano l'azione di un ormone (LH-RH), prodotto a livello cerebrale, che controlla la produzione di ormoni femminili da parte dell'ovaio. I farmaci sono somministrati per via sottocutanea o intramuscolare, ogni mese, per una durata variabile dai due ai cinque anni in base all'età e alla situazione di malattia. Il ciclo mestruale solitamente si ripresenta al termine del trattamento dopo un periodo di tempo variabile che può essere anche qualche mese. Si ottiene così una riduzione dei livelli di estrogeni e progesterone circolanti (Europa Donna, 2008).

Capitolo 4

Il seno emblema della femminilità

1. Simbologia del seno

Nonostante i criteri di bellezza siano cambiati notevolmente nel corso della storia, il seno, che rappresenta il simbolo per eccellenza della femminilità e maternità, non ha mai smesso di occupare una posizione privilegiata nell'immaginario collettivo maschile e femminile. Il seno, infatti, di tutti gli attributi estetici di una donna, è quello che riveste un'importanza maggiore, perché al lato puramente estetico si associa quello più intimamente legato alla femminilità. Nel linguaggio comune quando utilizziamo il termine seno ci riferiamo alla mammella, anche se in realtà il termine si riferisce più propriamente allo spazio compreso tra i due organi. Infatti, etimologicamente, il termine deriva dal latino *sinus* e significa sinuosità, concavità, insenatura (Dizionario Italiano Ragionato, 1988).

L'immagine del seno, nell'arco dei secoli, è stata utilizzata di volta in volta per riassumere aspetti differenti della femminilità, da quelli più terreni a quelli più spirituali. Il seno viene visto come l'emblema della creazione, della natura, della madre che nutre, ma anche come oggetto di piacere e di seduzione. Già nell'era paleolitica la Dea dispensatrice di vita, nutrimento e fertilità viene rappresentata con grandi seni e, nella maggioranza delle religioni e dei miti, la mammella e il latte vengono assimilati a immagini di fecondità, protezione, sicurezza e intimità. Rappresentazioni differenti si ritrovano, invece, nel periodo medievale impregnato di antifemminismo, dove la cultura più repressiva ne fa il simbolo della tentazione e del peccato e dove i seni assumono una connotazione negativa: miniaturizzati, mascolinizzati e mutilati. Anche le leggende delle Amazzoni ci rammentano i casi di ablazione per motivi religiosi e bellici.⁵⁹

Nel XVI secolo, in Europa le ragazzine erano costrette all'uso di busti stringatissimi per impedire lo sviluppo del tessuto ghiandolare. Con l'affinamento dei costumi, nel Rinascimento, a questi significati si sostituisce quello più poetico di simbolo della bellezza femminile, erotismo e seduzione, così come quello dell'allattamento e della maternità intesi come donazione di una parte di sé per amore. Si giunge così al XX secolo, dove le donne negli anni '70 gettano il reggiseno rivendicando diritti di libertà e ribellione e connotando il seno di significati politici e sociali (Gambarino, Torta, 2004).

Ai giorni nostri i mass media e la chirurgia estetica contribuiscono in maniera significativa a una spersonalizzazione del corpo femminile mediante immagini stereotipate quanto svilenti di seni artefatti ed oltremisura. **Pertanto l'importanza attribuita al seno nel contesto sociale, oltre che eccessiva, risulta anche rumorosa e scomposta.** Quello che è evidente è che, nel corso delle diverse epoche, da un eccesso, quello della donna "angelo del focolare", si è passati all'eccesso opposto della donna emancipata e senza inibizioni. Tale atteggiamento avviene per due diversi motivi, anche se strettamente connessi tra loro: il primo è legato al messaggio che arriva alle donne dall'esterno, dalla società mercificata dei consumi che incita alla carriera e al successo. Il secondo motivo si può, infatti, considerare conseguente al primo in quanto le donne, stanche delle vecchie e rigide divisioni del passato, rifiutano sempre più frequentemente il modello tradizionale di cura dei figli, della casa e di gestione di tutte le risorse domestiche.

Oltre ai simbolismi più collettivi e sociali ve ne sono altri più intrapsichici che considerano il seno in relazione della funzione occupata all'interno della propria storia personale e sessuale. Il seno, infatti non rappresenta solo l'emblema della femminilità, ma è anche un vero e proprio organo di comunicazione, tanto è vero che solo negli esseri umani esso è sviluppato in modo permanente, oltre il periodo dell'allattamento. Nessun'altra parte del corpo umano è in grado di comunicare affetto in modo altrettanto intenso e caldo come il seno. La teoria psicoanalitica ha riconosciuto da tempo l'importanza del seno come organo relazionale per eccellenza, in quanto l'oggetto-seno è ⁶⁰ fondamentale per lo sviluppo psichico del

bambino all'interno del rapporto con la madre e strutturante per lo sviluppo dell'identità femminile (Gambarino, Torta, 2004).

2. L'oggetto-seno nello sviluppo psichico del bambino

Come sopra specificato il seno, con le sue modificazioni morfologiche e fisiologiche, segna le tappe della vita della donna: esso è, appunto, un segno importante non, solo per il processo di identificazione con il genere femminile, ma anche per la funzione ed i significati simbolici che estrinseca maggiormente durante la gravidanza e durante tutto il periodo dell'allattamento (Panzironi, 1993). Il seno, oggetto desiderabile e desiderante, rappresenta, infatti, un elemento fondamentale per lo sviluppo maturativo del bambino, sviluppo, che come evidenzia la Klein, necessita del superamento della posizione schizo-paranoide e di quella depressiva.

Durante la posizione schizo-paranoide, che, in genere va dai 0 ai 4-5 mesi, il seno materno in quanto organo di nutrimento e di comunicazione, viene percepito dal bambino come se fosse parte di sé, cioè come prolungamento di se stesso, ma allo stesso tempo come "parziale" rispetto alla madre, un oggetto dotato di caratteristiche proprie ed onnipotenti (Meltzer, 1987). Il bambino appare fuso con il seno materno, indispensabile sostegno alla sua indipendenza. Il seno, dunque, viene interpretato come riassuntivo di tutte le esperienze gratificanti: alimentazione, calore, sensazioni tattili, sazietà, benessere. Il neonato, il cui mondo interno è abitato dalle pulsioni di vita e di morte e popolato di oggetti, ossia rappresentazioni interne sulle quali avviene l'investimento pulsionale, vive, pertanto, in maniera inevitabile l'angoscia della pulsione di morte, le malattie, la fame e il differimento della gratificazione.

Nei primi mesi il mondo interiore del bambino è vissuto come un tutt'uno e il seno materno diventa contemporaneamente sia buono che cattivo, buono quando è presente e cattivo, invece, quando è assente. Tuttavia non essendo il bambino in grado di integrare le due qualità dell'oggetto,⁶¹ inconsciamente mette in atto un

meccanismo difensivo, quello della *scissione* attraverso il quale il seno buono presente ed il seno cattivo assente vengono separati l'uno dall'altro come se si trattasse di due oggetti distinti. Il neonato vive la relazione con l'oggetto come se l'interazione avvenisse dentro di sé, come se fosse una *fantasia inconscia*, per cui il bambino si identifica con il seno buono e il seno cattivo percependo se stesso come Sé buono e Sé cattivo attraverso il meccanismo difensivo dell'*identificazione*. Tuttavia, il bambino terrorizzato dalla pulsione di morte, teme che il seno cattivo perseguiti il Sé buono e allo stesso tempo teme che il proprio Sé cattivo possa aggredire e danneggiare il seno buono. Questa situazione fa nascere la *angoscia di persecuzione* di tipo paranoide, più arcaica e radicale della *angoscia di castrazione* di Freud e comune tanto al maschio che alla femmina (Vegetti Finzi, 1980).

Durante, invece la *posizione depressiva*, che va dai 5 a 12 mesi, il seno onnipotentemente buono e cattivo non viene più scisso in due oggetti separati, come accadeva nella posizione schizo-paranoide, ma viene sperimentato come oggetto totale, nel quale sono integrati, cioè, sia gli elementi gratificanti che quelli frustranti attraverso appunto al meccanismo difensivo dell'integrazione. Si passa così da un mondo oggettuale totalmente fantasmatico a una conciliazione delle percezioni interiori con gli attributi reali dell'oggetto. Il pensiero da onnipotente diventa ambivalente. Tale posizione coincide con il periodo dello *svezzamento*. Il bambino si scopre dipendente dalla madre per la soddisfazione dei propri bisogni, ma allo stesso tempo sperimenta l'impotenza perché non può trattenerla sempre con sé. Sviluppa così un atteggiamento depressivo. Tale depressione, come già aveva scritto Freud, è la stessa che caratterizzerà il lutto: il bambino interpreta lo svezzamento come perdita del seno buono, dal quale deve necessariamente separare la propria identità, se vuole sopravvivere, allo stesso modo in cui chi perde una persona cara deve disinvestire i legami libidici per reinvestirli in altri o in altro.

La Klein colloca in questa posizione la nascita del *simbolo* inteso come sostituto dell'oggetto sul quale il bambino⁶² può scaricare le pulsioni libidiche ed

aggressive senza temere di danneggiare il seno buono. In questa posizione, quindi, il bambino inizia a percepire non solo che il seno è altro da sé ma anche che è presente un *terzo*, ovvero il padre. Il bambino, che durante la fase schizo-paranoide ha aggredito e tentato di distruggere il seno cattivo, riconosce ora che il seno buono coincide con quello cattivo, per cui viene sopraffatto dal senso di colpa che lo spinge a riparare l'oggetto che prima ha sciupato e danneggiato attraverso il meccanismo difensivo della *riparazione*. Interiorizzando le norme che regolano la distruttività interiore il bambino si assicura che l'oggetto amato non verrà più sciupato e così si forma il Super Io, quale istanza morale e giudicante (Meltzer, 1987). Come emerge da queste righe il contatto con il seno materno ed in particolare un buon rapporto con esso permette al bambino non solo di superare la primitiva angoscia originaria, ma di porre anche quelle basi per lo sviluppo delle relazioni oggettuali. Il seno materno, infatti, lontano dall'essere negato o dato per scontato, è continuamente pensato nella sua concretezza e nella sua vividezza, così come nella sua capacità di funzionare da elemento di relazione e di scambio con il corpo del figlio e non solo con esso (Stella, 2001).

3. Una ferita all'immagine corporea

La diagnosi di tumore della mammella arreca nella vita della donna uno sconvolgimento di notevole portata. Essa, infatti, arriva come un colpo di mannaia sui sogni, sui progetti, sulla percezione del proprio corpo come sano, bello e femminile, sul senso di identità di persona e di donna forte e vitale. La parola carcinoma diventa improvvisamente un ostacolo per ognuna di queste cose e anche se provi ad aggirarlo te lo ritrovi stretto addosso, nei pensieri, nelle emozioni, nelle parole, oltre che nelle ferite sulla pelle (Anderegg, Lanz, 2006).

Oggi molte forme di cancro sono curabili, ma la loro diagnosi richiama inevitabilmente che la vita ha un termine strappando così anche quella magica illusione di immortalità che si annida dentro ciascuno di noi. Improvvisamente si è costretti a fare i conti con una malattia temuta, che evoca immagini di sofferenza

e di morte e le cui cicatrici resteranno lì a ricordarti che da un momento all'altro può facilmente ritornare. Malattia che non significa solo perdita della salute e dell'integrità fisica, ma anche attacco proprio alla parte più carica di simbolismi e significati, sia personali che collettivi, del corpo femminile. Il seno, da oggetto buono, dispensatore di vita e di piacere si trasforma in oggetto cattivo, portatore di sofferenza e morte (Gambarino, Torta, 2004).

Così il tumore della mammella con la sua prepotenza non colpisce solo l'emblema della femminilità e della sessualità, ma anche quell'immagine di sé che una donna costruisce, spesso faticosamente, nel corso delle sue esperienze. Si tratta di una ferita profonda che diventa devastante, quando l'intervento al seno è demolitivo. Tale ferita all'immagine unita e integra di sé come tale comporta notevoli cambiamenti sia a livello pratico, rispetto alla qualità di vita, sia modificazioni dell'immagine corporea e, in alcuni casi, crisi più profonda rispetto alla propria identità. L'attacco provocato dal cancro e dall'intervento mutilante può, quindi, mettere in pericolo la doppia identificazione, di donna e di madre: la paura di essere abbandonata, il non osare più fare l'amore, l'umiliazione davanti a un corpo che ha perso qualcosa di molto importante e la paura di spogliarsi si accompagnano al vissuto di malattia.

Numerose sono le ricerche che concordano in tal senso, indagando le ripercussioni sull'immagine di sé e sulla crisi d'identità e che descrivono problemi legati al sentirsi meno attraenti, femminili, profondamente menomate (Kemeny, Wellisch, 1988; Freer et al., 1992, 1993; Ganz et al., 1999). Inoltre per alcune donne vi è spesso la tendenza a "dissociarsi" dalla parte mutilata, percependola come qualcosa di altro da sé ed evitando ogni contatto sia tattile che visivo con la cicatrice. Naturalmente vivere una storia di malattia è sempre una faccenda molto individuale che, oltre allo stato di salute del paziente, dipende anche dalla sua personalità, dalla sua situazione familiare, sociale, dalla capacità di tollerare le perdite e di elaborare il lutto. Infatti tutte le fasi di tale elaborazione devono essere compiute per riuscire a riorganizzare il proprio mondo interno e riuscire ad

accettare la perdita (Klein, 1971; Lehmann et al., 1983) e i vari i cambiamenti fisici e psicologici legati alla diagnosi e al trattamento.

Uno degli aspetti più difficili da gestire quando si è confrontati con una malattia di questo tipo è l'imprevedibilità degli eventi, perché anche se viene stabilito un piano terapeutico e la paziente risponde bene alle terapie prescritte, non è mai possibile prevedere come reagirà ai trattamenti sia sul piano fisico che su quello psicologico. Emerge, infatti, in modo chiaro come la donna affetta da neoplasia mammaria sia estremamente vulnerabile sia fisicamente che psicologicamente in quanto il suo vissuto viene spesso connotato da insicurezze e angosce persecutorie che invadono la mente. Così la paura per il futuro si aggiunge al pensiero di aver perso una parte importante di sé, alla sensazione di non essere più una donna "intera" (Anderegg, Lanz, 2006).



Fotografia di Matuschka (with Mark Lion), *The Hand*, 1992, apparsa sulla copertina di *Life* (ottobre 1993).

4. Effetti indesiderati

La parola cancro evoca molti significati irrazionali e quando entra nella vita di ognuno è difficile controllare l'ondata di sentimenti contrastanti che scaturisce. La comunicazione della diagnosi solitamente viene vissuta come una sentenza, una condanna. Il mondo sembra crollare addosso lasciando la persona inevitabilmente in balia dell'incertezza e della confusione. Tuttavia quando la minaccia e la paura di essere sopraffatti prendono il sopravvento è necessario compiere molti singoli passi per imparare a vivere in questa nuova condizione di incertezza. Passi che possono essere spesso accompagnati da svariate emozioni quali la rabbia, il rifiuto e persino i sensi di colpa, che possono acuirsi soprattutto quando si pensa che ci sia un nesso di causa effetto fra la malattia e un determinato comportamento o un'abitudine. Infatti il dar sfogo al pianto e ai sentimenti di rabbia, per quanto è stato tolto può essere utile e avere persino un effetto curativo (Muller, 2006).

Quando inizia il trattamento si ha l'impressione che finalmente qualcosa di concreto venga fatto. Questo momento può, però, rivelarsi anche molto difficile perché la persona malata può sentirsi male, soffrire di effetti indesiderati ed accettare la sua nuova situazione solo a fatica (Muller, Bellinzona, 2005). Il cancro e le rispettive terapie, che lasciano profonde tracce nella vita di una persona, non costituiscono solo una dura prova a livello psicologico, ma possono comportare anche una serie di mutamenti importanti nell'aspetto fisico. Questi cambiamenti fisici possono compromettere sensibilmente l'identità femminile e il rapporto con il proprio corpo, a tal punto da condizionare significativamente anche le relazioni con gli altri. Il corpo, ormai ferito e mutilato, viene sentito e vissuto come qualcosa di estraneo e quindi di non più familiare (Muller, 2006). È pertanto necessario prendersi del tempo per ritrovarsi in questo nuovo corpo e per imparare ad accettarlo con tutti i suoi cambiamenti. In genere gli effetti indesiderati delle terapie oncologiche possono essere diversi e dipendere molto dal tipo di tumore e dal trattamento scelto. Per esempio per molte donne la calvizie causata dalla chemioterapia rappresenta una delle fasi più difficili da accettare del percorso di cura, poiché la perdita di capelli per una donna è un evento che la ferisce profondamente nella sua femminilità.

Altri effetti indesiderati della terapia possono essere la crescita improvvisa di peli antiestetici sul viso e l'aumento o la perdita di peso. Inoltre durante la cura oncologica è particolarmente importante la cura dell'igiene orale poiché l'assunzione di determinati farmaci può mutare la composizione della saliva. Per attenuare determinate conseguenze di una terapia possono essere indicati, per esempio consigli per la cura del cuoio cappelluto, per la scelta degli abiti e dei colori più appropriati e anche massaggi parziali o totali del corpo e bagni termali. Il contatto corporeo ha, infatti, effetti benefici sia per il corpo che per la psiche. Per poter giungere, dunque, a un benessere generale è importante far fronte ai diversi cambiamenti e d'imparare gradualmente a crearsi una nuova immagine corporea o persino una nuova identità. Questo processo viene vissuto in modo diverso da ogni persona e può protrarsi per un periodo più o meno lungo (Borle, Lanz, 2007). Le perdite e i cambiamenti fanno tuttavia parte della nostra vita e non possiamo evitarli. Per quanto doloroso all'inizio possa sembrare certi cambiamenti negativi, una volta considerati con una certa distanza, costituiscono delle opportunità che consentono di sviluppare nuove prospettive. Comunque dedicare attenzione al proprio aspetto fisico, curando la propria immagine, contribuisce molto a mettere a proprio agio e di conseguenza a rafforzare l'autostima; in effetti sentirsi belli significa anche sentirsi meglio.

5. Perdita del desiderio sessuale

Il cancro e le rispettive terapie non si ripercuotono solo sugli organi colpiti dalla malattia, bensì su tutto il corpo e su tutta la persona. Infatti anche se gli organi sessuali non sono colpiti direttamente, rimangono tracce che possono compromettere profondamente la sfera sessuale sia da un punto di vista biologico sia da un punto di vista psicosessuale (Graziottin, 2008). Molte donne, infatti, dopo la diagnosi di tumore al seno e durante i rispettivi trattamenti tendono a perdere interesse per il sesso. Questo calo del desiderio sembra legato all'istinto di sopravvivenza che prevale in queste donne durante la malattia; istinto che viene

spesso accompagnato da pensieri depressivi e preoccupazioni di vario genere. La persona ammalata si sente spesso stanca ed esaurita e il corpo necessita di conseguenza di tempo e di molte energie per guarire (Pugliese, 2008). Per tale ragione appare normale che queste donne in tali momenti concentrino tutto l'interesse e le risorse disponibili sul superamento della malattia, relegando così in secondo piano aspetti che prima della malattia avevano, invece, un ruolo significativo nella vita, come la sessualità.

La sessualità di una persona è un'esperienza totale, strettamente legata alla sua autostima e alla sua immagine corporea. Essa non può essere confinata alla genitalità e alla procreazione, ma è soprattutto un programma biologico orientato a favorire la costruzione del legame di coppia, dove l'aspetto relazionale del sesso acquisisce importanza e significato come modalità di conoscenza di sé e dell'altro e dove assumono particolare incidenza gli aspetti somatici ed emozionali (Veglia, 1996). Si può, quindi, intuire come il tumore della mammella possa influenzare tali vissuti nel momento in cui una parte di sé non è più fruibile come prima nella relazione con il partner. Pertanto la malattia e il conseguente deterioramento dell'immagine corporea di una persona, come può esserlo quello di una donna menomata nei suoi attributi femminili, non solo mutano profondamente i sentimenti nei confronti della sessualità, ma condizionano anche in modo significativo l'equilibrio della coppia, spesso già sufficientemente provato dalla malattia. Alcune donne, infatti, dopo un intervento mutilante al seno hanno l'impressione di avere dovuto rinunciare a una parte importante di sé e di conseguenza di non poter più essere desiderabili, così nella paura di essere respinte dal partner, evitano qualsiasi contatto fisico. Il partner, a sua volta per questioni di incertezza o per riguardo, spesso tende anch'egli a rinunciare a ogni manifestazione sessuale e tale riduzione dei rapporti sembra confermare l'ansia della donna rispetto alla propria capacità di essere ancora desiderabile (Holmberg et al., 2001; Rabinowitz, 2002, Kornblith, Ligibel, 2003).

La comunicazione dei propri stati d'animo, delle proprie paure, dei propri bisogni all'interno del nucleo familiare⁶⁸, riveste un'importanza notevole per la

paziente. Tuttavia è proprio all'interno della relazione sessuale che tale comunicazione si fa più problematica perché al tabù del cancro si mescola anche il tabù della sessualità (Gros, 1983). A tutto ciò si aggiungono i pregiudizi e le stigmatizzazioni associate al cancro come la falsa credenza che la malattia possa essere trasmessa sessualmente. È importante, però specificare che il cancro non è in nessun modo una malattia contagiosa. Infatti non si deve assolutamente temere che col bacio, con gesti affettuosi o durante l'atto sessuale le cellule tumorali possono trasmettersi dalla persona malata a quella sana (Borle, Lanz et al., 2007). Pertanto sentirsi desiderate e rassicurate dal partner riguardo alla propria capacità di seduzione è il primo passo che porta queste donne ad una maggior sicurezza ed accettazione del proprio corpo ormai mutato. La coppia, come unico organismo vivente, deve, poi essere in grado di riappropriarsi della sua intimità, dell'eros nel suo senso più ampio di amore per la vita. Si tratta certamente di un processo complesso, ma non insuperabile, dal momento che è tipicamente nella natura dell'uomo andare oltre le situazioni traumatiche per trovare, di volta in volta, un nuovo equilibrio.

6. Riacquistare l'equilibrio corporeo

Spesso per combattere una malattia come il tumore della mammella si è costretti a prendere una decisione estremamente difficile: l'amputazione totale del seno. In questo modo la ferita che provocava già molto dolore diventa ancora più grande, soprattutto ogni volta che ci si guarda allo specchio e non si ritrova più la donna di prima. La maggioranza delle donne che subisce un'ablazione del seno sente profondamente l'esigenza di operare una vera e propria riparazione del proprio equilibrio esteriore; riparazione che può essere offerta, per esempio con una protesi amovibile o con un intervento ricostruttivo (Anderegg, Lanz, 2006). Infatti ricostruendo il seno, la donna cerca disperatamente di stabilire un nuovo equilibrio fisico e psichico. Perché avere un'immagine più accettabile del proprio corpo significa anche riacquistare ⁶⁹sicurezza in sé e nelle relazioni con gli altri.

Resta comunque il fatto che anche questi tipi di interventi non sono esenti da traumi, preoccupazioni ed insoddisfazioni, in quanto il seno ricostruito, per quanto ben fatto, non sarà mai il seno fantasticato dalla paziente (Gambarino, Torta, 2004).

La scelta di una protesi amovibile o di un intervento di ricostruzione, anche se presenta diversi benefici, comporta sempre una serie di rischi che le pazienti dovrebbero tenere bene in considerazione prima di optare per soluzioni di questo genere, perché con o senza riparazione la salute rimane sempre la prima priorità. Di fatto, però questi interventi permettono di facilitare sensibilmente il ritorno alla quotidianità, sia a quelle donne che hanno subito una mastectomia totale, sia a quelle che hanno subito un intervento conservativo. Infatti una protesi adatta alla forma del proprio seno conferisce la sensazione di essere di nuovo una donna completa. Se una donna lo desidera già pochi giorni dopo la mastectomia, potrà ricevere una protesi provvisoria che potrà portare fino alla completa cicatrizzazione della ferita. Questa prima protesi, anche se non perfettamente adatta alla forma del corpo e fissata al reggiseno con alcuni punti di cucitura o un piccolo bottone a pressione, contribuirà notevolmente a far sentire la paziente meno a disagio, in attesa di una protesi amovibile o di un intervento ricostruttivo che possa restituirle finalmente quella identità ferita e mutilata dalla malattia. In alcuni casi la ricostruzione può essere effettuata nello stesso tempo dell'ablazione del seno. Di solito, però, il momento ideale per una ricostruzione è 6-12 mesi dopo l'ablazione parziale o totale del seno, quando la radioterapia e la chemioterapia sono già concluse e l'affezione tumorale è inattiva. L'intervento ricostruttivo del seno si può tuttavia effettuare anche a distanza di anni dalla mastectomia (Ambroggio, Oberto, 1990).

Per ricostruire la forma del seno vi sono quattro metodi d'intervento fondamentalmente diversi: ricostruzione del seno con impianto, direttamente o dopo dilatazione della pelle mediante un expander; ricostruzione del seno trasferendo il muscolo grande dorsale; ricostruzione del seno con tessuto prelevato dalla regione addominale della paziente;⁷⁰ ricostruzione del seno tramite tecniche

microchirurgiche. Spesso è però necessario operare anche il seno sano per ridurlo e compattarlo come il seno ricostruito, non solo per evitare che si possa sospettare che ci sia stata un'amputazione, ma anche per migliorare la simmetria da un punto di vista estetico. Per raggiungere questo risultato il capezzolo e l'areola verranno ricostruiti in una fase successiva, soltanto dopo questi interventi modellatori. Ma come sappiamo qualunque sia il metodo di ricostruzione scelto, nessuno di questi potrà restituire un seno ricostruito altrettanto naturale, elastico e sensibile come quello perso (De Roche, Spital, 2006). Negli ultimi anni la possibilità di porre rimedio al problema del danno estetico e psicologico successivo alla demolizione oncologica ha fatto passi da gigante soprattutto se ricordiamo le difficoltà iniziali di quando il chirurgo oncologo si rifiutava anche solo di sentir parlare delle possibilità ricostruttive. Grazie ai progressi delle tecniche operatorie, oggi si conseguono risultati estetici e funzionali generalmente buoni nei deficit demolitivi (Ambroggio, Oberto, 1990).

7. Prendersi cura di sé

L'immaginario delle donne di fronte al proprio corpo è molto complesso, ma tende a incrinarsi quando aspetti importanti della femminilità, come il seno, vengono minacciati dalla malattia tumorale. Come sappiamo, il cancro al seno è un evento traumatico, intensamente vissuto sia a livello personale che a livello sociale; infatti, non è soltanto l'esistenza della donna ad essere profondamente turbata, ma anche quella dei suoi familiari e di tutte le persone che la amano (Graziottin, Castoldi, 2000; Graziottin, Rovei, 2007). Le persone intorno al soggetto hanno diversi modi di reagire nei confronti della sua malattia e degli eventuali mutamenti fisici legati ad essa. C'è chi, infatti, reagirà in modo solitario, chi in modo premuroso e chi in modo spaventato o scioccato. Ogni volta si scoprono dei lati nuovi in se stessi e nelle persone che ci circondano. Alcuni si tireranno indietro o cercheranno di evitare in presenza del soggetto la parola cancro. Altri chiederanno in modo diretto in che modo possono essere di aiuto o

faranno capire che sono a completa disposizione; altri ancora riempiranno la persona malata di consigli o proporranno i metodi di cura miracolosi che hanno scoperto in internet (Borle, Lanz et al., 2007).

Il tumore al seno, come esperienza traumatica, ha potenziali capacità di influire in senso negativo su alcuni aspetti importanti del carattere. Tuttavia un atteggiamento positivo nei confronti della malattia può essere molto d'aiuto nel favorire un nuovo equilibrio. Senza dubbio la ricostruzione del seno, in seguito a una mastectomia, contribuisce a dare a qualsiasi donna una visione meno negativa della malattia. Lo stesso vale per altri aspetti della terapia, tanto che in alcuni casi, presentare, per esempio, la chemioterapia come una prassi normale di carattere preventivo e non curativo, sembra ridurre la demonizzazione dei suoi esiti, talvolta invalidanti. Tuttavia ciò che aiuta davvero le donne non è solamente il miglioramento dell'aspetto esteriore, ma la consapevolezza che bisogna prendersi cura di se stessi. Questo concetto assume un significato taumaturgico molto importante e è il miglior modo di guarire non solo nel corpo ma anche nello spirito. Prendersi cura di sé significa innanzitutto concedersi il tempo necessario per progettare in modo consapevole una nuova prospettiva di vita (Andrikowsky, Curran, Studts et al., 1996). Il ritorno alla vita quotidiana avviene in maniera graduale e in sintonia con il carico che ogni persona è in grado di sopportare. Spesso, però, non è facile gestire il decorso della malattia, soprattutto quando essa mette continuamente in discussione le regole del gioco, suscitando nelle pazienti le sensazioni più diverse. Il seno, simbolo della riproduzione e della femminilità, che dovrebbe concorrere a formare un'immagine di un tutto indivisibile, come il colore degli occhi, o il tono della voce, si trasforma con la malattia in una fonte di paura, vergogna e preoccupazione (Greer, 1999). Ma se la malattia determina continuamente uno stato di ansia, tanto vale che le donne colpite dal tumore trasformino le ansie, in ansie sane e positive rivolte al desiderio di realizzarsi come donne, di scoprire e riscoprire aspetti della propria femminilità insieme all'immagine di se stesse intera, che non deve essere più considerata solamente attraverso lo sguardo e l'apprezzamento ⁷² maschile.

Sappiamo, infatti, che la bellezza non può essere solo un fattore esteriore e il più delle volte riscoprire e rinnovare la propria femminilità, dopo un tumore al seno significa per queste donne vivere pienamente il proprio corpo, magari fino a quel momento dimenticato o trascurato, per recuperare quella capacità di percepirsi nuovamente una donna sia dentro che fuori. Il tumore al seno, quindi, da un questo punto di vista può non essere considerato solamente un'esperienza di crisi e di dolore da cui è difficile uscire. Essa, infatti, può essere considerata un'esperienza di passaggio, una transizione da un ciclo vitale all'altro, in una visione quasi esistenziale in cui hanno molta importanza anche la cultura, gli ideali e la fede (Andrikowsky, Curran, Studts et al., 1996). Spesso alla luce della trascorsa esperienza di malattia, molti aspetti della quotidianità vengono riorganizzati e pianificati con maggior equilibrio. La gravidanza, per esempio, dopo un tumore al seno rappresenta una bellissima occasione per ritornare alla vita. Il concepimento, però, dovrebbe avvenire almeno due anni dopo il trattamento, dal momento che il rischio di recidiva è massimo proprio in questo periodo. Le donne che decidono di avere dei figli dopo la malattia oncologica sono probabilmente anche quelle che hanno maggiori risorse per superare questo momento. Dunque dopo aver vissuto il cancro è davvero possibile, con tanta buona volontà e l'aiuto prezioso dei propri cari e dei medici, non solo *tornare alla vita*, ma perfino *dare la vita*, perché l'aspetto più difficile di questa dura battaglia, come afferma Veronesi, non è tanto togliere un tumore dal seno di una donna, ma quanto toglierlo dalla sua testa.

Capitolo 5

Esperienze e percezioni di vissuto tumorale

1. Testimonianze di donne che utilizzano la scrittura per raccontarsi¹

¹ Amiche dell'associazione C.A.O.S. Onlus (Centro Ascolto Operate al Seno Onlus) di Varese.

I contributi che di seguito presenterò sono stati scritti da 6 donne operate di tumore al seno, con cui sono riuscita ad entrare in contatto grazie all'aiuto dell'associazione C.A.O.S. (Centro Ascolto Operate al Seno Onlus) Onlus di Varese. Ho invitato queste donne, dopo aver chiesto la loro disponibilità a contribuire al mio lavoro di tesi, a raccontarmi, attraverso uno scritto, la loro esperienza di malattia.

La scelta di utilizzare la scrittura come strumento per raccogliere il vissuto di queste donne viene fatta sostanzialmente in riferimento al lavoro di Pennebaker (2004) sull'utilità della scrittura come mezzo di soluzione delle proprie esperienze traumatiche. Essa, infatti, usata spesso come difesa preventiva, incoraggia la riflessione su di sé e favorisce la comprensione delle proprie emozioni.

Scrivere dei propri pensieri e stati d'animo permette di ridurre il lavoro di inibizione e, pertanto, di organizzare la complessa vita mentale ed emozionale. Mi auguro che questi racconti, che generosamente aprono pagine così personali, così intime di vita, possano essere d'esempio a tutte quelle persone che potrebbero sentire gli stessi sconforti.

Pur non essendo una panacea, la scrittura è, comunque, un modo economico, semplice ed a volte doloroso per favorire la salvaguardia della salute. Il tentativo, qui, è quello di allentare le inibizioni e le difese di queste donne, anche nei miei confronti, essendo comunque io un'estranea, e di creare un'ulteriore occasione per quest'ultime per comprendere meglio il senso della loro esperienza tumorale, lasciando tracce di loro stesse sulla carta.

La richiesta sostanziale fatta a queste donne consisteva nel raccontare attraverso la scrittura la loro esperienza di malattia, descrivendo gli avvenimenti, la modalità con cui loro e/o i loro familiari ed amici hanno vissuto l'evento e i sentimenti ora al riguardo, naturalmente il tutto senza preoccuparsi in alcun modo della grammatica, dell'ortografia e della struttura del periodo.

1.1. “La rabbia che diventa consapevolezza e determinazione”

Mi chiamo A*P*... ho avuto il cancro nel 1997 e nel 2004... e voglio raccontarvi la mia storia...

La RABBIA è una ferita come tutte le altre: guai ad aspettare che passi... ! È un GRIDO SOLITARIO rivolto col pensiero a chi ci ha urtato: per provare sollievo dobbiamo materializzarlo, renderlo pubblico, farlo uscire allo scoperto.

A far sanguinare questa ferita è lo scontro con una patologia che recluta al suo interno 35.000 nuovi casi all'anno in Italia: ha un nome inquietante: CANCRO AL SENO!

Ogni grande avventura lascia di sé un diario che si apre in un giorno insospettabile, dove nemmeno un piccolo dolore si presenta a giustificare l'esistenza di un tale nemico: eppure c'è, ed ha deciso di mettersi in mezzo tra me ed i miei sogni.

La RABBIA accompagna da subito il momento dell'annuncio, perché è frutto dell'impotenza e del rifiuto: la sensazione di non farcela, di non sentirmi all'altezza e, comunque di non voler giocare questa partita.

QUESTA È UNA COSA CHE NON MI RIGUARDA!

Da qui l'esigenza di comunicare, di trasformare una situazione passiva in una attiva, il desiderio di dare un senso a ciò che provo. È in questa prospettiva che tutto cambia significato... **ADESSO VOGLIO VEDERE CHI VINCE!!!**

La ferita continua comunque a sanguinare, imbratta l'anima, mi sporca la tuta aggressiva che indosso in ospedale... rifiuto il pigiama rosa e la vestaglia “per bene”... ai piedi ho le Nike d'oro, le unghie sono dipinte di verde...

Poi l'odore dell'ospedale sfuma, al posto dei drenaggi indosso collane e bracciali turchesi da combattimento, le cicatrici sono come i segni di guerra che gli indiani d'America hanno sul volto: non a caso il primo mammografo fu messo a punto da Charles Gross nel '68.

Siamo in piena rivoluzione!

Adesso sono incazzata!

Tutto questo diventa ENERGIA TRAVOLGENTE!

Le mie esigenze sono le esigenze di tutte!

Sento di amarle profondamente queste donne meravigliose e ferite, e le voglio tutte nella mia squadra! Lavorerò per LORO al fine di facilitare l'integrazione di obiettivi scientifici con la tutela della soggettività, delle emozioni, della libertà di scelta consapevole: ritengo importantissimo un “ascolto” autorevole che si concentri sui “desideri” oltre che sui “bisogni”.

Ed è in questa realtà che voglio essere protagonista: il “terzo settore” mi piace, mi affascina... è un territorio di sempre più dignità sociale, sia all'interno della comunità locale, che del sistema economico e sanitario.

Nel rispetto dei diversi ruoli giocati, vivo una competizione sana, attiva, finalizzata a progetti e strategie concentrati sull'universo femminile.

IL MIO CANCRO HA POTERE ISTITUZIONALE!

Adesso siamo diventati AMICI: non può più farmi del male! A volte il rapporto è talmente FORTE che lo sento un giocatore della mia squadra, non di quella avversaria: dialoghiamo, ci confrontiamo, litighiamo... ed ecco che la RABBIA ritorna, ma è consapevolezza e determinazione.

Tutto questo, gratificato dalla Vostra attenzione, è dedicato alle MIE DONNE: hanno tutte un profilo straordinario, lo giuro!... Rivedo la Laura, che mi saluta dalla scala mobile dell'IEO con una manina tenera e trasparente: ha due occhi blu che non mi stanco mai di guardare... abbraccio la Cri che mi considera il suo angelo custode perché mi sdraio con lei nel letto della chemio... non posso dimenticare la Dora che a Natale si è regalata la ricostruzione della “tetta”... la Isa che mi lascia salutari e inquietanti SMS nel telefonino... e la Doris che mi scrive “grazie per quello che sei”...

Cerco di stringerle TUTTE, ed i loro sospiri sul mio collo scendono dentro di me come una terapia potente e mirata... ABBIAMO VINTO!!!!!!!!!!

A* è una donna bellissima, una di quelle donne, a cui difficilmente è possibile dare un'età, una donna senza tempo. A* mi è stata presentata da mio padre quasi due anni fa e da subito sono stata colpita dalla sua energia contagiosa, dai suoi modi di fare, dai suoi modi di essere, a volte fuori dagli schemi, ma sempre geniali e vincenti. Sapevo che A* aveva avuto un'esperienza tumorale al seno e che da quell'esperienza ne era nato molto di più, ma per rispetto e un po' per timore, ingiustificato, non avevo mai osato a chiederle di raccontarmela, fino a oggi. A* racconta che la rabbia è stata sin dall'inizio, sin dalla comunicazione della diagnosi l'emozione che più ha caratterizzato il suo vissuto, permettendole di dar sfogo alle suo dolore; una rabbia generata sostanzialmente dal senso di impotenza e dal rifiuto di una malattia, che come correttamente afferma lei “recluta al suo interno 35.000 nuovi casi all'anno in Italia: il cancro al seno”. Il cancro al seno è per A* un'espressione inquietante di una patologia evocatrice di

sofferenza e morte, un nemico che si pone come ostacolo ai sogni e ai progetti, maturati in una vita.

A* con la frase: “QUESTA È UNA COSA CHE NON MI RIGUARDA”, sembra proiettare fuori da sé la realtà inaccettabile del tumore al seno; la proiezione, infatti, è una risposta tipicamente difensiva, che permette di espellere da sé sentimenti, cose o qualità, che si rifiutano o non si riconoscono come propri. Tuttavia l’irrefrenabile bisogno di mutare una situazione passiva di sofferenza in un più attiva, dove poter dare senso anche alle proprie emozioni, fa cambiare prospettiva ad A*, che, pertanto, abbandonando il senso di impotenza e il rifiuto, si pone in un’ottica di sfida. La frase: “ADESSO VOGLIO VEDERE CHI VINCE” è un chiaro messaggio di chi non ha intenzione di scendere a patti con una patologia che, appunto “recluta al suo interno 35.000 nuovi casi all’anno in Italia. La rabbia, che A* chiama ferita, è sicuramente l’emozione, che la incita a questo spirito combattivo, ma che, allo stesso tempo, per la sua aggressività e per il suo logorio, le imbratta l’anima. Tuttavia A* cerca di non farsi sopraffare e provoca il cancro nel modo in cui le riesce meglio, ossia non rinunciando al quell’immagine mentale, che ha di se stessa e di conseguenza anche alla sua identità. In ospedale, infatti, A* sembra che si adorni di bracciali e collane, di tute e scarpe griffate, non solo per deridere il cancro, ma anche per ricordare a se stessa, nonostante la ferita continui a sanguinare, che lei esiste ancora in tutta la sua femminilità e personalità. Inoltre sembra che per A* il rifiuto del “pigiamino rosa”, sia in parte il rifiuto del perbenismo e in parte il rifiuto a modificare quell’immagine di se stessa sana, bella e femminile, per adattarsi alla nuova condizione di malato.

Se per A* i bracciali e le collane sono armi da combattimento, le cicatrici sono il segno tangibile che lo scontro e “la guerra” sono avvenuti. Così la rabbia di A* si acuisce (“Adesso sono incazzata”), ma questa volta invece di logorare l’anima, si trasforma in energia travolgente, che porta A* a dare finalmente un senso alle sue emozioni. A* con la malattia capisce che le sue esigenze in questo contesto sono le stesse, manifestate da molte donne nella medesima situazione e così

decide di attivarsi per loro nel sociale, nel tentativo di “facilitare l’integrazione di obiettivi scientifici con la tutela della soggettività, delle emozioni, della libertà di scelta consapevole”.

Tale impegno nel sociale diventa per A* non soltanto una missione gratificante, ma anche e soprattutto un’importante risorsa terapeutica, che le permette di elaborare il suo vissuto tumorale e di dare potere istituzionale a quel cancro che alla fine riesce a vincere grazie anche all’aiuto delle sue “DONNE” e questo giustificherebbe il perché delle parole: “ABBIAMO VINTO!!!!!!”.

Il cancro, quindi che prima era una realtà da rifiutare e da considerare un nemico, ora che è stata introiettata da A* diviene non solo una realtà che le appartiene e la caratterizza, come A* sottolinea nelle parole: “IL MIO CANCRO”, ma anche una realtà amica, che A* evidenzia, appunto, con la frase: “Adesso siamo diventati AMICI... A volte il rapporto è talmente FORTE che lo sento un giocatore della mia squadra, non di quella avversaria”. Sembra dunque che in A* sia avvenuta una integrazione delle due realtà, quella cattiva e quella buona, dell’“oggetto-cancro”, che prima era proiettato all’esterno e connotato solo come cattivo. Certo, sembra che esista ancora un rapporto conflittuale con il cancro, ma si tratta di un rapporto che ad A* non fa più paura, anche se è capace di generare ancora rabbia, una rabbia che, però, non è più ferita, ma solo consapevolezza e determinazione.

1.2. “Ora mi sento la donna più felice del mondo!”

Mi chiamo Me*, ho 36 anni.

3 anni e mezzo fa mi è stato diagnosticato un carcinoma mammario. Mi sono sottoposta a chemioterapia, intervento chirurgico, radioterapia e terapie di prevenzione. Mi hanno indotta in menopausa e ho dovuto accantonare i miei progetti più importanti: sposarmi e diventare mamma.

Avevo solamente 33 anni, ero giovane e ingenua, pensavo che questo tipo di malattia colpisse solo le donne più mature di me.

Pensavo: “È impossibile che mi sia capitata una cosa del genere! Il tumore viene alle altre, non a me!”

Durante le terapie ero debilitata ma non potevo sprecare le mie forze per pensare “Perché è successo proprio a me?” e quindi mi sono detta: “Fuori il coraggio Me*, reagisci!”

Fortunatamente con la mia forza di volontà, l’amore dei miei genitori, l’amore del mio fidanzato ora divenuto mio marito e presto papà di nostro figlio, e grazie alle cure mediche, posso dire di essere guarita e finalmente posso sognare ancora... .

Ho potuto riprendere in mano i miei progetti e ricominciare a vivere una vita nuova perché di questo si tratta: può sembrare strano, ma dopo questa esperienza mi sento rinata!

Sono stata accolta con molto amore nel reparto oncologia. Mi sono sentita sempre serena. I medici, in particolare l’Oncologo mi ha curata non solamente attraverso le medicine (che per fortuna esistono) ma soprattutto con la sua umanità.

L’idea di non poter avere figli mi faceva impazzire ma lui mi incoraggiava sempre dicendomi di avere soltanto un po’ di pazienza. Mi sono fidata sin dall’inizio. Dopo tutte le terapie ho aspettato un po’ di tempo e sono riuscita finalmente a realizzare il mio sogno. Aspetto un bambino e mi sento la donna più felice del mondo.

Il tumore alla mammella colpisce senza distinzione di età. Il consiglio che posso dare a tutte le donne è quello di superare la pigrizia e la paura, trovare il coraggio e sottoporsi a degli esami preventivi.

Servirsi della prevenzione per giocare in anticipo contro tale malattia può essere non solo utile per migliorare la qualità della vita delle donne ma talvolta può essere la loro, la nostra salvezza.

Durante il periodo della malattia ho scritto un libro. Mi è servito molto scrivere, è stato un modo per capire quello che stavo vivendo e provando, poi pensando a tutte le donne che stavano vivendo il mio stesso disagio ho pensato di raccontare la mia esperienza per cercare di trasmettere la positività e la forza che sentivo, per far capire che nella lotta contro il cancro non siamo impotenti, ma la nostra forza di volontà è la prima medicina, quella che permette alle varie terapie mediche di ottenere i risultati migliori.

Il libro “Il caffè di mio padre” parla di emozioni, paure ma soprattutto di Rinascita:

“Quando un giorno il destino ha posto sul mio cammino una malattia come il cancro, ogni cosa ha perso di significato, tutti i punti che pensavo fossero fermi nella mia vita, sono andati in frantumi. Inaspettatamente, il problema è stato per me la molla per reagire.”

“L’amore dei miei genitori, del mio compagno e l’aiuto del mio dottore sono stati fondamentali per la mia guarigione!”.

“Ho scoperto il tumore due mesi prima di sposarmi. Avevo grandi progetti per il mio futuro: una famiglia, un bambino. Era troppo presto per morire! Poi ho trovato la forza di reagire e grazie ai miei genitori, al mio uomo e a un dottore speciale che ha saputo trasmettermi tanta fiducia, ho affrontato il mio nemico. Oggi posso dire di essere guarita.

Oggi che stringo tra le braccia il mio piccolo Me*. Così oggi mi occupo di volontariato!”. “Il caffè di mio padre” – “il mio viaggio con il cancro” si fonda sulla metafora dell’amore di mio padre paragonato alla medicina del dottore”.

Oggi ho tra le braccia mio figlio e non mi sembra ancora vero. Ripenso al mio periodo difficile e ora lo guardo, lo osservo, sento il suo odore e gli sorrido come la vita mi sorride.

La narrazione è stata per me una forma di conoscenza della realtà e costruzione di significati che ci insegna ad affrontare l’incerto, il non conosciuto.

Solo oggi riesco a descrivere quei giorni di sofferenza, perché voglio aiutarmi per superare quel dolore. Credo che il male si possa attenuare solo parlandone, cercando di esternare quelle emozioni forti che si sono attaccate addosso e da cui ci possiamo salvare, se lo vogliamo in un cammino di speranza. Se dovessi confrontarmi con una donna che è passata o che attraversa simili vie, credo che le consiglierei di trascrivere, con parole dettate dal cuore, la sua esperienza, il dolore, l’angoscia che ha provato in quei momenti. Penso che la migliore terapia risieda in quelle parole, in quel vissuto esternato.

Le parole descrivono, trasformano, creano emozioni, indagano, evocano, colpiscono e fanno bene, parlano di se stesse, eccitano il pensiero. Chiunque abbia tenuto un diario, in cui esprime i propri pensieri più profondi circa un’esperienza di sofferenza, sostiene che il tempo e lo sforzo ad esso dedicati, sono stati ampiamente ricompensati dai benefici ottenuti nella propria salute.

Affinché la scrittura abbia un potere terapeutico, le persone devono comprendere meglio le loro emozioni, ed imparare da esse.

Me*, in seguito alla mia richiesta, accetta con entusiasmo di scrivermi la sua storia soprattutto in virtù del fatto che ama la narrazione, strumento che ha scoperto durante la malattia. Me* racconta, infatti, che la narrazione è stata per lei un’importante terapia, una forma di conoscenza della realtà e costruzione di significati, che le ha insegnato ad affrontare l’incerto, il non conosciuto. Grazie alla narrazione Me* è riuscita a superare il dolore di quei giorni e oggi a descriverne la sofferenza.

Me*, che oggi ha 37 anni, racconta che aveva solo 34 anni quando ha scoperto della malattia: un carcinoma maligno. La diagnosi è arrivata a due mesi dal matrimonio un vero e proprio shock per Me*, che era ingenua e piena di sogni e mai avrebbe pensato nella sua vita, che una simile malattia potesse farne parte, soprattutto considerata la sua giovane età “pensavo che questo tipo di malattia

colpisce solo le donne più mature di me”. Sembra che ci sia, dunque, da parte di Me* una sorta di stigmatizzazione della malattia, ritenuta, appunto, associata solo all’età. Me*, con la frase “È impossibile che mi sia capitata una cosa del genere! Il tumore viene alle altre, non a me” sembra proiettare la realtà del tumore fuori da sé; la proiezione per Me* è una risposta difensiva, tipica, appunto, di chi rifiuta una realtà o una qualità dolorosa, che non considera propria.

Me*, pur ancora incredula, ma angosciata dalla paura di morire, si sottopone a chemioterapia, intervento chirurgico, radioterapia e terapie di prevenzione. Durante le terapie Me*, stremata e debilitata da queste, sembra, finalmente, smettere di compatirsi e riuscire gradualmente a prendere contatto con la realtà e a reagire a questa, come evidenziano le parole “Fuori il coraggio Me*, reagisci!”. Sembra dunque che il cancro, realtà rifiutante per Me* sia stato anche lo stimolo per superare la sua iniziale passività nell’affrontare la malattia: “il problema è stato per me la molla per reagire”.

Tuttavia i trattamenti la inducono in menopausa e Me*, ferita in tutti gli attributi della femminilità e della maternità, in cui una donna può essere ferita, è costretta ad accantonare i suoi progetti più importanti, quello di sposarsi e di diventare mamma. L’idea di non poter avere figli sembra compromettere l’immagine di sé di Me* come donna capace di generare, creando di conseguenza delle ripercussioni significative sul suo equilibrio psichico come confermato dalla frase “L’idea di non poter avere figli mi faceva impazzire...”. Tuttavia grazie alle cure e alle premure dei medici, che l’hanno seguita, come lei sottolinea, con grande umanità, Me* non smette di sperare che il suo desiderio possa realizzarsi. Fondamentali nel suo percorso di guarigione sono la famiglia e il fidanzato, ormai marito di Me*, che con il loro amore e il loro supporto hanno accresciuto la sua forza di volontà e la sua fiducia. Me* grazie, appunto, al sostegno dei familiari riprende in mano i suoi progetti e ricomincia a vivere una vita nuova.

Infatti, dopo un po’ di tempo da quando sono terminate le terapie, Me* realizza il sogno di diventare madre. Ora stringe tra le braccia il suo piccolo, si impegna nel sociale come volontaria, scrive libri, in cui racconta la suo vissuto tumorale ed

anche se le sembra assurdo, dopo l'esperienza vissuta, percepisce se stessa come più forte, come nuova, come rinata e si considera la donna più felice del mondo.

1.3. "La partita della vita"

Mi chiamo B*, ho 42 anni abito a Milano, sono una donna entusiasta, amo la vita, ho mille idee e progetti, adoro viaggiare, fare fotografie, stare con gli amici e continuare a fare tante tante scoperte. Sposata da dodici anni con A*, un uomo stupendo, siamo cresciuti insieme attraverso le gioie e le sofferenze, con lui ho scoperto il mondo nel vero senso della parola!

Di viaggi ne ho fatti tanti, ricordo il primo all'età di 23 anni in Argentina e Uruguay, ho visitato l'Australia, Nuova Zelanda, Messico Egitto Thailandia, e la mia adorata America, che sin dall'età di 9 anni mentre guardavo i miei telefilm preferiti Charlie Angel's e i Chip's mi dicevo: un giorno quando sarò grande andrò anch'io in America e così è stato... che emozione! Ecco io sono fatta così, sogno ad occhi aperti e cerco sempre di vedere il lato positivo di ogni cosa che mi capita, sono fermamente convinta che nei sogni e in amore nulla è impossibile...

Vedi ho vissuto l'esperienza del cancro nel 2000, nel 2005 e nel 2008, operata per un carcinoma mammario sia al seno sinistro che destro, ho fatto cicli di chemioterapia e radioterapia a febbraio del 2009, mi sono sottoposta ad un test genetico, che è risultato positivo. Cosa comporta... ? Che devo convivere con il cancro e sai qual è il mio motto? Io non mi pre-occupo ma mi occupo di me! Ho lasciato così che i medici e le cure si occupassero del mio corpo ed io mi sono presa cura della mia anima. Sono fermamente convinta che dietro ad ogni difficoltà ci sia sempre una grande opportunità da saper cogliere, ho preso in mano la mia vita, perché voglio esserne la protagonista e non una spettatrice passiva.

È stato per me come mettermi allo specchio e scoprire i miei limiti e da lì ho scoperto i miei punti di forza. Ho avuto paura, la paura vera quella di morire, ma dove c'è la paura vi è coraggio, credevo d'essere una donna fifona ed invece mi sono riscoperta una leonessa. Non ho provato un senso di paura per gli interventi, ma ho sentito la necessità di non sentirmi sola durante le terapie, in particolar modo la seconda volta, è nata in me l'esigenza di capire con semplicità e chiarezza cosa mi stava succedendo e come potevo affrontarlo, non solo io in prima persona insieme ai miei cari, ma anche poter condividere con l'oncologo e la sua équipe questo cammino insieme.

Voler avere le risposte alle domande non significa avere delle certezze, non le pretendevo, e non le pretendo, perché la vita è un'incognita per tutti... nessuno ha la palla di cristallo

per prevedere il futuro, ognuno di noi però può decidere come vivere! Ora adesso è la vita... nel presente!

Almeno per me è stato così il poter comunicare instaurare un rapporto di dialogo con i miei referenti, perché ne ho più di uno e mi ritengo fortunata dei rapporti che sono riuscita ad instaurare con l'oncologo, il chirurgo, il radioterapista e le infermiere mi ha permesso di vivere con una certa serenità la malattia, perché sento di avere degli alleati sul piano umano.

La vita è gioia, oggi è importante, ora e adesso è la vita perché ci si ammala sì di cancro ma si può decidere come vivere! Il futuro è un' incognita per tutti... grazie alla consapevolezza e all'accettazione dell'idea della morte, ho capito cos'è per me esistere, conosco sempre più la mia anima e me ne prendo cura! Come dicevo prima, mentre i medici e le terapie si occupavano del mio corpo, io mi prendevo cura della mia anima, ascoltando musica e annotando su un diario i miei pensieri le mie emozioni. Così facendo ho incontrato un mondo a me fino allora sconosciuto... la comunicazione attraverso la scrittura autobiografica e il teatro.

Quest'esperienza forte, ti obbliga a fermarti a guardarti dentro, la comunicazione è molto importante, perché il cancro non è contagioso e non ha confini la paura sì! Parlare, parlare, parlare, è d'aiuto per chi lo vive, per chi l'ha vissuto e per chi ha avuto la fortuna di non viverlo. La condivisione è molto importante, perché questo non è il mio cancro, è il cancro di una donna, un uomo e un'altra donna e un altro uomo ancora, è universale e parlarne facendo terapia culturale non è solo un auto-aiuto, ma fa sentire ogni essere umano non solo in particolar modo durante la malattia... Il cancro non ha colpito solo me in prima persona ma anche tutta la mia sfera affettiva dalla mia famiglia ai miei amici, chi ci sta vicino vive tutto in modo più ampliato. "Si scende in campo insieme, si è una grande squadra, il paziente, familiari, amici, medici, istituzioni, operatori sanitari per giocare la partita della VITA". Sono scesa in campo ed ho giocato la partita della mia vita, non contro il cancro ma ne sono diventata alleata, il mio nemico è diventato amico, perché ho capito che fa parte di me, che ogni mia cellula anche quella malata non va odiata ma amata, l'energia trasforma come l'amore ogni cosa!

Sarebbe bello poter parlare all'interno delle scuole delle università delle aziende, per raccontare, raccontare il proprio vissuto... dando così una dimensione alla paura, la si guarda in faccia la si affronta questa per me è prevenzione per l'Anima e va di pari passo con prevenzione medico-scientifica!

B* ha 42 anni, è una donna socievole, piena di energia, che vuole continuamente scoprirsi e scoprire. Utilizza parole estremamente positive per

descriversi “sono una donna entusiasta, amo la vita, ho mille idee e progetti, adoro viaggiare, fare fotografie, stare con gli amici e continuare a fare tante scoperte”. In queste scoperte non è sola, ma sempre accompagnata da A*, l’uomo “stupendo” che ha sposato. È ottimista e ha mantenuto questa sua caratteristica anche al momento della malattia, infatti non si è abbattuta ma si è “occupata” di se stessa senza “preoccuparsene”. Sono due termini carichi di significato, ma quel “PRE” non la riguarda. Vuole vivere e non sopravvivere! Se “nei sogni e nell’amore nulla è impossibile”, tutto si può affrontare, anche il cancro. Quindi prende in mano la sua vita dove, come afferma lei, vuole essere la protagonista e non una spettatrice passiva, con tutti i pro e i contro.

È stata operata per un carcinoma mammario sia al seno sinistro che destro, si è sottoposta alla chemio e alla radioterapia, ma niente di tutto ciò riesce ad abatterla. Per non farsi travolgere dal cancro effettua una distinzione tra CORPO e ANIMA, del primo se ne occupano i medici e le cure, la seconda la prende in carico lei. Quindi sono i medici i responsabili della propria immagine corporea, lei ha altro a cui pensare, qualcosa di più importante e che non bisogna far deteriorare, ovvero la rappresentazione di sé. Si percepisce come una donna ricca di risorse, che vede sempre il lato positivo di ogni cosa. Il cancro l’ha posta davanti all’immagine di se stessa, come di fronte ad uno specchio, le ha mostrato i suoi limiti, ma lei in questi ha fatto emergere i suoi punti di forza. Dietro questo specchio non vede una donna malata, ma un corpo malato; la donna, che sta dietro ispira tutt’altro che malattia. È l’anima che vince questa battaglia, il corpo può solo fermarsi a guardare questa grande energia, che non viene sovrastata neppure da una tale sofferenza.

Sarebbe irrealistico pensare che quest’ultima non faccia nascere paure, disagi e difficoltà, infatti la stessa paziente confida la propria paura di morire e di rimanere sola in questo lungo cammino. La forza sta nel modo di affrontarla, nel vedere il coraggio dietro ogni paura “credevo di essere una donna fifona e invece mi sono riscoperta una leonessa”. Il corpo sembra essere lo spettatore di quest’opera che si sta compiendo “non ho provato un senso di paura per gli interventi”, infatti

l'angoscia della donna riguarda la profondità della sua persona, ovvero la morte e la solitudine, non le conseguenze che gli interventi potessero portare alla propria immagine corporea.

Per B* è fondamentale il rapporto con gli altri, e riesce a trarre da questo una carica in più nell'affrontare questo percorso carico di ostacoli. Non si isola, il cancro non è solo suo, ma anche di suo marito, di tutta l'equipe medica; tutti devono combattere, non solo lei "il cancro non ha colpito solo me in prima persona, ma anche tutta la mia sfera affettiva dalla mia famiglia ai miei amici, chi ci sta vicino vive tutto in modo più ampliato. Si scende in campo insieme, si è una grande squadra, il paziente, i familiari, gli amici, i medici, le istituzioni, gli operatori sanitari per giocare la partita della Vita".

È questa, secondo la paziente, la chiave per aprire la porta della guarigione e per dare una risposta alla sua esigenza di chiarezza e di spiegazione, nata con la malattia. "Non pretendeva delle certezze, nessuno le ha, nessuno ha la palla di cristallo per prevedere il futuro", ma ognuno di noi può decidere come arrivare al domani e lei ha capito il suo: vivere ogni giorno in tutta la sua pienezza, facendosi le giuste domande, ma rimanendo consapevoli che non si può trovare una risposta a tutte. È stata questa la terapia per la sua anima, arricchita sempre più dalla relazione e comunicazione con gli altri, infatti, B* si dedica al teatro e all'autobiografia. Sembra paradossale, ma grazie al cancro scopre il mondo della comunicazione, a lei sconosciuto. Il cancro diventa uno stimolo per andare avanti, per rispondere alla sua continua voglia di scoprire e di sperimentarsi.

In questa grande partita, il cancro non è più un avversario, ma diventa un compagno di gioco. B* lo introietta come un alleato, come una parte di sé da amare più delle altre perché malata; B* non vuole giocare contro il suo ex avversario, ma lo vuole nella sua squadra per riuscire a conoscerlo e vincerlo totalmente. La sua intenzione è quella di non avere scheletri nell'armadio, ma di fare goal con un suo assist, accettando l'idea, da sempre oscura, della morte. La paziente sembra aver capito come sconfiggere questo male: l'uso della parola. Si rende conto che parlando è possibile elaborare i propri pensieri e le proprie

emozioni, per questo vorrebbe dare testimonianza della sua esperienza per aiutare anche gli altri a vincere “QUESTA PARTITA DELLA VITA”.

1.4. “Sopravvissuta!”

Mi chiamo L*, il 13 gennaio 2007 sabato notte mi sono svegliata col ricordo che stavo sognando mio papà morto nel 1993 e sognato 2 volte in tutto mi prudeva un’ascella... banale... ma lì vicino ho sentito una pallina... strana... dura... un sasso... non faceva male per niente...la sensazione precisa era di qualche cosa che non faceva parte di me e in un lampo ho capito di cosa si trattava! lunedì ero già da una senologia, giovedì mi ha fatto l’ago aspirato, l’8 febbraio sono stata operata dalla splendida L* M* avevo 34 anni e mi ero fidanzata da poco, tante speranze, sogni, progetti in un attimo andati in frantumi lui mi è stato vicino fino all’intervento, poi è stato latitante non mi è mai venuto a trovare né in ospedale né a casa, solo sms e poi quando è saltato fuori che era carcinoma mammario infiltrato duttale 1,2 cm di diametro G3 quadrantectomia + dissezione linfonodi ascellari di cui 3 su 20 colpiti focalmente (e 2 erano i sentinella) e avrei avuto il pacchetto all inclusive (chemio-radio-terapia ormonale-terapia immunologica) alla parola chemio durante la nostra ultima telefonata mi ha detto “scusa, ma non ce la faccio!” e sono rimasta sola io e mia mamma abbiamo affrontato tutta questa vicenda da sole con delle amiche splendide, la vicinanza di suo fratello e dei miei cugini che stanno a Roma, tutti gli altri parenti spariti... come se fossimo state infettive... una situazione allucinante io potevo parlare solo con mia mamma e cercavo di non farlo troppo per non gravare lei non poteva farlo con nessuno se non con me, con domande alle quali io non avevo risposte la M* ha voluto affiancarmi una psicologa... o meglio un medico specializzato in psicologia clinica E* T* altra donna meravigliosa con la quale potevo parlare, sfogarmi, chiedere, farmi consigliare...certa che il suo fosse un parere schietto non filtrato dall’affetto di un’amica o dall’amore di una mamma... insomma un punto fermo per me fondamentale perché obiettivo!

Ho sempre affrontato tutto con il max scrupolo seguendo i medici meravigliosi che mi hanno salvata la vita oltre alle già citate, c’è G*G* (e il suo team) un uomo piccolino di statura ma grandissimo, splendido, una persona eccezionale, umana ho sempre lavorato, non mi sono mai fermata tranne le 3 settimane di convalescenza per il decorso post operatorio e il giorno della chemio con il successivo per riprendere forze anche se non mi sono mai debilitata del tutto perché non sono mai stata male di stomaco (e anche una settimana in cui avevo 780 globuli bianchi in tutto e G* mi ha obbligata a stare in casa!!!) sono un ingegnere alla XXX, ho seguito i miei progetti, assentandomi solo per le terapie,

la maggior parte delle quali fatte in pausa pranzo o cmq in poche ore la mattina presto e anche dopo l'herceptin tornavo in ufficio a lavorare ho fatto 2 anni di linfodrenaggio tutti i giorni in pausa pranzo perché avevo il seno gonfio... io ho una 5... ebbene a sinistra avevo una 7 e ti assicuro che non è facile da "gestire" perché faceva anche male!!! pazza? Forse ma avevo le energie per farlo a volte in verità non le avevo ma la testa mi spingeva a dar fondo anche alle riserve e seppur non avessi più i muscoli delle gambe che mi reggevano bene in piedi ci andavo lo stesso! mi truccavo come ho sempre fatto, pettinavo la mia amata-odiata parrucca (da me chiamata "il gatto morto") con cura come facevo con i miei capelli, respirone profondo e via...prendevo la mia macchina e andavo! e credo, anzi ne sono sicura, mi è servito, perché in quei momenti la testa funzionava, ero lucida, "forte", presente.....insomma in una sola parola VIVA e quindi volevo vivere e rivolevo la mia vita e migliore di prima perché mi sento in credito col destino!!!! Non vado in giro a mettere sui manifesti la mia esperienza, ma se capita è perché vedo persone in difficoltà perché stanno vivendo questa esperienza e sono agli inizi oppure persone assurde che si creano problemi e difficoltà inutili (secondo me!) cerco di riportarle alla realtà facendogli capire quali sono i veri drammi della vita: quando fino al minuto prima stavi bene, eri bella con capelli lunghissimi fidanzata e felice, pensavi a una convivenza e a dei figli e un minuto dopo leggi scritto carcinoma mammario e il tuo castello di carte crolla e ti ritrovi sola con i tuoi sogni infranti... calva con un colorito un po' spento e verdastro... e a tutt'oggi non so se riuscirò ad avere figli... terminerò le terapie a 40 anni, dopo aver fatto la chemio (6 cicli di CEF canadese, quindi 12 dosi) che al momento non si può sapere quanti e quali danni irreversibili ha provocato... non ti dico l'angoscia e la rabbia quando poi senti al telegiornale di genitori che uccidono i figli o li buttano... a volte parlo invece perché sono io che ho bisogno di sfogarmi, tipo pentola a pressione, e allora racconto a persone che penso sappiano ascoltare e che cmq sento vicine capita di farlo con persone che mi guardano con gli occhi sbarrati perché pensano che io stia "scherzando" mai avrebbero immaginato vedendomi le volte che mi sento più capita è quando mi confido con le persone che ci sono passate attraverso questo viaggio: – le amiche che ho conosciuto in ospedale, S* e R* in primis con le quali è stato "amore" a prima vista e abbiamo fatto tutto insieme facendoci mettere lo stesso giorno per le chemio, l'herceptin, le visite... – altre amiche conosciute tramite A* e la stessa A*, perché casualmente (o per destino... ce ne sono stati tanti di episodi "strani" in tutta la mia storia) siamo capitate nello stesso stanzino del linfodrenaggio – le infermiere-aguzzine (!!!!!) nostri angeli custodi (A* e P* ma anche tutte le altre sempre meravigliose, sorridenti, dolci).

Per quanto riguarda la mia vita affettiva... sono sola da due anni quasi, dopo la malattia sono stata fidanzata un anno e mezzo con una persona evidentemente sbagliata per me, il problema è che sono diventata ancora più forte e determinata di prima, consapevole di

quanto valgo, tosta di carattere ancora più di prima (da buon leone quale sono!!!!), do tanto, tutto quello che posso, ma pretendo anche e soprattutto il rispetto e non accetto di essere felice a metà sogno ancora La Storia bella, semplice, onesta, serena, quella un po' da film perché sono ancora l'eterna romantica che crede nel principe azzurro come dice la T* è vero! ha ragione! per arrendersi e cercare una situazione di comodo c'è sempre tempo, anche se non credo di essere capace di accontentarmi pur di non rimanere sola... anche perché quando sono sola, non te l'ho ancora detto, faccio un sacco di cose... viaggio appena posso figurati che 2 mesi dopo aver fatto la chemio sono andata in Egitto 2 settimane (compresa scarpinata di 3gg al Cairo e gli altri 4 per siti archeologici!!!!), 6 mesi dopo a Cayo Largo (le foto che hai visto nel video) per vacanza e una settimana a Phoenix per lavoro, 6 mesi dopo ancora in Kenya e poi nel Golfo Persico, ai Caraibi... e le terapie incastrate tra i viaggi o i viaggi incastrati tra le terapie!!!!!! ...e ballo...sono 2 anni che mi dedico alle danze caraibiche.

Oggi, facendo un bilancio della mia esperienza non mi posso dire ancora “guarita” ma forse più per scaramanzia perché sto bene, gli esami sono a posto e tutto procede bene è stata dura fisicamente e ancor più psicologicamente e lo è ancora oggi soprattutto quando mi fermo e penso a tutto quello che è successo e che ho dovuto fare, alle persone che mi hanno abbandonato al mio destino, amici o pseudo tali spariti nel nulla né una telefonata né un sms per chiedermi come stavo ma ho trovato altri amici, persone decisamente di valore dicono che sono sempre sorridente, molto più di prima, forse è vero..... ogni tanto mi riguardo la cicatrice che ormai fa parte di me e mi sento una sopravvissuta!

L* è una donna, che nella vita non racconta facilmente la sua esperienza, ma se lo fa è soprattutto per sfogarsi, con persone che reputa capaci di ascoltare o che comunque sente vicine. L* ha 41 anni e racconta di aver avuto il tumore al seno a 34 anni. Curioso come L* sia venuta a conoscenza della malattia, infatti è come se fosse stata avvisata in sogno da suo padre morto nel 1993. L'impatto è stato per L* il percepire qualcosa di estraneo dal suo corpo, senza provare nessun dolore preciso. È come se la donna, inconsciamente, avesse fin dall'inizio proiettato il male al di fuori di sé.

Già dalle prime righe del racconto si potrebbe evincere la forza della sua personalità “in un lampo ho capito di cosa si trattava”, infatti L* sembra non accennare in nessun modo alla paura di fronte a quella “pallina strana, dura”, che invece terrorizzerebbe qualsiasi altra donna. Si reca da un senologo, si sottopone

all'agoaspirato e viene operata, anche qui nessun accenno all'angoscia che si prova vivendo questo iter.

Tutta la sofferenza si concentra sul comportamento del fidanzato che “non ce la fa” appena sente la parola “chemio”. Si capovolgono i ruoli: è lui che scappa, mentre lei affronta il problema; è lui che si difende, mentre lei combatte. Pertanto l'abbandono da parte del fidanzato, la rinuncia forzata ai sogni e progetti futuri che improvvisamente non hanno più fondamento vista anche la fuga del partner, tutto va in frantumi, LUI è “latitante”, ma lei non si scoraggia e va avanti.

Questo dimostra la grande forza d'animo di L* e il ruolo cruciale che ha assunto sua madre, infatti rimangono lei, sua madre e il tumore; mentre le persone che ERANO più care, pseudo amici e parenti sembra abbiano paura di essere infettate. Il tumore viene stigmatizzato come contagioso, è visto quindi come qualcosa da evitare, qualcosa da cui scappare.

Il coraggio e la forza di L* sono testimoniati anche dal fatto che non voglia gravare sulla madre, evitando di raccontarle tutti i suoi pensieri, le sue paure, le difficoltà quotidiane. Si preoccupa di dare alla madre una possibilità di sfogo piuttosto che darla a se stessa.

Ma lo scenario comporta necessariamente di una figura esterna che riesca a non assimilare come propri questi vissuti di malattia e quindi di estrema angoscia. La psicologa diventa per la paziente un “punto fermo, fondamentale perché obiettivo; una persona con cui poter sfogarsi, farsi consigliare... certa che il suo fosse un parere schietto e non filtrato dall'affetto di un'amica o dall'amore di una mamma”, e soprattutto senza la paura di essere infettata.

Verrebbe da pensare che durante la malattia L* avesse una rappresentazione di sé che non corrispondeva a quella reale “avevo le energie per farlo, a volte in verità non le avevo” e per non prendere atto di questa realtà, ossia di questa nuova condizione L* continuava ad andare al lavoro “seppur non avesse più i muscoli delle gambe che la reggevano bene in piedi”. L* ripete di essere “forte” anche se, si può capire dalle sue parole, che soffriva alla vista di quel “gatto morto”, che aveva in testa, di quella parrucca tanto odiata, presumibilmente perché le

ricordava la malattia, quanto amata perché le permetteva un'immagine più accettabile di se stessa. Il “respirone profondo” toglie a L* dalla vista quella parrucca e quel seno così diverso dall'immagine del suo corpo, che ormai non esiste più. È devastata dalla malattia e dalle terapie antitumorali, era “bella e aveva capelli lunghissimi”, ora le rimangono le cicatrici che le ricordano quello che ha vissuto. È calva, ha un colorito un po' spento e verdastro ma è viva e vuole reagire, anche pur non avendo la certezza di quanti e quali danni irreversibili il tumore ha provocato al suo corpo.

Inevitabilmente L* si sente una persona diversa, e non si spiega come certe persone si creino problemi e difficoltà inutili, ma soprattutto prova rabbia nei confronti di chi abbandona o uccide i figli, proprio quelli che lei ha l'angoscia di non poter avere per via degli effetti negativi delle terapie.

L* dopo la malattia sembra prendere coscienza della sua nuova sé, infatti, si percepisce come più forte, più determinata e, proprio perché consapevole del suo valore, più esigente; più esigente nella vita da cui si sente in credito per via della sofferenza e del dolore che le ha inferto e nella relazione affettiva perché non accetta di accontentarsi e sogna e crede ancora, come un tempo al principe azzurro. Pertanto sembrerebbe che la malattia, pur avendo messo in crisi L* e le sue certezze, non abbia modificato sostanzialmente la sua percezione di sé che, reale o distorta che fosse, ha sempre descritto una donna caparbia e capace. Una donna in grado di incastrare le terapie tra i numerosi viaggi, lavoro, danza ed affetti, in poche parole: una donna attiva.

L*, facendo un bilancio della sua vita, nonostante i riscontri positivi dati dagli esami clinici, manifesta comunque la paura nel ritenersi completamente “guarita”, perché è stata talmente ferita fisicamente, ma soprattutto psicologicamente che ora è come se avesse timore di lasciarsi andare. Ogni tanto L* guardando le cicatrici, che ormai ha introiettato dentro di sé, ossia ha riconosciuto come proprie, non può fare a meno che percepire un'immagine di se stessa come di una donna sopravvissuta.

1.5. “Io serafica”

1° ho scoperto di avere un tumore al seno il 23 marzo 2002, non avevo caratteristiche PER questo tumore (vita sana sempre in movimento psicofisico contracc. reglovis PER pochi anni non ereditarietà tre gravidanze c/rispettivi allattamenti in perfetta salute e grande felicità nessun precedente di altre gravi malattie), nel momento in cui mi è stato diagnosticato il tumore anzi il CANCRO perché il carissimo dr. E* (ogni tanto mi domando che fine può fare un terrorista medico) vedendo da parte mia una reazione indifferente e pensando non avessi capito ribadiva con accanimento lei ha un CANCRO ha capito? Io serafica gli ho risposto:” faccia la sua diagnosi scritta al resto ci penso io”. (ha fatto o no del terrorismo medico? PERCHÉ se ci pensiamo bene non conoscendo il soggetto come poteva un radiologo se pur bravo dirti carcinoma maligno e rincarando la dose: “non può sapere se ne ha altri e soprattutto quanto tempo mi restava” (oltretutto erano due, uno non l’ha neppure visto). Immagina per un attimo se gli capitava una debolezza di mente e di cuore peraltro non accompagnata. Comunque presi la decisione di andare in vacanza con la mia famiglia a Capo Verde non dicendo nulla a nessuno “vacanza meravigliosa!!!!” 2° Al rientro mi sono affidata ciecamente (incosciente sì, ma fino ad un certo punto, avevo la responsabilità di una famiglia) al dr. L* che ti aggiusta o ti smonta (questo è un mio slogan) e alla sua squadra, tutti molto disponibili a spiegarti cioè ad addolcire la pillola che poteva essere molto amara come uscire senza una mammella! Ancora una volta ho reagito seraficamente raccomandando loro di farmi lasciare l’ospedale in verticale e non in orizzontale senza tanti discorsi o previsioni di amputazioni (dopo L* mi ha confessato del loro sbigottimento di fronte al mio serafismo o incoscienza che, sono certa, sicuramente li ha spronati a ben agire in tutta tranquillità), 3° quando mi hanno dimessa alla domanda come è andata ho sempre risposto a tutti così;” BENISSIMO ESPERIENZA PIU’ CHE POSITIVA PER 5 motivi!!!! non ti dico la reazione dei più a questa mia affermazione (considerazione personale “LA VITA È BELLA” nel momento in cui si vive in funzione della MORTE, una cosa certa tra migliaia di incertezze, e non IN FUNZIONE DI ESSERCI A TUTTI I COSTI!). Ti elenco i 5 motivi; 1° ho prolungato la vacanza di 10 gg (sono stata da Dio sotto tutti gli aspetti ospedalieri) purtroppo poco dopo hanno chiuso la chirurgia 3° del Del Ponte – 2° la vacanza molto scialla e incosciente a 360° mi aveva appesantito quindi, il regime ospedaliero mi ha rimesso in forma meglio di prima senza tanti sacrifici – 3° mi hanno fatto un checkup dalla punta dell’alluce alla cima dei capelli che non avrei mai fatto senza spendere denaro e ulteriore tempo – 4° mi sarei rifatta il seno (te lo immagino dopo tre gravidanze e rispettivi allattamenti sino a 2 anni?) senza spendere denaro e dover prendere questa decisione sempre un po’ controversa – 5° ERO VIVA e potevo dire io c’ero e, NON HO CEDUTO!!!! non solo, posso dire di aver imparato senza troppe

esperienze ridondanti o titoli che riempiono la bocca “QUAL E IL VALORE VERO DEL TEMPO!!! (rivendico spesso questa mia “conoscenza” ma, purtroppo, siamo in un momento di mondo che conta l’apparire e non l’essere e quindi... pochi mi ascoltano aggiungo c... i loro). Poi ti chiederai cosa posso aver fatto di questa mia esperienza (sai che non ricordo più quando?)... sono molto sognatrice, altruista, ironica e presuntuosa al punto di puntare sempre in alto pensando che tutto si può risolvere, solo alla morte non c’è rimedio quindi, potrei esagerare nel descrivermi e giudicarmi per farti capire di più ed esserti utile o spiegare cosa avrei fatto di questa mia esperienza... Oggi mi reputo molto fortunata ma mi resta tanta amarezza, incazzataggine (non ti ho detto quando ho cominciato a incazzarmi ho smesso le cure e non mi sono più avvicinata ad un ospedale se non per esigenza di altri più sfortunati di me) e delusione perciò che non sono riuscita a fare ma soprattutto per ciò che tante donne nonostante l’OSPEDALE DEL FUTURO e la nuova TECNOLOGIA non possano fare o anche solo raccontare con serafica tranquillità come faccio sempre io ed essere quindi un supporto e non un peso!!!... Per me rimane sempre tutto molto serio a partire dalla salute delle donne che sono l’elemento più importante della ns. società anzi del mondo!!!!... bilancio ad oggi: una sola considerazione “VIVI OGGI PERCHÉ IERI È GIA’ PASSATO E DOMANI NON SI SA...” ovviamente nelle regole e nel rispetto della vita quotidiana di tutti e tutto.

D* si descrive come una donna estremamente molto sognatrice, altruista, ironica e presuntuosa... quello che mi ha colpito più di lei è la spensieratezza e l’ironia con cui sembra raccontare la sua esperienza tumorale. L’ironia, può essere considerata una risposta difensiva, che ci permette di sdrammatizzare le nostre angosce, alleggerire le nostre giornate e soprattutto scaricare lo stress accumulato.

D* racconta che quando ha scoperto di avere un tumore al seno, sembra non capacitarsi di come una tale realtà possa essere entrata nella sua vita, considerato il suo stile di vita regolare “vita sana sempre in movimento psicofisico contracc.reglovis per pochi anni non ereditarietà tre gravidanze c/rispettivi allattamenti in perfetta salute e grande felicità nessun precedente di altre gravi malattie”. Come se la convinzione di uno stile di vita regolare la potesse preservare da una malattia come il carcinoma maligno. Sembra quasi che D*, fino a quel momento avesse sempre razionalizzato, ossia trovato delle spiegazioni di “comodo” per tenere lontana da sé l’angoscia di una realtà come quella del tumore al seno.

D* racconta che alla scoperta della malattia si è mostrata serena, quasi indifferente, tanto da stupire il medico, che lei chiama “terrorista” per via della brutalità, con cui ha continuato a rimarcarle il suo stato di malattia. E forse proprio grazie al termine “terrorista” si può intuire come l’apparente indifferenza di D* non sia altro che una risposta emozionale, che la paziente mette in atto per sfuggire ad una realtà troppo dolorosa e angosciata come quella del tumore al seno.

D*, sembra voler ignorare il problema, tanto che decide lo stesso di andare in vacanza a Capo Verde con la sua famiglia tenendola, però, allo scuro della sua condizione. È come se con la partenza D* volesse fuggire dalla malattia, fuggire dalle responsabilità sia nei confronti di se stessa che della sua famiglia; famiglia, con cui, invece, avrebbe dovuto confrontarsi, se avesse comunicato il suo stato di malattia e se fosse rimasta a casa. Dunque la “partenza-fuga” sembra il tentativo inconscio di D* di rifuggire dalle preoccupazioni e dalle ansie legate al vissuto tumorale, tentativo, che sembra ben riuscire, come sottolineano le parole “vacanza meravigliosa”. Tornata dalla vacanza, però, D* deve fare i conti con la malattia e così decide di affidarsi completamente alle competenze e alle cure del medico e del personale, che, si prodigano nello spigarle le possibili conseguenze a cui potrebbe andare incontro per via della malattia e dei vari trattamenti. Ma ancora una volta D* sembra reagire con la sua “totale” serenità ed ironia raccomandando solamente di non farla morire come sottolinea la frase “... raccomandando loro di farmi lasciare l’ospedale in verticale e non in orizzontale senza tanti discorsi o previsioni di amputazioni”.

D* racconta che quando l’hanno dimessa dall’ospedale e le persone le chiedevano come era andata, lei rispondeva sempre in maniera estremamente positiva spiazzandole. Infatti, a suo dire, l’esperienza dell’ospedale, è stata vantaggiosa per 5 motivi: 1) le ha permesso di prolungare la vacanza, perché anche in ospedale veniva “servita e riverita”, 2) le ha permesso di perdere quei chili di troppo assunti con il viaggio a Capo Verde, 3) le hanno fatto un checkup completo senza spendere denaro, 4) le offriva la possibilità di rifarsi il seno

sempre senza spendere denaro e senza troppi indugi sulle conseguenze, 5) le aveva permesso di essere ancora viva. Nonostante D* sembri ironizzare e a volte banalizzare quello che le succede, in realtà con l'ultimo motivo, scritto tra l'altro a caratteri cubitali "ERO VIVA" fa comprendere, come poche volte nell'intero racconto, tutta la sua preoccupazione per la sua salute e quindi per la sua vita. Preoccupazione che sembra manifestarsi anche nel suo motto: "VIVI OGGI PERCHÉ IERI È GIA' PASSATO E DOMANI NON SI SA", come se in qualche modo albergasse in lei la paura del futuro. Inoltre con le parole "NON HO CEDUTO!!!!!" D* sembra informare di un altro dato, ossia che lei ha lottato, fino all'ultimo, contro la malattia per salvarsi, fatto che non emergeva dalle sue reazioni sempre "serafiche" e del tutto passive. D* afferma che dopo questa esperienza ha realmente compreso il valore del tempo, anche se è difficile spiegare questa "conoscenza" agli altri, soprattutto se non vogliono ascoltare.

D* si reputa molto fortunata, anche se rimane l'amarezza e l'arrabbiatura, che la portano ad allontanarsi completamente dagli ospedali e a smettere le cure (D*, però non spiega le motivazioni), e la delusione per tutti i progetti andati in fumo, ma soprattutto per i progetti, che le donne più sfortunate di lei non possono realizzare, "nonostante l'OSPEDALE DEL FUTURO e la nuova TECNOLOGIA". D* prende molto a cuore la salute delle donne, che per lei rappresentano "l'elemento più importante della ns. società anzi del mondo!!!!!"

Si potrebbe ipotizzare, che D* dopo l'esperienza tumorale, che sembra averle rafforzato l'autostima, "sono molto sognatrice, altruista, ironica e presuntuosa al punto di puntare sempre in alto... ", lei si senta talmente utili e disponibile per gli altri, da voler insegnare, anche alle donne meno fortunate di lei, a non sentirsi di peso e quindi a vivere meglio.

1.6. "Grazie alla mia famiglia!"

... Riporto in calce alcune informazioni di taglio squisitamente medico per circostanziare i due interventi avvenuti a distanza di cinque anni tra loro, il primo nel 1995 ed il secondo nel 1999.

Il primo intervento

Il mio caso è venuto alla luce nel corso di una normale visita di controllo routinario compiuta da parte della Dr.ssa V*, la quale ha ritenuto opportuno approfondire l'esame con un ago aspirato e l'esame citologico con esito di cellule atipiche. Quindi, lei mi suggerì di rivolgermi al Prof. C* per un eventuale intervento chirurgico. Alla Dr.ssa C*V* va tutta la mia gratitudine per aver saputo individuare il problema sul nascere e la mia grande ammirazione per la sua notevole professionalità che le permise di effettuare una diagnosi tempestiva.

La prima reazione è stata di smarrimento ed incredulità, anche in funzione del fatto che non ero a conoscenza della rilevante diffusione di questi casi che riguardano il 10% delle donne. Peraltro, la piccola dimensione e la posizione molto interna della parte affetta da tumore aveva convinto il Chirurgo che la rimozione avrebbe comportato solo una quadrantectomia.

Purtroppo, solo nel corso dell'intervento, il quadro clinico presentò una situazione più grave del previsto, venne così richiesto l'assenso ad intervenire con una mastectomia radicale per garantire un miglior risultato. Il prof. C* chiese l'autorizzazione a mio marito, mentre ero ancora sotto anestesia per poter intervenire con una radicale, poiché una sola parziale rimozione avrebbe comportato in tempi rapidi un secondo intervento.

I miei primi pensieri dopo l'intervento sono stati subito per la mia famiglia: mio marito ed i miei due figli ancora studenti universitari. Mi sono subito preoccupata di cosa sarebbe stata la proiezione futura di una famiglia composta da tre uomini che, senza di me, sarebbe stata duramente colpita negli affetti e nel raggiungimento di quegli obiettivi che ci eravamo prefissati con enormi sacrifici, di quotidiano impegno nel lavoro e negli studi. Con il passare di pochi giorni dallo smarrimento sono passata alla fase di riprogrammazione della mia vita, con la determinazione di ritornare la moglie e la mamma di sempre e di riconquistare la serenità e l'efficienza di prima, per raggiungere quegli obiettivi che mi ero posta per tutta la mia famiglia. Credo di essere riuscita a realizzare tutto questo grazie alla comprensione ed agli affetti ricevuti dalla mia famiglia. Questo stato di iniziale angoscia venne man mano allontanato nel vedere i miei figli laureati, mio marito più sereno ed io con un riconquistato benessere.

La mia famiglia è stata la mia vera medicina, ho ripreso consapevolezza di quanto la vita è bella e va vissuta come un dono, apprezzando le cose semplici di tutti i giorni che in precedenza sembravano di minor valore. Nonostante le modifiche subite dal mio corpo, sono rimasta la donna amata di sempre e questo mi ha permesso di ritornare ad essere volitiva e innamorata della vita come ero sempre stata in precedenza.

Il secondo intervento

È stato un fulmine a ciel sereno ed ancora una volta la Dr.ssa V* scoprì questo problema durante una visita di controllo. Questa ricaduta mi aveva sconcertata, ma, la presenza della Prof. C*, a cui mi sono rivolta con grande fiducia, mi ha dato coraggio per sottopormi ad un nuovo intervento.

Grazie ad una diagnosi precoce il problema si presentava meno invasivo, con qualche certezza in più circa il risultato atteso.

Di negativo c'era la mia conoscenza precisa del lungo cammino di lotta che avrei nuovamente dovuto intraprendere e che riaccendeva i timori sopiti.

Il primo intervento non aveva comportato né cicli di chemio, né di radio, pertanto, questo secondo intervento venne da me affrontato con maggiore fiducia, certa di poter superare anche questa volta il dopo intervento.

Ancora una volta la famiglia è stata l'ancora di salvezza per i sentimenti e l'affetto che mi è stato dato e di cui sentivo un grande bisogno. Inoltre, sul piano medico, sono stata presa per mano dalla Prof. L*C*, persona veramente speciale, per la quale, insieme alla mia famiglia, nutrirò sempre una grande riconoscenza.

Contemporaneamente alla mia ripresa fisica e morale mi venne richiesta la mia disponibilità a contribuire alla creazione di un'associazione di donne operate al seno, ma ancor più penso di essere una testimonial di un percorso positivo che, seppur segnato da due mastectomie, è tornata ad una vita attivissima. Queste esperienze mi hanno portato tante riflessioni positive che fanno da contraltare ai momenti di dolore superabili solo con l'aiuto della famiglia e degli amici più cari.

I miei figli, oggi uomini maturi, legati da sempre alla propria famiglia, sono la testimonianza di una realizzazione di quegli scopi che mi ero prefissata di raggiungere, unitamente all'amore di mio marito che mi ha dato certezze e la rassicurante presenza di una persona sempre al mio fianco.

PS Il primo intervento alla mammella sx – eseguito dal Prof. C il 10.12.1995 a causa di un sarcoma mammario discretamente differenziato, unitamente ad un carcinoma prevalente intraduttale con una minima componente infiltrante. Mastectomia radicale con asportazione di linfonodi con svuotamento ascellare. Non è stata necessaria nessuna terapia (chemio-radio).*

*Il secondo intervento alla mammella dx – eseguito dalla Prof. L*C* il 18.04.1999 a causa di una neoplasia classificata come carcinoma duttale ben differenziato prevalentemente intraduttale. Mastectomia radicale con asportazione linfonodi al cavo ascellare e linfonodo sentinella. Tamoxifene per via orale per anni 5.*

Lu* racconta che la sua prima reazione di fronte alla diagnosi tumorale è di totale smarrimento ed incredulità, soprattutto in funzione del fatto che, fino a quel momento, è ignara della rilevante diffusione del tumore al seno, che colpisce circa il 10% delle donne.

L'intervento chirurgico, che si prospettava a Lu*, comporta una quadrantectomia. Tuttavia nel corso dell'intervento ci sono delle complicazioni e così il marito è costretto a fare una scelta difficile: acconsentire per un'ablazione totale della mammella.

I primi pensieri di L*, in seguito all'intervento, sono rivolti alla famiglia, per cui prova preoccupazione immaginandola composta solo dai tre uomini, senza la sua presenza, perché a suo dire, verrebbe duramente colpita negli affetti e nel raggiungimento degli obiettivi di sempre. Dunque, nel momento di più grande sofferenza, come svegliarsi da un intervento e ritrovarsi completamente mutilata in una parte, così carica di significati per il corpo femminile, quale il seno, Lu*, invece, di soffrire per se stessa, soffre per la sorte del marito, per quella dei figli e dei loro progetti.

Da qui si può ipotizzare che Lu*, in un momento così drammatico, carico di emozioni, si identifichi completamente nella famiglia, che immagina senza la sua presenza, come lei stessa sperimenta la perdita totale del seno, ossia “duramente colpita negli affetti e nel raggiungimento di quegli obiettivi”. Inoltre, si potrebbe pensare che Lu* metta anche in atto inconsciamente, la risposta difensiva dello spostamento, ossia che investa sentimenti inaccettabili su un oggetto sostitutivo, “la famiglia senza di lei”, che assume il ruolo di oggetto manifesto ed è in stretto rapporto simbolico con l'oggetto reale, cioè “la perdita del seno”.

Col passare dei giorni, però, Lu*, riesce a passare alla fase di riprogrammazione della sua vita, con la determinazione di ritornare la moglie e la madre di sempre, che il tumore al seno e l'intervento mutilante avevano messo a dura prova. Emerge, pertanto, che durante la malattia Lu* avesse un'immagine corporea ed una rappresentazione di sé diversa, appunto, da quella di sempre. Tuttavia se per l'immagine corporea poco si possa fare, relativamente alla

rappresentazione di sé Lu* sembra voglia riappropriarsi di quell'immagine di sé stressa sana, serena ed efficiente per poter così raggiungere anche quegli obiettivi, che con tutta la famiglia si era prefissata. Con l'aiuto e l'affetto della famiglia Lu* riesce a superare lo stato iniziale di angoscia, soprattutto vedendo e constatando i suoi figli laureati, suo marito più sereno e lei stessa con un riconquistato benessere.

La famiglia è stata per Lu* la più efficace terapia, perché anche grazie a lei ha ripreso consapevolezza di quanto la vita sia bella e vada vissuta come un dono, apprezzando le cose semplici di tutti i giorni, che in precedenza sembravano avere poco valore.

Lu*, nonostante le modifiche subite dal suo corpo, è rimasta la donna amata di sempre e questa consapevolezza le ha permesso di ritornare ad essere volitiva e innamorata della vita come un tempo.

Lu*, però, è costretta dopo pochi anni a fare i conti con una recidiva del tumore, sulla mammella restante; la diagnosi, sempre durante una normale visita di controllo è per Lu* un vero e proprio shock. Così nuovamente i medici, che Lu* reputa persone speciali, perché l'hanno salvata già una volta, individuano il problema sul nascere, rendendolo di conseguenza meno invasivo ed, inoltre, le danno coraggio per sottoporsi ad un nuovo intervento. I presupposti per un buon esito dell'intervento ci sono tutti, di negativo c'è che Lu* deve nuovamente intraprendere il cammino di lotta, che già conosce e che le riaccende i timori sopiti.

Ancora una volta la famiglia rappresenta l'ancora di salvezza per Lu*, anche se molto di sostegno risultano i medici e gli amici più cari. Contemporaneamente alla ripresa fisica e morale, L* accetta la richiesta di contribuire alla creazione di un'associazione di donne operate al seno. Lu*, però, reputa la sua esperienza come un percorso positivo, che l'ha portata a tante riflessioni e che, seppur segnato da due mastectomie, non le ha impedito di ritornare ad una vita attivissima.

I figli di Lu*, oggi uomini maturi, legati da sempre alla propria famiglia, sono la testimonianza di una realizzazione di quegli scopi, che Lu* si era prefissata di raggiungere, insieme all'amore di suo marito, che le ha dato le certezze e le rassicurazioni di una persona sempre presente.

2. Testimonianze di follow up²

In questo secondo paragrafo verranno presentate, invece, le testimonianze di 4 pazienti conosciute nel corso della mia esperienza di volontariato, svolto lo scorso anno grazie all'associazione C.A.O.S. (Centro Ascolto Operate al Seno Onlus) Onlus, presso il Centro di Senologia dell'Istituto Ospedaliero MultiMedica di Castellanza. Le testimonianze sono il risultato di annotazioni di dati, presi durante ed in seguito alle conversazioni informali con alcune pazienti, che aspettavano di effettuare la visita di Follow up con il Dottor Benvenuto Ferrari.

La raccolta dei dati viene fatta su una scheda di lavoro che la psicologa, Dott.ssa Azzurra Cangiano, aveva preparato per noi volontarie, con il consenso della Dott.ssa Olivia Pagani e il Dottor Benvenuto Ferrari, in modo tale da fornirci delle linee guida per poter più facilmente dialogare con la paziente, comprenderne meglio la storia e riempire i silenzi.

La scheda di lavoro presenta, una prima sezione rivolta alla raccolta di dati socio-anagrafici, poi via di seguito una sezione per indagare la composizione del nucleo familiare e del loro clima, una sezione per le risorse della paziente, una sezione per l'attività lavorativa, una per i problemi e le criticità ed infine una per i bisogni.

2.1. "La malattia come sofferenza, ma anche come aiuto"

26 gennaio 2010

² Testimonianze raccolte durante la visita di follow up presso il reparto di senologia di MultiMedica di Castellanza.

Impiegata G*

Ho 46 anni... Il clima in famiglia è positivo... devo dire anche accentuata da una forte fede, che mi sostiene soprattutto nei momenti più difficili... dandomi giorno dopo giorno quelle riposte che via via sorgono. Mio figlio ha quindici anni... sa della malattia, ma non mi fa domande specifiche... gli ho spiegato il problema quando ne sono venuta a conoscenza... ma da quel momento non mi ha più chiesto nulla. Mi mostra la sua vicinanza con domande del tipo: mamma dove stai andando? o affermazioni del tipo: quando torni sono qui... è un tesoro è il mio tesoro. Così come lo è mio marito... fondamentale è infatti la sua presenza... lui è molto presente... mi comprende molto e sa quando deve restare in silenzio. Il mio matrimonio è sempre stato abbastanza solido, ma questa mia situazione credo ci abbia unito ulteriormente. Ma anche mia sorella e le mie amiche di infanzia mi hanno sostenuta molto e mi sono state molto vicine. La malattia è per me una grande sofferenza, però non mi abbatto... e non posso e non voglio continuare a chiedermi: perché a me? La malattia mi ha aiutata però a capire ancora di più quali sono i colleghi di cui posso fidarmi. Molti colleghi, infatti, hanno approfittato della mia situazione per andare avanti nella loro carriera e questo per quanto mi riguarda è una cosa davvero molto brutta.

G* è una impiegata di 46 anni, esile e minuta, con uno sguardo intenso e profondo. L'aspetto sembra quello di una donna pacata sia nel modo di vivere che nel modo di raccontare la sua esperienza. G* racconta di un clima positivo in famiglia e di una forte fede che sembrano sostenerla e confortarla, soprattutto nei momenti più difficili. La famiglia in modo particolare, sembra per la paziente la principale risorsa tangibile su cui fare affidamento.

Il tumore al seno che rappresenta per ogni donna e per la sua famiglia un evento di crisi sconvolgente, viene, appunto, vissuto da G* come una grande sofferenza, come un dolore a cui, però, lei non sembra intenzionata a piegarsi. Dal racconto si può intuire che, se in un primo momento G* sembra porsi di fronte alla malattia in modo passivo, continuando a compatirsi con frasi del tipo: "perché a me?", in un secondo momento, invece, cerca di reagire in modo più attivo, quasi autoconvincendosi che la malattia non possa avere il sopravvento su di lei.

Interessanti sono le reazioni che i familiari ed amici manifestano quando sono costretti a confrontarsi con il vissuto tumorale; vissuto che li espone in maniera diretta a rivedere la propria disponibilità. Il figlio quindicenne di G* per esempio,

da quando è stato informato della malattia della madre, non pone domande specifiche in merito alla questione, ma mostra la sua vicinanza e la sua completa disponibilità, con piccoli gesti, quali chiedere alla madre dove sta andando o rassicurarla della sua presenza al ritorno. Il marito, quello che risulta più comprendere G*, sembra dimostrare, la sua vicinanza, fondamentale per la donna, prevalentemente stando in silenzio. Le reazioni sostanzialmente analoghe di padre e figlio, ossia di mostrare la loro presenza tacendo in merito alla malattia, sembrano non essere altro che la risposta ad una pulsione inconscia di G*, ovvero ad un desiderio inconscio che la donna manifesta con la sua sofferenza.

Intorno al vissuto di cancro si è, pertanto, riorganizzata la struttura interna della famiglia, che si è ulteriormente rinforzata, determinando un tipo di relazione caratterizzato, appunto, da una maggiore vicinanza fisica ed emotiva. L'intimità avvertita con i suoi cari unita al sostegno da parte della sua rete amicale hanno aiutato G* a sopportare ed a reagire alla sofferenza, provocata dal tumore. Tuttavia la malattia, che è intensamente vissuta da G* come fonte di angosce e sofferenza, viene riconosciuta dalla stessa anche come un valido aiuto, perché permette di svelare aspetti nuovi delle persone, che ci circondano sia in positivo che in negativo, come ad esempio la non sincerità di alcuni colleghi di lavoro di G*, troppo impegnati nel calpestare la dignità e il dolore di un malato. Concludendo verrebbe da pensare che G*, alla fine, sia riuscita ad integrare nell'“oggetto-cancro” la componente negativa, evocatrice di sofferenza e morte, e quella buona, quale punto di partenza per una maggior riflessione su di sé e sugli altri.

2.2. *“Vivere alla giornata e pensare positivo”*

26 gennaio 2010

Ausiliare M*

Ho 56 anni, una figlia di 31 anni, con cui però spesso faccio fatica a parlare... c'è molto amore tra noi, ma forse un po' i caratteri e un po' anche il lavoro che mi ha portato ad essere spesso fuori casa... non so... con mio marito mia figlia dialoga moltissimo... probabilmente perché trascorre più tempo con lei dal momento che è in pensione da anni.

Comunque in famiglia c'è un clima abbastanza sereno e la fede è un punto forte della mia famiglia. Mio marito mi dedica davvero molte attenzioni, che però spesso tramuta in forti ansie che io... che io riesco a placare solo con la mia positività, con la mia vitalità. A volte, lo ammetto, la mia carica è solo una forzatura... lo faccio per la mia famiglia, per dargli coraggio... perché quando sono sola spesso piango. Fortunatamente sono sempre circondata da persone meravigliose che mi stanno vicino e mi sostengono... come ad esempio gli amici del liscio e i miei colleghi di lavoro con cui ho un rapporto bellissimo. Io difficilmente penso alla mia malattia, sono forse gli altri a ricordarmela... io preferisco vivere alla giornata, pensare positivo senza pensare al domani. Anche per esempio il fatto di avere dovuto lasciare un lavoro attivo come il mio... quello dell'assistenza domiciliare per persone anziane, per un lavoro d'ufficio... per altre persone poteva essere vissuto come un elemento di frustrazione... io personalmente mi sento ancora molto utile per gli altri, anche se in modo diverso ovviamente. A volte divento molto nervosa perché non riesco a fare tutte le attività che vorrei svolgere, perché la fatica fisica non lo permette... ma non perdo mai la mia positività e la mia fiducia.

M* è una donna di 65 anni, all'apparenza molto deliziosa, sia nei modi, che nella vita; una donna sicuramente positiva e dall'allegria contagiosa. M* racconta che in famiglia c'è un clima abbastanza sereno, malgrado la sua difficoltà a dialogare con la figlia, ormai adulta. Difficoltà che M* sembra spiegare, attraverso la razionalizzazione, ossia trovando una giustificazione "di comodo", per esempio "ma forse un po' i caratteri e un po' anche il lavoro che mi ha portato ad essere spesso fuori casa", per non ammettere una realtà, forse difficile. M* racconta inoltre che la fede è un'importante punto di riferimento per la sua famiglia. Il marito di M* sembra dedicarle davvero molte attenzioni, che però spesso si tramutano in forti ansie, che M* riesce a placare solo con la sua positività. Ma anche M* ha le angosce, eppure sembra nasconderle, soprattutto ai familiari, a cui nonostante la malattia, continua ad infondere la sua forza, la sua energia. I ruoli sembrano sovrapporsi non soltanto nella gestione della casa, nella gestione della figlia, ormai adulta, a cui però da anni pensa il marito perché in pensione, ma anche nella gestione delle emozioni, di chi deve farsi forza e supportare e di chi invece deve essere supportato. M* supporta e sopporta, ma da sola piange, piange per sfogare le sue angosce e le sue paure per il futuro, a cui

non vuole pensare, perché è meglio vivere giorno dopo giorno, cercando di apprezzare il presente. M* non vuole tormentarsi nel pensare alla malattia, sono gli altri con i loro atteggiamenti e le loro ansie a ricordargliela continuamente.

Verrebbe, quindi, da pensare che l'opposizione di M* a proiettarsi nel futuro sia in realtà legata alla paura, che nel futuro possa ricomparire il tumore, mentre nella quotidianità, che M* preferisce e che vive giorno dopo giorno, il tumore non è presente, presenti sono "solo" la fatica e a volte l'angoscia. Quell'angoscia che spesso prova per tutto quello che vorrebbe fare, ma che non riesce, in particolare nell'attività lavorativa.

M* prima della malattia era un'ausiliare a domicilio, una donna positiva, estremamente attiva ed in forze, ma con la malattia le sue forze l'hanno abbandonata, costringendola ad un impiego meno stressante per il suo fisico: il lavoro d'ufficio. La fatica fisica e il dolore, postumi della malattia, sembrano costringere M* a fare i conti con se stessa e con il modo in cui ora si percepisce nel mondo. Risultato: M* non si abbatte, la percezione di sé è ancora, anche se in maniera diversa, quella di una persona molto utile e positiva sia per se stessa che per gli altri, infatti si sente ancora attiva, nonostante le forze non siano sempre presenti.

M* per sua fortuna è sempre circondata da persone, che le stanno vicino e la sostengono, persone che non si sono sottratte dal confronto con il vissuto tumorale, persone amiche, come ad esempio gli amici del liscio e i colleghi di lavoro, con cui, a suo dire, ha una rapporto bellissimo.

2.3. "Bisogno di normalità e guarigione"

28 gennaio 2010

Commerciante

A maggio compirò 60 anni... sono stata operata lo scorso luglio al seno sinistro e ho dovuto ridurre il seno destro... passando da una quinta ad una seconda... cosa per niente facile da mandar giù... ma fortunatamente non ho dovuto fare nessuna chemioterapia. La mia famiglia è stata per me fondamentale... la mia è una famiglia numerosa... io e mio marito abbiamo tre figli tutti sposati e due meravigliosi nipotini. In famiglia c'è

abbastanza un clima sereno ed è rimasto tale malgrado i problemi che abbiamo avuto io e mio marito... lui con un tumore al colon e subito dopo io con un tumore al seno. Abbiamo passato dei momenti molto difficili... ma non siamo mai stati soli perché la famiglia e gli amici ci hanno sempre sostenuto molto. Mio marito però tra tutti rimane il mio punto di riferimento... Dopo un periodo nero ho ripreso a lavorare sempre come commessa in salumeria e ora non chiedo altro che un po' di guarigione e un po' di normalità per me e per tutta la mia famiglia.

La paziente è una commerciante di 60 anni, di corporatura media e dall'aspetto abbastanza curato. La paziente descrivendo la sua difficile esperienza di malattia, vissuta quasi in concomitanza con il tumore al colon del marito, racconta di aver subito un intervento di ricostruzione del seno sinistro, malato e di riduzione del seno destro, sano, conseguente presumibilmente ad un primo intervento di mastectomia. Spesso, infatti, accade, come in questo caso, che sia necessario operare anche il seno sano per ridurlo e compattarlo come il seno ricostruito ed in genere ciò avviene non solo per evitare che si possa sospettare che ci sia stata un'amputazione, ma soprattutto per migliorare la simmetria da un punto di vista estetico.

Tuttavia, proprio perché è enorme il cambiamento, che la paziente subisce a livello fisico, passando da una quinta di seno ad una seconda, risulta per lei difficile accettare un tale cambiamento nella sua realtà corporea, soprattutto se si pensa all'enorme significato che le dimensioni del seno hanno nell'immaginario collettivo. Il tumore al seno, proprio perché attacca la parte più carica di simbolismi e significati, sia personali che collettivi, del corpo femminile, sembra provocare nella paziente una crisi profonda rispetto alla percezione della sua immagine corporea e rispetto alla sua identità. Si potrebbe ipotizzare, quindi, che la difficoltà della paziente ad accettare la sua nuova condizione corporea sia in realtà una difficoltà nel riconoscersi in una taglia seconda e quindi, di riflesso, anche in quell'identità di persona, di donna, di madre e nonna che era.

Sembrerebbe che la sofferenza per i cambiamenti fisici e psicologici arrecati dal tumore al seno, in concomitanza con quella per la malattia del marito rende estremamente difficile il vissuto tumorale della paziente, che, però racconta di non

essere mai sola. Infatti nella famiglia ed in modo particolare nella figura del marito la paziente trova una potente risorsa terapeutica, capace, così come alcune amicizie, di sostenerla e starle accanto nei momenti più difficili. Come sappiamo, infatti, il tumore è un evento traumatico, intensamente vissuto sia a livello personale che a livello sociale; infatti, non è soltanto l'esistenza del malato ad essere profondamente turbata, ma anche quella dei suoi familiari e di tutte le persone che lo amano (Graziottin, Castoldi, 2000; Graziottin, Rovei, 2007).

La paziente fa notare, in maniera interessante, come nonostante “il periodo nero” che ha affrontato con i suoi familiari, il clima sereno della famiglia non sia mai stato, però, intaccato. Senza dubbio un atteggiamento positivo nei confronti della malattia può essere molto d'aiuto nell'affrontare il vissuto tumorale e favorire un nuovo equilibrio, anche se, non sempre e mai con facilità, il contesto familiare riesce a reggere solidamente al duro impatto, che un evento simile provoca.

La malattia, che la paziente chiama “il periodo nero”, sembra evocare in lei continuamente angoscia ed incertezza, per la propria vita, per quella dei familiari ed inevitabilmente anche per il futuro, nel quale la paziente si auspica un ritorno al benessere e alla normalità. E il primo passo, appunto, verso la soddisfazione del bisogno di normalità sembra rappresentato dal ritorno al lavoro della paziente.

2.4. “Un po' di rispetto!”

28 gennaio 2010

Hostess da volo 42 anni

Da un esame mi è stato diagnosticato il tumore al seno... è stato come un fulmine a ciel sereno... sono sempre stata una ragazza sportiva... non fumo, non bevo... insomma ancora non capisco perché sia successo a me... da lì è iniziato il mio calvario, ho girato diversi ospedali... perché nei precedenti ospedali venivo trattata come un numero... venivo abbandonata a me stessa durante il trattamento su sedie scomodissime per ore senza che nessuno... mi dicesse nulla. Qui mi sono trovata diversamente... anche se sono arrivata solo dopo la chemio... il personale è buono poi il dottore... è davvero valido... sì, sì, nulla da dire... il mio compagno mi è stato molto vicino sin dall'inizio... ho spesso avuto paura che non mi trovasse più attraente... infatti gli chiedevo continuamente: ma

come fai a trovarti bella?... no, no senza lui, non so come avrei fatto... Fondamentale è stata anche la mia famiglia, da mio fratello ai miei genitori... tutti mi sono stati molto vicino..anche se poi i miei genitori, proprio perché sono molto anziani, erano spesso all'oscuro di certe mie crisi... Determinante è stata però la vicinanza fisica e psicologica con una mia vicina di casa che ha vissuto un problema analogo al mio. La sua energia e la sua vitalità... la sua bellezza anche nella malattia, mi hanno dato più forza ed anche il coraggio di accettarmi con tutte le mie sfaccettature... Un altro grande stimolo è stato per me il desiderio di ritornare al lavoro, lavoro che ho ripreso da poche settimane. Sono molto felice per questo se non fosse per il fatto che il rientro in sé per sé è stato odioso per via di alcune colleghe. Al lavoro non avevo detto niente a nessuno, o meglio, non l'avevo detto personalmente a nessuno se non a chi di dovere... solo che il cambiamento era abbastanza evidente... ho sempre avuto i capelli lunghi e quando sono rientrata al lavoro avevo i capelli cortissimi... non sembravo neanche io... e nel mio lavoro l'aspetto fisico è molto importante... una mia collega... che a questo punto credo sapesse qualcosa mi fa: cambiato taglio? Non era tanto quello che ha detto a ferirmi quanto il tono con cui lo ha detto... irrispettoso, invadente di una persona... di una persona che vuole sapere per forza, se non peggio, solo per curiosità, gli affari tuoi.

La* è una hostess di 42 anni di bella presenza, alta, magra e con un taglio molto corto dei capelli, che sembra più una scelta estetica, che una condizione impostale dalla malattia. La* racconta che quando è venuta a conoscenza della malattia è stato per lei un vero e proprio shock, infatti la frase “è stato come un fulmine a ciel sereno” rende l'idea di quanto traumatico sia stato per La* scoprire di avere un tumore al seno e di conseguenza vedere anche crollare tutte le sue certezze. A partire per esempio dalla convinzione che uno stile di vita regolare potesse preservare da una tale malattia. Certamente uno stile di vita regolare è un importante fattore protettivo, che, però, non è sufficiente a rendere immuni dalla malattia tumorale. È come se La* fino alla consapevolezza della patologia, razionalizzando, si sia servita di questo dato per allontanare da sé l'angoscia di una malattia come il tumore al seno.

La* racconta che dalla fase iniziale di shock, che coincide con la perdita delle certezze, inizia anche la sua grande sofferenza. La* racconta di come, negli ospedali dove precedentemente è stata curata, venisse abbandonata a se stessa dal personale curante e di come, di conseguenza, venisse anche umiliata la sua dignità

di persona “venivo trattata come un numero”. La* durante il periodo del trattamento sembra vivere momenti di sconforto e di profonda crisi, aggravati dalla sensazione di non essere rispettata, né come persona, né come malata.

Fondamentale è però la presenza del compagno, che appare onnipresente, fin dall’inizio. Un compagno a cui La* continua a chiedere conferme in merito al suo aspetto estetico, quando in realtà sembrerebbe che queste conferme siano soprattutto relative alla solidità del loro rapporto. La*, infatti, ammette che, con la malattia, ha spesso avuto l’angoscia di non poter più attrarre il suo compagno. Come se l’attacco al seno, cioè al simbolo per eccellenza della femminilità, avesse rappresentato per La* la rinuncia ad una parte importante di sé; una rinuncia, che ha comportato non solo la difficoltà a percepirsi, ma anche a riconoscersi ancora come persona desiderabile.

Di grande supporto sono stati per La* anche il fratello e la coppia genitoriale, anche se proprio a quest’ultimi La* nasconde i suoi momenti di crisi e lo fa sostanzialmente per proteggerli da ulteriori preoccupazioni, considerata la loro anziana età. Nel percorso di guarigione di La*, però cruciale è la vicinanza fisica e psicologica con una vicina di casa, che come lei ha avuto un’esperienza tumorale significativa. La* racconta che la bellezza, l’energia e la vitalità della sua vicina di casa le sono stati da stimolo per diventare più forte, ma soprattutto per riuscire ad accettarsi in tutte sue parti, compreso quel seno che è stato attaccato e ferito. Sembra, dunque, che l’identificazione, ossia la risposta inconscia, che La* mette in atto con la sua vicina di casa, abbia per La* un effetto terapeutico, perché le permette di sviluppare una rappresentazione di sé come bella, energica e vitale, che le permette così di accettarsi nella sua totalità, con appunto tutte le sue “sfaccettature”. Un altro importante stimolo nel suo percorso di guarigione è per La* il desiderio di riprendere a lavorare, desiderio che poi viene soddisfatto e per cui La* si dice molto felice, nonostante al lavoro, per via probabilmente della competizione, si sia creata una situazione, in cui non si è sentita rispettata nella sua persona. La* racconta, infatti, che una sua collega facendo una “battuta” sul

suo nuovo taglio di capelli, avrebbe intenzionalmente voluto metterla a disagio, solo per curiosità.

Si potrebbe invece ipotizzare, che La* tornando al lavoro e quindi confrontandosi con le altre colleghe si senta diversa, come, infatti, è sottolineato nella frase “rientrata al lavoro avevo i capelli cortissimi... non sembravo neanche io... e nel mio lavoro l’aspetto fisico è molto importante”, e pertanto, consapevole di tale diversità, La* è come se volesse l’assoluto riserbo in merito alla sua situazione, come se ancora non fosse concluso il processo di elaborazione.

3. Testimonianze raccolte nella seconda edizione di un “Tè con le pazienti”³

In questo terzo ed ultima paragrafo le testimonianze descriveranno il vissuto che alcune donne hanno raccontato durante la seconda edizione dell’incontro un “Tè con le pazienti”, iniziativa promossa dal Centro di Senologia dell’Istituto Ospedaliero MultiMedica di Castellanza in collaborazione con le associazioni C.A.O.S. onlus (Centro Ascolto Operate al Seno Onlus) di Varese ed Europa Donna della Svizzera Italiana.

Un “Tè con le pazienti” è un incontro rivolto fundamentalmente alle “ex” pazienti oncologiche, ma non solo e ha l’obiettivo di condividere le esperienze personali del percorso di cura e di vita, in un’atmosfera accogliente e conviviale sorseggiando la bevanda del tè. Le “ex” pazienti, dunque, in un contesto il più informale possibile, hanno la possibilità di raccontare la loro esperienza ed interagire con il team curante e con le altre pazienti, anche grazie alla mediazione di Adele Patrini, Presidente di C.A.O.S. Onlus.

L’incontro è anche occasione per presentare un libro e in questa seconda edizione di un “Tè con le pazienti” è stato scelto *L’anno del Girasole Pallido* di Silvia Roncaglia, con l’esposizione di alcune delle tavole illustrate da Cristina Ceretti.

³ Iniziativa promossa dal Centro di Senologia dell’Ospedale MultiMedica di Castellanza in collaborazione con le associazioni C.A.O.S. onlus (Centro Ascolto Operate al Seno Onlus) di Varese e Europa Donna della Svizzera Italiana

Un libro pieno di coraggio e speranza, fortemente voluto e promosso dal gruppo Giovani pazienti di Europa Donna della Svizzera Italiana, che racconta con sincerità e rispetto un dolore che fa vacillare ogni certezza, ma dal quale si può anche guarire. Si tratta di un libro rivolto ai più piccoli, ma ugualmente capace di essere un prezioso strumento anche per i grandi. *L'anno del Girasole Pallido* è la storia realistica di una famiglia normale, che un giorno viene sconvolta da una notizia inaspettata. Silvia Roncaglia racconta con delicatezza il periodo, che va dalla diagnosi del tumore al momento, in cui la speranza di essere guariti si apre come un nuovo orizzonte del presente.

3.1. "Felice di esserci"

19 novembre 2010

Impiegata

Ho 43 anni, sono una impiegata e sono molto emotiva... io quando ho saputo del male mi sono chiesta perché? Non ho mai fumato, bevuto, ho avuto tre figli... si dice che i figli possano evitare il male. Ho iniziato la chemio rossa e sono stata molto molto male. Fortunatamente non ho metastasi, ma è stata un'esperienza potentissima... mi ha destabilizzata... distrutta. Sono stata a casa dal lavoro e grazie all'aiuto della psicologa... mi sono ripresa. Ho dovuto farlo... per l'amore per la vita e per l'amore per i miei figli. Ma che sofferenza... La donna cambia e ha grandi difficoltà ad accettarsi... soprattutto in situazioni come queste. Mi sono ritrovata nel mezzo del cammino della vita e mi sono scoperta e ritrovata. Sono contenta di aver avuto questa possibilità. Non riesco a mangiare perché rigettavo tutto quello che mangiavo... grazie all'aiuto degli altri ho ritrovato me stessa. Quando ho ritrovato il gusto di mangiare e tutto quello che avevo intorno... sono rinata. Sono felice di esserci, sono rinata. Ma in particolare sono felice di esserci.

L'"ex" paziente è un'impiegata di 43 anni, che inizia il racconto del suo vissuto definendosi come una donna molto emotiva. Effettivamente, l'emotività è ciò che maggiormente traspare in lei dal primo momento, infatti quando prende parola sembra particolarmente commossa, probabilmente ancora per via dei vissuti evocati dall'illustrazione del libro *L'anno del Girasole Pallido*.

L'“ex” paziente racconta che quando è venuta a conoscenza della diagnosi si è chiesta diverse volte i motivi per cui una malattia come il tumore al seno sia potuta entrare nella sua vita, dal momento che ha sempre tenuto uno stile di vita abbastanza regolare: niente fumo e niente alcool. Da queste affermazioni iniziali si può notare come l'“ex” paziente stigmatizzi la malattia con il fumo e l'alcool. Sembra, dunque, che la donna abbia cercato, attraverso la razionalizzazione, ossia una risposta difensiva che tenta di "giustificare", attraverso comportamenti, ragionamenti un fatto che il soggetto ha sperimentato come angoscioso, di trovare un nesso di causa effetto fra un determinato comportamento e la sua malattia. Inoltre anche la convinzione erronea della paziente relativa all'idea che i figli possano essere un fattore protettivo nei confronti della malattia, sembra confermare l'utilizzo della paziente del meccanismo inconscio della razionalizzazione.

L'“ex” paziente descrive il suo vissuto tumorale come un'esperienza potentissima, che destabilizza e distrugge. Queste parole fanno capire quanto critico sia stato per la paziente affrontare una malattia così temuta, come il tumore al seno, che evoca nell'immaginario collettivo morte e sofferenza. Quest'ultima, infatti, che si manifesta prepotentemente nel corpo, ma soprattutto nell'anima, sembra caratterizzare gran parte del vissuto tumorale della donna. Vissuto, che sembra già difficile da accettare per via dei cambiamenti quotidiani, che avvengono nella vita di una donna, ma che diventa ancora più arduo quando si è costretti a fare i conti le diverse modificazioni sul piano fisico e psicologico provocate dal tumore al seno. Per esempio la difficoltà della donna nel riuscire a mangiare, si può ipotizzare in realtà come una sua incapacità, come un suo rifiuto nell'accettare la realtà della malattia tumorale nella sua vita. Infatti, sembra che soltanto dopo aver recuperato il gusto di mangiare, ossia dopo aver elaborato l'evento di crisi, per mezzo del sostegno degli altri, la donna sia riuscita a riacquistare il gusto della vita e quindi a rinascere.

La paziente racconta, infatti, che, nel periodo in cui è stata a casa dal lavoro, il grande supporto della psicologa, l'amore e la responsabilità nei confronti dei suoi

figli, sono stati gli elementi determinanti, che sono riusciti a scuoterla dal suo iniziale smarrimento e ad accompagnarla nel cammino dell'elaborazione dell'evento tumorale, fondamentale per la riorganizzazione del proprio mondo interiore. La donna, dunque, una volta compiute tutte le fasi dell'elaborazione, riesce a prendere felicemente coscienza della nuova possibilità di rinascita, che il vissuto tumorale le ha dato, ma soprattutto della possibilità di esserci ancora nel mondo.

Sembrerebbe, dunque, che la malattia, che, prima, era la causa determinante dello smarrimento della donna, fino al punto di farla sentire totalmente persa, sia diventata, ora, per lei l'occasione fondamentale per scoprire e ritrovare se stessa. È come se la donna avesse riscoperto ed integrato nell'"oggetto-cancro" le due qualità, quella cattiva, portatrice di sofferenza e morte e quella buona, occasione per una riscoperta di sé.

Con il tumore al seno si concretizza, infatti, per la donna la possibilità di prendere coscienza di sé e del suo essere nel mondo, facendo emergere così quegli aspetti della sua personalità, che fino a quel momento erano sconosciuti o semplicemente sopiti.

3.2. *"Ho paura!"*

Infermiera

Avevo 36 anni quando ho scoperto di avere un tumore al seno... era il marzo del 2004... dopo una normale mammografia di controllo... ho scoperto di avere un carcinoma maligno della mammella sinistra... con però la prospettiva di un intervento chirurgico. Mi sono operata dopo una settimana, poi è seguita la chemioterapia e poi... e poi ancora 5 anni di terapia ormonale. È stato estenuante... Ora sto bene... gli esami vanno bene... ho perso 30 kg perché ho seguito alla lettera la dieta data dal dottore. Ho seguito alla lettera la dieta perché volevo vedermi meglio. È ancora dura soprattutto perché sono un'infermiera e leggo tutte le cose possibili ed immaginabili e mi spavento perché penso di avere qualsiasi cosa... è stupido lo so, ma non riesco a farne a meno. Ho paura... non riesco a negarlo, ho paura di ricadere in quel calvario. La mia famiglia mi è stata molto di supporto... e lo è ancora... tutt'ora... ma si sta male... soprattutto quando si è soli... Mio marito mi è stato vicino in tutti i modi. Anche se, lui... non lo ammetterà mai, ma aveva

dentro di sé un bombardamento di emozioni. Per un po' è stato difficile capirci o meglio per lui è stato più difficile capirmi, ma ne siamo usciti... piano piano, ma ne siamo usciti.

L'“ex” paziente è un'infermiera di 42 anni di altezza e corporatura media. L'aspetto è quello di una donna apparentemente serena, che racconta la sua esperienza tumorale, dalla diagnosi ai successivi trattamenti, descrivendola come un'esperienza estenuante. Infatti la malattia del tumore al seno e le sue rispettive terapie provocano nella vita di una donna un profondo sconvolgimento, che può avere delle ripercussioni sia sul piano fisico che su quello psicologico.

Sul piano fisico l'“ex” paziente, sembra stare bene, come lei stessa sottolinea, non solamente in riferimento al riscontro clinico dato dagli ultimi esami, ma anche in riferimento al suo aspetto fisico. La donna, infatti, racconta di aver perso 30 kg dopo aver seguito “alla lettera” la dieta consigliata dal medico. La scelta della donna di dimagrire sembra sostanzialmente legata al desiderio di sentirsi meglio con quella parte di sé, che è stata offesa dalla malattia e dalle terapie. Infatti sembrerebbe che il dedicare attenzione al suo aspetto fisico significhi per la donna curare anche quell'immagine mentale che ha di se stessa e di conseguenza recuperare di nuovo l'autostima. Perché avere un'immagine più accettabile del proprio corpo significa anche riacquistare sicurezza in sé e nelle relazioni con gli altri. L'“ex” paziente sembrerebbe dunque attivarsi a livello fisico per recuperare anche quell'equilibrio psichico, che invece è rimasto ancora molto compromesso dal vissuto tumorale. Infatti, sul piano psicologico l'“ex” paziente sembra non essere ancora riuscita ad elaborare la perdita del suo equilibrio e si sente vacillare sotto la spinta delle paure legate all'incertezza di una vera guarigione. Tale difficoltà della donna, come lei stessa racconta sembra legata al suo lavoro da infermiera, che la porta continuamente ed inevitabilmente a confrontarsi con vissuti di malattia.

Verrebbe da pensare che questa spiegazione della donna, altro non sia che un tentativo di razionalizzazione, ossia di fornire una giustificazione o una spiegazione di “comodo“, che la donna mette in atto inconsciamente per dare ragione alla sua difficoltà. Si potrebbe ipotizzare, invece, che la sua difficoltà nel

superare l'angoscia di morte sia in realtà legata alla sua continua identificazione inconscia con la condizione di malattia, e ad una sorta di ipocondrismo latente della donna, che è diventato manifesto e ha preso il sopravvento solo in seguito alla malattia. Inoltre sembrerebbe che la ricerca febbrile di informazioni non aiuti la donna a ridurre questa preoccupazione ansiosa, che invece accresce, provocando, appunto, delle forti ripercussioni sulla sua qualità della vita. Enorme è infatti la paura di rivivere l'esperienza traumatica del tumore al seno. Tuttavia la donna non appare abbandonata a se stessa, la famiglia, che in maniera inevitabile viene anch'essa colpita dagli sconvolgimenti della malattia è stata ed è tutt'ora per la donna un'importante fonte di supporto, anche se le angosce legate alla paura di rivivere l'esperienza tumorale, sembrano prendere il sopravvento, quando la donna è sola.

Oltre alle reazioni individuali, compaiono spesso alterazioni nella vita relazionale, infatti, il vissuto tumorale, condiziona in modo significativo anche l'equilibrio della coppia, spesso già sufficientemente provato dalle dinamiche al suo interno. Nel caso dell'"ex" paziente, il rapporto affettivo con il marito sembra aver subito delle ripercussioni significative a causa delle incomprensioni, prevalentemente generate dallo stato di vulnerabilità psicofisica della donna. La coppia, però, come unico organismo vivente, se lo desidera è in grado di riappropriarsi del proprio equilibrio; si tratta sicuramente di un processo complesso, che necessita di tempo, come sottolinea anche la donna, ma che non è insuperabile.

3.3. *"La mamma non sta bene"*

Impiegata

Nel 1994 a 32 anni, una normale visita di controllo rileva la presenza di un carcinoma maligno della mammella destra... nella mia famiglia c'erano già stati dei precedenti... infatti già mia nonna e mia zia materna erano state colpite dal tumore. Nel giro di tre giorni mi sono operata... mi hanno effettuato una mastectomia parziale e subito dopo sei cicli di chemio... sembrava che andasse tutto bene... o per lo meno che le cose tornassero un po' alla normalità o quasi... nel frattempo ero diventata anche madre di una bellissima

bambina... che mi ha riempito completamente la vita. Ma poi dopo 16 anni... dopo ben 16 anni sono caduta di nuovo per via di un altro linfonodo sulla stessa mammella. Sono stata operata di nuovo, ma questa volta con un asportazione totale... Ora mia figlia ha 10 anni e sono ancora in ballo. La bambina negli ultimi mesi ha avuto un calo a scuola per via della mia situazione... non riesco neanche ad abbracciarla e questo credo abbia creato un forte disagio in lei. Piango ogni volta che vedo mia figlia perché la mamma... la mamma non sta bene. Io sono ancora molto coinvolta. Mi sento un po' colpevole e sfiduciosa, pessimista. Vorrei tanto ritornare ad essere la donna di una volta... vorrei non aver paura di abbracciare mia figlia... come vorrei di nuovo il mio aspetto... Ho pensato all'idea di una ricostruzione, ma ho paura perché una mia compagna d'avventura conosciuta nella stanza della chemio l'ha fatta, ma è andata male. A 30 anni avevo altri sogni, non avevo la bambina, ora è come se non ci credessi più.

La paziente è una impiegata di 48 anni. L'aspetto è di una persona sulla quale il dolore e la sofferenza della malattia hanno lasciato tracce profondissime. Il corpo esile e lo sguardo rassegnato esprimono molto intensamente l'assoluta mancanza di godere dell'esistenza. In questa donna l'energia e lo slancio vitale, conseguenti prima al presunto superamento della malattia tumorale e dopo alla possibilità concreta di diventare madre, sembrano svaniti con la seconda diagnosi di carcinoma maligno, ricomparso sulla stessa mammella dopo 16 anni. La paziente, non è nuova al confronto con il vissuto tumorale, infatti già la nonna e la zia materna erano state colpite dal tumore al seno. Si potrebbe ipotizzare che tale familiarità all'evento, abbia portato inconsciamente la paziente, nel corso di questi anni, a credere, attraverso il meccanismo difensivo della razionalizzazione, di esserne in qualche modo preparata. In altre parole, la razionalizzazione, verrebbe inconsciamente utilizzata dalla paziente per costruire ragioni esplicative "di comodo", per poter contenere e gestire l'angoscia. Tale ipotesi spiegherebbe quindi il perché l'angoscia di morte e dei fantasmi di mutilazione, che nella prima diagnosi e durante i successivi trattamenti viene intuita in modo abbastanza composto, nella seconda, prenda completamente il sopravvento generando di conseguenza un duro crollo psicofisico della paziente.

Tale situazione può sembrare paradossale se si considera che con l'asportazione totale della mammella, si hanno maggiori probabilità di sconfiggere

la malattia, grazie, appunto, alla sua efficacia nel rimuovere le cellule tumorali. Tuttavia nell'immaginario della paziente sembra che la reale paradossalità stia invece nel fatto di vivere, nuovamente, l'evento tumorale e, come se non bastasse, l'esperienza della mutilazione.

Il tumore al seno, proprio perché pone di fronte all'ombra della morte e al limite del corpo, viene vissuto dalla paziente come una profonda ferita narcisistica, ossia come un'offesa all'autostima e all'amor proprio della sua persona, che vede ormai stravolti i suoi sogni, i suoi progetti, ma anche a quell'idea di un'immagine del corpo integro, ossia di quella rappresentazione mentale di sé unitaria, che una donna costruisce, spesso faticosamente, nel corso della vita. Tale ferita all'immagine unita e integra di sé come tale, comporta notevoli cambiamenti, nella qualità di vita, nell'immagine corporea, rispetto a come il proprio corpo appare e nella capacità della persona di esprimere se stessa e di aprirsi e donarsi al mondo.

Infatti, quello che maggiormente colpisce in questa testimonianza, oltre allo stato di sfiducia e depressione in cui sembra essere caduta la paziente, dopo aver realizzato a livello fisico e psicologico ciò che realmente è andato perso, è la condizione di paralisi e di congelamento, in particolare del mondo affettivo, della donna. Il congelamento, che è una risposta tipicamente infantile dello stato d'impotenza e di debolezza alle minacce esterne, viene utilizzato dalla paziente per far fronte alle sue continue angosce: per esempio per la malattia, per i cambiamenti a livello corporeo, per i cambiamenti nella sua realtà di donna e madre, per il calo scolastico e quindi psicologico della figlia, per il rifiuto del contatto e l'evitamento delle coccole con la figlia, come se fosse, appunto, rallentata nel suo modo di esternare i sentimenti.

L'ipotesi di questa condizione potrebbe essere che la donna perdendo il seno è come se avesse anche perso la capacità di comunicare, infatti nessun'altra parte del corpo umano è in grado di comunicare affetto in modo altrettanto intenso e caldo come il seno. Proprio per via della difficoltà di comunicare con la figlia, la paziente sembra provare nei confronti di questa un enorme senso di colpa, che,

però, non riesce ancora a spingerla verso una vera e propria riparazione, ossia all'utilizzo di quel meccanismo di difesa che permette appunto di riparare l'"oggetto" (figlia) offeso.

Nonostante la paralisi della paziente, in lei sembra ancora molto presente il desiderio di recuperare i sogni, le aspettative, i progetti, così come l'integrità corporea e psicologica persi con la malattia. Tuttavia la paura del futuro e dei possibili risvolti negativi, per esempio di una eventuale ricostruzione del seno, sembrano prendere il sopravvento; come se l'angoscia di morte unita alla consapevolezza del limite corporeo avessero ormai rassegnato la paziente e quindi tolto significato alla sua storia, ossia al succedersi degli avvenimenti nel tempo, trasformando la malattia nell'unica realtà veramente vissuta.

3.4. *“Una donna in rinascita”*

Mi chiamo Gi*,

[...] Tante di voi vi conosco... chi condivide con me ancora il salotto... chi invece ha preso solo un caffè con me... ma ha arricchito con la sua presenza, esperienza la mia vita. A tutte voi rivolgo un caloroso abbraccio e vorrei che stasera tornaste a casa con una fiamma speciale nel vostro cuore e con la convinzione CHE più dei tramonti, più del volo di un uccello, la cosa meravigliosa in assoluto è una donna in rinascita.

Quando si rimette in piedi, dopo la catastrofe, dopo la caduta, che uno dice... è finita.

No, finita mai, per una donna. Una donna si rialza sempre, anche quando non ci crede, anche se non vuole.

Non parlo solo dei dolori immensi, di quelle ferite da mina antiuomo che ti fa la morte o la malattia.

Parlo di te, che questo periodo non finisce più, che ti stai giocando l'esistenza in un lavoro difficile, che ogni mattina hai un esame peggio che a scuola.

Ma sei donna e una donna ricomincia comunque, ha dentro un istinto che la trascinerà sempre avanti.

Ti servirà una strategia, dovrai inventarti una nuova forma per la tua nuova te, perché ti è toccato di conoscerti di nuovo, di presentarti a te stessa.

Non puoi più essere quella di prima.

Non ti entusiasma? Ti avvincerà lentamente.

Innamorarsi di nuovo di se stessi, o farlo per la prima volta, è come un diesel. Parte piano, bisogna insistere.

Ma quando va, va in corsa.

È un'avventura, ricostruire se stesse. La più grande.

Non importa da dove cominci, se dalla casa, dal colore delle tende o dal taglio dei capelli.

Mi amo e adoro tutte voi amiche, donne in rinascita, per questo meraviglioso modo di gridare al mondo: “Sono nuova” con una gonna a fiori, o con un fresco ricciolo biondo, bruno, bianco...

Perché tutti devono capire e vedere:”ATTENTI: IL CANTIERE È APERTO. STIAMO LAVORANDO ANCHE PER VOI. MA SOPRATTUTTO PER NOI STESSE”.

Più delle albe, più del sole, una donna in rinascita è la più grande meraviglia.

Per chi la incontra e per se stessa. È la primavera a novembre, quando meno te lo aspetti.

Gi* è una donna, che avevo già avuto la possibilità di conoscere, nel corso dell'esperienza di volontariato; estremamente solare e positiva, capace come poche di nascondere le sue fragilità dietro ad un sorriso contagioso. Con il contributo di Gi* si è conclusa la seconda edizione dell'incontro un “Tè con le pazienti”. Per l'occasione, infatti, Gi* ha scritto una poesia ”Una donna in rinascita”, attraverso cui si racconta.

”Una donna in rinascita” è dedicata interamente alle donne in generale nel tentativo di infondere in loro forza e la determinazione. La poesia: Una donna in rinascita racconta come non ci sia nulla di più meraviglio e stupefacente “È la primavera a novembre, quando meno te lo aspetti” di una donna in rinascita, di una donna che ricomincia a vivere; non a caso il significato etimologico della parola rinascere è riuscire dal seno materno, ricominciare ad essere. Ricominciare a vivere e/o ricominciare ad essere, fa presumere ad una esistenza, già presente che però è mutata, quindi, ad un'esistenza in divenire, tipica della condizione dell'uomo.

Gi* nella sua poesia, in riferimento “ai dolori immensi” e alla ferita “ da mina antiuomo”, che un evento, come la malattia tumorale, provoca, descrive come una donna sia capace di affrontare qualsiasi perdita, “catastrofe”, angoscia, perché il corpo di una donna, proprio perché portatore di vita, ha dentro di sé un istinto

speciale, che la porta ad essere più resistente alle sofferenze, più forte; quell'istinto di vita che prevale sull'istinto di morte, anche quando non ha le forze o non se la sente o quando “uno dice... è finita”, la donna è capace di reazione sempre. E proprio perché ogni giorno è chiamata ad affrontare le sfide e i conflitti con se stessa e con l'ambiente, ogni giorno la donna scopre/riscopre lati nuovi della sua personalità, che la portano inevitabilmente a mettersi continuamente in discussione, a tentare di riconoscersi e perché no, anche di ripresentarsi a se stessa.

Non si può più essere quelle di prima, ma gradualmente il desiderio di ricominciare a vivere e/o di ricominciare a essere entusiasmerà, fino al punto da innamorarsi della propria persona, anche se ferita, mutilata e così diversa da prima. Il riscoprire se stesse è come un'avventura e “Non importa da dove cominci, se dalla casa, dal colore delle tende o dal taglio dei capelli... Perché tutti devono capire e vedere: “ATTENTI: IL CANTIERE È APERTO. STIAMO LAVORANDO ANCHE PER VOI.” MA SOPRATTUTTO PER NOI STESSE”.

Quindi la donna in rinascita, è una donna che si attiva per ricostruire la sua esistenza e quella delle persone, come la famiglia, che le sta accanto e con lei si confronta con le angosce e le incertezze, che una malattia, come il tumore al seno evoca. Gi* con questa poesia, racconta metaforicamente la sua esperienza di rinascita, vissuta con la malattia, e le frasi “ Mi amo” e “Sono nuova” con una gonna a fiori, o con un fresco ricciolo biondo, bruno, bianco” evidenziano una rappresentazione di se stessa estremamente positiva ed inoltre come Gi*, malgrado non abbia fisicamente ancora vinto il tumore, che si può intuire dalla frase “chi condivide con me ancora il salotto”, lo abbia però vinto psicologicamente, vivendolo, appunto, come occasione di rinascita.

Le testimonianze qui sopra mostrano come l'esperienza del tumore al seno, pur essendo un evento di crisi specifico per ogni donna, presenti alcuni elementi comuni. Per esempio è possibile notare tra i diversi racconti che la risposta

iniziale in seguito allo shock della diagnosi di malattia è tendenzialmente caratterizzata da incredulità e negazione transitorie e in un secondo tempo da reazioni quali ansia e paura, accompagnate spesso da rabbia, amarezza, afflizione, evocate dal pericolo di annientamento, dal senso di impotenza e di invulnerabilità. Questo insieme complesso di reazioni rappresenta, solo una parte delle risposte tipiche ai numerosi problemi, che una malattia come il tumore al seno può suscitare.

Dai loro vissuti, sembra, infatti, che queste donne, in un primo momento mettano in atto dei meccanismi difensivi, come la proiezione o la razionalizzazione, per potersi proteggere dalla realtà troppo dolorosa del tumore. Precisamente la proiezione è una operazione per la quale il soggetto espelle da sé e localizza nell'altro, persona o cosa, qualità, sentimenti o desideri che si rifiutano o non si riconoscono come propri; la razionalizzazione, invece, è un tentativo di "giustificare", attraverso comportamenti, ragionamenti ed argomenti un fatto o processo relazionale, che il soggetto ha trovato angoscioso (Laplanche, Pontalis, 1981). Una volta, però, sottoposte ai vari trattamenti sembra che queste donne riescano a prendere gradualmente contatto con la realtà e a reagire in modo più attivo.

L'asportazione del seno, totale o parziale, genera ansia per la malattia e per i cambiamenti estetici, ma provoca anche modificazioni a livello psicologico, che sono conseguenti ai cambiamenti, che avvengono nella propria realtà di donna e madre e alla perdita del senso d'integrità corporea. Ad essere colpita è, infatti, l'identità ai livelli più profondi e intimi: viene aggredito il seno, simbolo della femminilità e della maternità.

Inoltre anche gli effetti collaterali delle terapie antitumorali, come la perdita dei capelli, l'aumento di peso, l'interruzione del ciclo mestruale, si accaniscono ulteriormente contro i principali aspetti della femminilità e rappresentano momenti anch'essi difficili da superare, riducendo di molto la soddisfazione per la propria immagine corporea e causando disagio e sofferenza a livello fisico e psicologico (Knobf, 1986; Holland, Lesko, 1989). La gestione di questi vissuti

comporta inevitabilmente un notevole dispendio di energia psichica, che viene così sottratta alle abituali risorse per l'attività quotidiana, per la famiglia e le relazioni. Una volta terminato il periodo attivo dei trattamenti, dai racconti, viene sottolineato come queste donne non siano mai lasciate sole nel difficile compito di comprendere quanto successo e convivere con la loro nuova condizione; questa è dunque la fase di elaborazione dell'evento malattia come parte della storia personale, in cui è necessario avvertire e interiorizzare il cambiamento.

Certamente una donna, per il lungo allenamento cui la sua realtà biologica la sottopone, ha più facilità a saperci fare con le trasformazioni interne del proprio corpo, diverse sono, però, le trasformazioni, che arrivano dall'esterno, ad esempio, dal bisturi del chirurgo, dagli effetti delle terapie e da tutto ciò che, sul piano reale, può modificare la sua immagine corporea (Pigozzi, 2004). Nella malattia viene disturbato tutto il modo di essere nel mondo della persona, ma anche della sua famiglia, poiché la sofferenza, che la paziente manifesta nel corpo pone tutti i soggetti a lei vicina di fronte all'ombra della morte e alla percezione del limite. La minaccia di morte, in modo particolare, colpisce la dimensione dell'etica relazionale, esponendo così ogni membro della famiglia, oltre alla paziente stessa a rivalutare il proprio vissuto e il rapporto con gli altri (De Feudis, 2003; Boszormenyi-Nagy, Krasner, 1986).

Le testimonianze descritte, riportano, infatti, un atteggiamento di sostegno e di protezione da parte dei familiari nei confronti della paziente, anche se il più delle volte sembra che siano proprio queste donne, ferite dalla malattia, a cercare di proteggere i propri cari dal dolore, fingendo che tutto stia procedendo bene. Inoltre, sempre da queste esperienze, emerge anche l'esigenza di alcune donne a raccontare a parole o per iscritto il loro vissuto tumorale per trasformare l'evento stesso, in un'esperienza più vivibile e più accettabile, in cui la rabbia per la propria femminilità derubata e mutilata può lasciare il posto alla fierezza per una femminilità ferita, ma al tempo stesso rinnovata e più consapevole.

Il tumore al seno, pertanto, prima di essere un'*esperienza biologica* e di malattia, si configura come un'*esperienza biografica*, capace di arricchire di una

maggior consapevolezza della realtà e indicare il percorso verso una trasformazione interiore e verso un nuovo modo di stare al mondo (Chiozza, 1981). La malattia, dunque, non costituisce la conclusione dei giochi, delle speranze e del vivere, ma ben sì il punto di partenza per una rinnovata consapevolezza di sé e del proprio essere nel mondo.

Conclusione

Al termine di questo lavoro risulta evidente, soprattutto in riferimento alle testimonianze delle donne, che hanno vissuto in prima persona l'esperienza tumorale, il duro impatto che un evento simile possa provocare sul vissuto personale e sulla rappresentazione di sé di ogni singola donna. Tuttavia è sempre grazie alle testimonianze di queste donne coraggio, che si ha anche prova di come una malattia come il carcinoma mammario possa danneggiare e ferire il corpo senza, però, annientarne la persona. Comunque, prima di iniziare a delineare gli aspetti più generali e insieme più salienti del vissuto tumorale, emersi da queste pagine, ritengo sia necessario partire con ordine spiegando anzitutto la realtà dell'immagine corporea, poiché credo, ora più che mai, che affrontare il tema del tumore al seno, prescindendo dalla rappresentazione del sé corporeo delle pazienti rappresenti per quest'ultime un'ulteriore mutilazione.

L'immagine corporea o la rappresentazione mentale del sé è un concetto articolato e complesso da definire; l'espressione, infatti, ha assunto connotazioni differenti a seconda delle discipline e degli autori, che nel corso della storia si sono appassionati e cimentati nella sua definizione. Tra tutte rimane, però, famosa la teorizzazione elaborata da Schilder (1935), che, nel tentativo di integrare le conoscenze neurologiche con la prospettiva psicoanalitica, giunge a definire l'immagine corporea come un quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo, vale a dire il modo in cui il corpo appare a noi stessi. Spesso, però, tale concetto viene confuso od equiparato con la nozione di schema corporeo, che identifica l'individuo quale rappresentante dello spazio, indipendentemente dal luogo, dall'epoca, o dalle condizioni in cui egli vive. Tuttavia mentre lo schema corporeo si configura come una struttura cognitiva di rilevanza neurologica, che si forma in maniera piuttosto precoce ed è teoricamente il medesimo per tutti gli individui della specie umana (Radice, 1988).

L'immagine corporea è, invece, una realtà psicologica legata alla storia personale di ciascun soggetto, per lo più mutevole nel tempo, che però raggiunge una certa stabilità solo al termine dell'adolescenza. Tale realtà, anche se più tardivamente rispetto allo schema corporeo, si struttura nei primissimi giorni della vita grazie all'accurato lavoro del caregiver, solitamente il genitore. Quest'ultimo, infatti, attraverso contatti di natura sensitiva e motoria, aiuterebbe il bambino, che non conosce ancora il suo corpo, a distinguere i propri confini da quelli degli altri oggetti presenti nell'ambiente, formando così una più precisa consapevolezza del proprio corpo fino alla strutturazione e alla realizzazione della sua identità e della sua immagine corporea. Quello dell'immagine del corpo è quindi un complesso processo d'accrescimento sottoposto a graduali cambiamenti e costituito dall'integrazione a diversi livelli dei fattori: percettivo, libidico, psicologico, sociale e culturale. Questi ultimi, in modo particolare, si riferiscono ad eventi ed esperienze che predispongono e condizionano il modo con cui le persone percepiscono e si rapportano con il proprio corpo (Cash, Pruzinsky, 2002). Tuttavia è solo grazie alle sue componenti che l'immagine corporea si configura come un processo capace di integrare le percezioni, gli affetti e le idee, che, attraverso la sua storia personale e gli atteggiamenti dell'ambiente esterno, l'individuo attribuisce al suo corpo.

L'immagine corporea, nonostante sia soggetta a continue modifiche per via dello scambio costante esistente fra le pulsioni dell'Io e l'ambiente (Gentili, 1965) è anche di un fenomeno che tende costantemente alla stabilità, alla coesione dell'Io e di conseguenza all'unità psicofisica. Esistono, però nel corso della vita, una serie eventi o situazioni, come ad esempio incidenti o malattie che deturpano il corpo, che possono destabilizzare o compromettere questa unità del soggetto. In questi casi ed in modo particolare, quando non si verifica l'integrazione del corpo, il rischio è quello di incorrere in un disturbo di immagine corporea, ovvero in una frammentazione dell'Io, dove il corpo viene sentito come deforme. L'intensa polarizzazione sui propri disturbi fisici, può diventare per il soggetto l'unica possibilità di esprimere il proprio malessere o disagio psichico, favorendo così la

comparsa di un disturbo psicosomatico, estremamente legato al fallimento di una delle fasi dello sviluppo del Sé. Dunque, riconoscendo l'alterazione e il fallimento dell'immagine corporea è possibile comprendere una vasta serie di sintomi e sindromi. Tuttavia, per arrivare a tale riconoscimento, è necessario comprendere, prima, quali sono i meccanismi neurologici alla base della realizzazione dell'immagine corporea, facendo riferimento, in modo particolare, al fenomeno dell'emineglect (dove vi è una lesione delle aree parietali, in cui vengono integrate le informazioni sensitive) e al fenomeno dell'arto fantasma (dove le informazioni sensitive vengono meno).

Dopo aver presentato in un'ottica psicodinamica la realtà dell'immagine del sé corporeo diventa qui cruciale descrivere, in un ottica medica, la patologia del carcinoma mammario, che rappresenta, dopo i tumori della pelle, il tipo di neoplasia più diffusa tra la popolazione femminile. Il carcinoma mammario è un tumore maligno, ossia una lesione (nodulo), che distrugge i tessuti epiteliali, fino a infiltrare, in fase avanzata, le strutture circostanti. È certamente tra i tumori a più lenta crescita ed è stato valutato che in media il tumore si raddoppia circa tre volte per anno. La causa originaria della malattia non è ancora conosciuta con certezza anche se sono stati identificati dei fattori di rischio, quali fattori genetici, fattori endocrini e fattori ambientali.

- *Fattori genetici*: è ipotizzabile un aumento del rischio quando in famiglia vi sono casi di tumore del seno in parenti prossimi (madre, sorella, nonna, zia) sia da parte materna che paterna; inoltre in presenza di una forte familiarità di casi di tumore dell'ovaio e del seno, si può sospettare la presenza di predisposizione genetica, in molti casi sono disponibili anche test.
- *Fattori endocrini*: numerosi studi hanno dimostrato una stretta correlazione tra l'insorgenza del tumore del seno e gli ormoni femminili. Le donne con vita fertile più lunga sono più a rischio sia nel caso di prima mestruazione precoce, sia in quello di menopausa tardiva. Anche il numero delle gravidanze può influire sul tumore del seno, maggiore è il numero, minore è il rischio. Inoltre

anche l'età della prima gravidanza è influente: una gravidanza prima dei 30-35 anni sembra proteggere dal rischio di tumore al seno.

- *Fattori ambientali*: l'obesità, specialmente dopo la menopausa ed un eccesso di calorie aumentano il rischio.

Il tumore della mammella può essere rappresentato, inizialmente, da un gruppo di cellule anomale che formano un nodulo di pochi millimetri oppure un focolaio di microcalcificazioni. Queste lesioni iniziali, in genere, non provocano dolore perché totalmente asintomatiche e spesso possono anche non essere evidenziate dal più scrupoloso esame clinico. Tuttavia, mentre le microcalcificazioni possono diventare piuttosto estese senza dare nessun segno di sé, il nodulo invece con l'aumentare del tempo diventa palpabile o addirittura visibile (Dionigi, 2004). Di fatto, però, la maggior parte dei carcinomi mammari non dà segni di sé e la sua presenza viene evidenziata solo dopo un esame mammografico, che è attualmente l'indagine che assicura la più elevata accuratezza diagnostica nei processi neoplastici maligni e benigni della mammella. Oltre alla mammografia può essere utile ai fini di una diagnosi precoce l'ecografia e l'autopalpazione mensile per tutte le donne sopra i vent'anni. La maggior parte dei carcinomi insorge nelle unità dotti-lobulari (UTDL) e successivamente dà luogo a tumori diversi, non solo per la loro morfologia, ma anche per il loro comportamento biologico. Un tumore maligno si può, infatti, diffondere attraverso il circolo linfatico ai linfonodi, e attraverso il sangue ad altri organi e tessuti distanti dalla sede d'origine, riproducendo noduli tumorali. Queste lesioni secondarie prendono il nome di metastasi anche se il tumore che si diffonde altrove mantiene lo stesso nome di quello originale. Si parla in questo caso di tumore della mammella metastatico, anche se il tumore secondario si trova in un altro organo (Dionigi, 2004).

Il più comune tipo di cancro della mammella è chiamato carcinoma duttale, che ha origine nel rivestimento dei dotti. Il carcinoma lobulare, un'altra variante, si forma invece nei lobuli. Per entrambi i tipi si riconoscono una forma in situ, decisamente non invasiva, e una forma infiltrante, totalmente invasiva. I carcinomi non invasivi sono tutti quei tumori che, pur presentando le

caratteristiche istopatologiche della malignità, hanno un lento accrescimento rimanendo confinati all'epitelio prima di infiltrare lo stroma, mentre i carcinomi invasivi sono quei tumori della mammella nei quali è presente un'invasione stromale (Henderson, 1995).

Il tumore della mammella, come molti credono, non è comparso con la civiltà moderna, ma è sempre esistito. Per secoli, i medici hanno descritto casi simili nella loro pratica con la conclusione che non vi fosse trattamento alcuno in grado di guarire da tale malattia. Dunque dopo una prima fase antica della medicina, quasi interamente ipotetica dal punto di vista patogenetico, subentra una fase di transizione, rinascimentale, in cui i metodi di osservazione sono ancora embrionali, ma in cui si sviluppano modificazioni essenziali per la conoscenza pratica delle malattie e sulla loro interpretazione teorica. Anche la diagnosi fa piccoli, ma costanti progressi (Pulchinotta, 1989) che portano successivamente a eseguire il primo intervento chirurgico di mastectomia, realizzato nel 1882 da Halsted. Fino agli anni '70 la mastectomia radicale secondo Halsted diviene così il metodo chirurgico più praticato. Esso consiste in un intervento chirurgico nella quale la mammella viene rimossa in blocco col muscolo grande e piccolo pettorale e la cute sovrastante, almeno 4 cm da ogni parte della biopsia tumorale; vi è inoltre una resezione in blocco di tutto il tessuto linfatico ascellare, compresi i linfonodi che precedono la vena succlavia.

Successivamente l'affermarsi di alcune tecniche:

- mastectomia modificata (Patey, Auchincloss, Madden, Handley, Jeis, Jesnick), che lascia intatto il muscolo grande pettorale, richiede meno sacrificio di cute e normalmente si associa a una dissezione linfonodale meno estesa;
- quadrantectomia (Veronesi) con dissezione dei linfonodi ascellari o del solo linfonodo sentinella, che richiede l'asportazione del tumore con il tessuto circostante e seguito dalla radioterapia

conquistano buona parte della popolarità riservata alla mastectomia secondo Halsted, perché molto meno mutilanti, ma altrettanto capaci di ottenere le medesime percentuali di successo.

La storia naturale delle neoplasie della mammella è oggi contraddistinta in modo particolare da due teorie. Secondo la prima, esiste una gradualità delle lesioni proliferative mammarie che vanno dall'epitelio normale al carcinoma situ. Successivamente il tumore si diffonderebbe ai linfonodi e solo in una terza fase raggiungerebbe gli organi a distanza. Ciò ha indotto molti chirurghi a privilegiare atteggiamenti demolitivi più ampi possibili quando la malattia appaia confinata entro i limiti della ragione. Tale concezione viene invece contrapposta ad una teoria che privilegia gli aspetti biologici della neoplasia, considerata come una malattia sistemica, che coinvolgerebbe una complessa serie di intenzioni immunologiche locali e generali. Per tale motivo l'intervento chirurgico deve essere modulato ed adattato, in termini di exeresi, allo stadio della neoplasia e in secondo luogo all'impiego della terapia radiante e della chemioterapia a integrazione della chirurgia (Zanella, Tucci, 1997).

Il carcinoma della mammella è generalmente considerato operabile se è tecnicamente possibile rimuovere tutto il tessuto neoplastico, se il tumore non coinvolge o non è diventato fisso alla cute o alle strutture mammarie profonde e se non ha metastatizzato oltre i linfonodi ascellari o della catena mammaria interna (Fisher et al., 1989). L'intervento chirurgico nella maggior parte dei casi è il primo provvedimento terapeutico, che viene intrapreso. Esso prevede un tempo mammario, finalizzato ad asportare radicalmente il tumore, e un tempo ascellare, per consentire la valutazione dei linfonodi (N) e asportarli se interessati dal tumore (Dionigi, 2004).

Oltre alla chirurgia, rivestono un ruolo altrettanto importante la radioterapia, la chemioterapia e l'ormonoterapia, che sono le cosiddette terapie adiuvanti (Zanella, Tucci, 1997). L'espressione adiuvante significa di aiuto e il termine si riferisce ai trattamenti, utilizzati come supplemento alla terapia chirurgica, che vengono indicati alle donne operate di tumore alla mammella in fase iniziale, per ridurre le possibilità che il tumore si riformi. Esistono due tipi di terapie adiuvanti: i trattamenti locali e i trattamenti sistemici.

- I *trattamenti locali*, come la radioterapia, che agiscono sulla zona interessata e hanno lo scopo di distruggere le eventuali cellule cancerose ancora presenti localmente, in modo da ridurre il rischio di recidiva.
- I *trattamenti sistemici*, come la chemioterapia o l'ormonoterapia, che agiscono su tutto l'organismo mirando a distruggere le cellule cancerose che potrebbero trovarsi nel corpo.

Il carcinoma mammario, come gran parte dei tumori, comporta un alto rischio di recidiva e solitamente ciò avviene entro i primi cinque anni dopo il trattamento, anche se sembra che un terzo di tutte le recidive si verifica anche dopo cinque anni. In genere, il tempo medio perché si sviluppi una recidiva a livello locale o regionale dopo la terapia iniziale è di tre anni, mentre il tempo medio per una recidiva in un punto distante è, invece, di due anni. Ovviamente maggiore sarà l'intervallo tra il primo tumore e la ricaduta, migliore sarà anche la prognosi. Resta, quindi, fondamentale la diagnosi precoce del primo tumore perché se all'epoca il tumore era stato identificato quando ancora era di dimensioni contenute anche la ricaduta sarà più facilmente curabile (Giordano et al., 2004).

Nel tentativo di meglio comprendere e trattare il cancro della mammella, è stato proposto di raggruppare le lesioni nelle loro diverse fasi di accrescimento, mediante stadi, al momento della diagnosi. In questo modo i cancri della mammella possono essere facilmente inquadrati per il loro sviluppo all'interno della mammella (*diffusione locale*), per l'interessamento neoplastico ed il carattere dei linfonodi ascellari regionali (*diffusione regionale*), e per lo stato delle restanti strutture dell'organismo in termini di metastasi (*diffusione a distanza*). La stadiazione è un importante, ma spesso trascurato, aspetto di valutazione in presenza di un tumore della mammella in quanto serve a raggruppare i pazienti in base all'estensione della malattia, a paragonare i risultati dei diversi protocolli terapeutici, a formulare un più accurato giudizio prognostico (Zanella, Tucci, 1997) e a identificare per esempio quelle pazienti che probabilmente non trarranno vantaggio dal trattamento con mastectomia.

Oggi, si riscontra un lieve, ma costante aumento della malattia in tutto il mondo, soprattutto nei paesi occidentali e quelli più industrializzati. Ogni anno, infatti, circa trentamila donne scoprono di avere un tumore al seno e il 25% di queste è in fase premenopausale (Bloom et al., 2004). Tuttavia, nonostante l'aumento del numero dei casi, grazie alla prevenzione, che riduce il rischio di sviluppare un tumore della mammella e favorisce la possibilità di una diagnosi precoce, e grazie alle nuove scoperte terapeutiche la mortalità per carcinoma mammario si è stabilizzata e perfino ridotta in alcune aree, tanto da rendere la guarigione definitiva un traguardo raggiungibile nella maggioranza dei casi.

In seguito all'exkursus teorico fin qui esposto eccomi giunta finalmente al "cuore" della questione, ovvero alla ricapitolazione di tutti quegli aspetti più salienti della rappresentazione del sé corporeo nel carcinoma mammario. La diagnosi di cancro al seno rappresenta nella vita di una donna un evento fortemente sconvolgente, poiché la colpisce non soltanto in quanto minaccia la sopravvivenza, ma anche perché provoca un disequilibrio psicologico, relazionale e sociale. Costituisce pertanto un momento di cambiamento cruciale, che si costituisce come crisi di identità: la salute e la sopravvivenza vengono minacciate, la qualità di vita alterata per un lungo periodo dalle terapie, i progetti di vita e gli investimenti devono essere rivisitati e spesso cambiati in relazione alla propria nuova condizione. Anche le relazioni familiari ed affettive e la vita sociale subiscono un impatto ed una modificazione notevole (Anfossi, 2002).

Le persone intorno al soggetto malato, infatti, hanno diversi modi di reagire nei confronti della sua malattia e degli eventuali mutamenti fisici legati ad essa. C'è chi, infatti, reagisce in modo solitario, chi in modo premuroso e chi in modo spaventato o scioccato. Ogni volta si scoprono dei lati nuovi in se stessi e nelle persone, che ci circondano. Alcuni si tirano indietro o cercano di evitare in presenza del soggetto la parola cancro. Altri chiedono in modo diretto in che modo possono essere di aiuto o fanno capire che sono a completa disposizione; altri ancora riempiono la persona malata di consigli o propongono i metodi di cura miracolosi che hanno scoperto in internet (Borle, Lanz et al., 2007).

In genere intorno al vissuto tumorale viene riorganizzata struttura interna della famiglia e modificate le interazioni, determinando un nuovo stile relazionale, caratterizzato da una maggiore vicinanza fisica ed emotiva. Tuttavia non sempre e mai con facilità, le persone intorno al malato riescono a reggere solidamente al duro impatto, che un evento simile provoca. Oltre a tutti questi vissuti nella donna affetta da tumore al seno si somma l'attacco proprio alla parte più carica di simbolismi e significati, sia personali che collettivi, del corpo femminile: il seno. Il seno, che è anche organo relazionale per eccellenza, fondamentale per lo sviluppo psichico del bambino all'interno del rapporto con la madre, rappresenta una componente importante dell'immagine corporea. Inoltre si tratta di un elemento strutturante e quindi testimone tangibile dell'identità femminile, risultante di molteplici esperienze di rapporto col proprio corpo. L'attacco al seno, provocato dal cancro e dalla terapia chirurgica, viene, dunque, sperimentato dalla donna come una profonda ferita narcisistica alla sua femminilità, ferita che la mette duramente in crisi nella sua identità di donna, moglie e madre.

Inoltre, succede che tale ferita all'immagine unita e integra di sé possa provocare delle profonde ripercussioni anche nella sfera sessuale sia da un punto di vista biologico sia da un punto di vista psicosessuale (Graziottin, 2008). Pertanto la paura di spogliarsi, quella di non essere più desiderabili, il non osare più fare l'amore e l'umiliazione davanti ad un corpo, che ha perso qualcosa di molto importante, si accompagnano al vissuto di malattia. Lo scontro con la malattia rappresenta quindi un momento di crisi, un periodo di trasformazione, cambiamento e rimessa in discussione delle proprie concezioni sul mondo e soprattutto su di sé, per cui dopo il termine della terapia la donna si trova a dover ri-definire la sua femminilità, ri-impostare i propri rapporti affettivi amicali ed a ricollocarsi nel mondo (Anfossi, 2002).

Ai vissuti di ansia, paura e disorientamento, rabbia conseguenti al senso di minaccia esistenziale che il tumore comporta, si associano vissuti di mutilazione, sofferenza profonda, umiliazione, vergogna ed imbarazzo per un corpo percepito come deturpato, derubato delle sue risorse e divenuto, quindi, sterile. La donna,

che sente colpita la sua immagine e la sua identità, si fa prendere dall'ansia per i dubbi relativi alla sua capacità di ritornare ancora ad una vita normale, nella coppia, in famiglia e sul lavoro. Tuttavia se la malattia determina continuamente uno stato di ansia, tanto vale che la donna si prenda cura di sé, trasformando le sue ansie, in ansie sane e positive, rivolte al desiderio di realizzarsi come donna, di scoprire e riscoprire aspetti della propria femminilità insieme all'immagine di se stessa come intera.

La maggioranza delle donne, che subisce un'ablazione del seno sente profondamente l'esigenza di operare una vera e propria riparazione del proprio equilibrio esteriore; riparazione che può essere offerta, per esempio con una protesi amovibile o con un intervento ricostruttivo (Anderegg, Lanz, 2006). Infatti ricostruendo il seno, la donna cerca disperatamente di stabilire un nuovo equilibrio fisico e psichico. Perché avere un'immagine più accettabile del proprio corpo significa anche riacquistare sicurezza in sé e nelle relazioni con gli altri. Resta comunque il fatto che anche questi tipi di interventi non sono esenti da traumi, preoccupazioni ed insoddisfazioni, in quanto il seno ricostruito, per quanto ben fatto, non sarà mai il seno fantasticato dalla paziente (Gambarino, Torta, 2004). Tuttavia il processo riparativo del corpo, perché sia compiutamente efficace, deve essere soprattutto un processo auto-riparativo a partire, quindi, da un lento e faticoso percorso ricostruttivo di se stessi.

Dunque, l'accettazione della donna della profonda ferita alla sua identità di genere, diventa per lei un importante percorso di trasformazione, che dalla femminilità deturpata porta a una femminilità ritrovata e rinnovata e quindi più vitale (Anfossi, 2002). Concludendo è possibile, pertanto, affermare con certezza, che la malattia tumorale, non costituisce la conclusione di un'esperienza traumatica, ma il punto di partenza per la rielaborazione della propria immagine, dei propri comportamenti, dei criteri e dei valori con cui vivere. Poiché tutto quello che accade al nostro corpo è un messaggio che il nostro sé profondo ci invia, con il quale ci invita a fermarci ad entrare nel dolore senza sentirci delle vittime; allora il dolore e la ferita, provocati, da una malattia come il tumore al

seno, diventano per la donna un'opportunità per riflettere su di sé e la via preziosa per costruire una nuova identità ed un nuovo progetto di vita.

Bibliografia

- Ambroggio G.P., Oberto E. (1990), *La ricostruzione mammaria*. Masson, Milano.
- Anderegg T., Lanz S. (1998), *Vivere con il cancro del seno*. Lega svizzera contro il cancro, Berna 2006³.
- Andrikowsky M.A., Curran S.L., Studts J.L. et al. (1996), Psychosocial adjustment and quality of life in women with breast cancer and benign problems: a controlled comparison. *J. Cl. Epidemiol.*, 49: 827.

- Anfossi M. (2002), Femminilità ferita e ritrovata. Gruppi esperienziali per donne operate al seno. *Informazione Psicologica Psicoterapia Psichiatria*, 46 pp. 38-51.
- Bloom J. R. et al. (2004), Then and now: quality of life of young cancer survivors. *Psychooncology*, 13 (3): 147-160.
- Bonadonna G., Robustelli Della Cuna G., Valagussa P. (2007), *Medicina oncologica*. Masson Editore,
- Bonnier P. (1905), L'aschematic. *Reveu Neurologique*, 13, pp. 605-609.
- Borle R., Lanz S., Muller C., Pastore S., Ruegsegger A. (2004), *La terapia antitumorale ha cambiato il mio aspetto*. Lega svizzera contro il cancro, Berna, 2007³.
- Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. (1986): *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*, Brunner/Mazel, New York.
- Bresciani C., et al. (1997), *Il corpo, un dono, un valore, un compito*. Istituto Pro Famiglia, Brescia.
- Cash T., Pruzinsky T. (2002), *Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice*. The Guilford Press, Stanford.
- Cassese F.S., Benedettini G.G. (1973), L'influenza della dinamica familiare sulla formazione dell'immagine di sé del bambino. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 34 (1), pp. 25-52.
- Chiozza L.A. (1981), *Psicoanalisi e cancro*. Borla, Roma.
- Chu K.C., et al. (1988), Analysis of breast cancer mortality and stage distribution by age for Health Insurance Plan clinical trial. *J. Natl. Cancer Inst.* 80: 1125.
- De Feudis R. (2003), Il tempo dell'esitazione. La relazione di aiuto psicologico con la donna operata di cancro al seno. *Terapia familiare*, 59.
- De Roche R., Spital M.I. (2006), *Un nuovo seno?*. Lega svizzera contro il cancro, Berna 6° edizione riveduta.
- Dolto F.(1984), *L'immagine inconscia del corpo*. Red, Como 1996.
- Dupont W.D., Page D.L. (1985), Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N. Engl. J. Med.*, 312: 146..
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (1992), Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy: 151 randomized trials involving 32,000 recurrences and 25,000 deaths among 77,000 women. *Lancet* 339: 1.
- Eddy D.M. (1989), Screening for breast cancer. *Ann. Intern. Med.* 111: 389.
- Fisher B. et al. (1989), Eight-year results of randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N. Engl. J. Med.*, 320: 822.
- Fisher B. et al. (1993), Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. *N. Engl. J. Med.*, 328: 1581.

- Fornaro M. (2001), Immagine del corpo e narcisismo. In: Cavagna D., Fornaro M., *Il corpo negli sviluppi della psicoanalisi*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Francescato D., Ghirelli G. (1998), L'intervento sulla crisi e la gestione dello stress. In: Francescato D., Ghirelli G. (a cura di), *Fondamenti di psicologia di comunità*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Freer P., Cecchini G.M., Miccoli P. (1993), Effetti psico-sessuali dell'intervento di mastectomia e di ricostruzione mammaria. *Rivista di Psichiatria*, giugno, vol. 28, pp. 159-162.
- Galimberti U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*. Feltrinelli, Milano,
- Gambarino C., Torta R.: Il tumore della mammella: immagine di sé e sessualità. In: Dionigi R., *Il tumore della mammella. Una guida per la donna in gravidanza*.
- Ganz P., Desmond K., et al. (1999), Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J. Clin. Oncology*, vol. 17, 8, pp. 2371-2381.
- Garber J.E. (1991), Familial aspects of breast cancer. In: Harris J.R., et al. (eds). *Breast Diseases*, Lippincott, Philadelphia 1991², p. 142.
- Gentili C. (1965), Corpo come relazione. *Sistema nervoso*, 17, pp. 174-187.
- Giordano S.H., et al. (2004), Is breast cancer survival improving? *Cancer*, Jan 1, 100(1), pp. 44-52.
- Graziottin A., Castoldi E. (2000), Sexuality and breast cancer: a review. In: Studd J. (ed.), *The Management of the Menopause*. The millennium review, New York.
- Graziottin A., Rovei V. (2007), Sexuality after breast cancer. *European Journal of Sexual Health*, pp 292-298.
- Graziottin A. (2008), *Sexuality in cancer management*. Abstract of the lecture presented at the World Congress of the International Union Against Cancer (UICC) (Geneva), Geneva, Switzerland, August 27-31.
- Gree G. (1999), *The Whole Woman*. Knopf, New York.
- Gros M. (1993), La relation sexuelle des cancéreuses mastectomisées. *Psychologie Médicale*, vol. 15 (9), pp. 1583-1584.
- Harris J.R. et al. (1992), Breast cancer. *N. Engl. J. Med.*, 327: 319.
- Head H. (1920), *Studies in Neurology*, vol. II. Oxford Med. Pub., London.
- Henderson I.C. (1995), Il carcinoma della mammella. In: *Principi di Medicina Interna*, McGraw-Hill, Milano 1995.
- Henderson I.C. (2004), What can a woman do about her risk of dying of breast cancer? *Curr. Psycho-oncology News*.
- Henderson I.C et al. (1989), Breast cancer. In: De Vita V.T. Jr, Hellman S., Rosenberg S.A. (Eds), *Cancer : Principles and Practice of Oncology*, Lippincott, Philadelphia, pp 1197-1268.

- Holland J., Lesko L. (1989), Chemotherapy, endocrine therapy, and immunotherapy. In: Holland, J., Rowland, J. (a cura di), *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York, pp. 146-162.
- Holmberg S.K., Scott L.L., Alexy W., Fife B.L. (2001), Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nurs.*, feb, 24 (1): 53-60..
- Hortobagyi G.N. (1988), Treatment of Breast Cancer. *N. Engl. J. Med.* 339: 974-984.
- Jacobson E. (1964), *Il Sé e il mondo oggettuale*. Martinelli, Firenze 1974.
- Kemeny M., Wellisch D. (1988), Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer. *Cancer*, vol. 62, pp. 1231-1237.
- Klein R.(1971), A crisis to grow. *Cancer*, vol. 28, pp. 1660-1665.
- Knobf M.T. (1986), Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *J. Clin. Oncology*, pp. 678-684.
- Kornblith A.B., Ligibel J. (2003), Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin. Oncol. Dec.*, 30 (6): 799-813.
- Ladavas E., Berti A.E. (2002), *Neuropsicologia*. Il Mulino, Bologna.
- Lalli N. (1997), Dallo schema corporeo all'immagine corporea: la complessità del vissuto corporeo. In: *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*. Liguori, Napoli.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1981), *Vocabolario di psicoanalisi*. Laterza, Roma-Bari.
- Lehamm A, Margulis A. (1983), Mutilation, reconstruction, travail de deuil. *Psychologie Médicale*, vol. 15 (9), pp. 1581-1582.
- McGuire W.L., Clark G.M. (1992), Prognostic factors and treatment decisions in axillary node-negative breast cancer. *N. Engl. J. Med.*, 326: 1756.
- Meltzer, D. (1987), *Lo sviluppo kleiniano*, vol. 1: *L'evoluzione del Freud clinico*. Borla, Roma.
- Mian E. (2006), *Specchi. Viaggio all'interno dell'immagine corporea*. Phasar Edizioni, Firenze.
- Midiri G. et al. (1986), La mammella. In: L. Gallone et al., *Manuale di fisiopatologia chirurgica*. Masson, Milano.
- Molinari E., Riva G. (2003), *Psicologia clinica dell'obesità*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Moore D.H., et al. (1983), Breast carcinoma etiological factors. *Adv. Cancer Res.*, 40: 189-253.
- Muller C., Bellinzona (2002), *Accompagnare il malato di cancro*. Lega svizzera contro il cancro, Berna 2005³.
- Muller C. (2006), *Il cancro e la sessualità femminile*. Lega svizzera contro il cancro, Berna.
- Pagani O., Prati S. (2008), *Carcinoma mammario prima della menopausa*, Europa Donna Svizzera Italiana.

- Pankow G. (1977), *L'uomo e la sua psicosi*. Feltrinelli, Milano.
- Panzironi G. (1993), Una donna curata dal cancro. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 20, settembre-dicembre.
- Pennebaker J.W. (2004), *Scrivi cosa ti dice il cuore: autoriflessione e crescita personale attraverso la scrittura di sé*. Erickson, Trento.
- Pick A. (1908), *Ueber Storungen der Orientierung am eigenen Koerper*. Karger, Berlin.
- Pigozzi L. (2004), Modificazione dell'immaginario del corpo femminile. In: *Le donne e il cancro al seno*. Metis, Milano.
- Pugliese P. (2008), *Sessualità e cancro*. Collana del Girasole, AIMAC in collaborazione con CancerBackup.
- Pulchinotta A.M. (1989), *Storia illustrata della senologia. Fra scienza e mito*. Novartis.
- Rabinowitz B. (2002), Psychosocial issues in breast cancer. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, Mar, 29 (1): 233-247.
- Radice C. (1988), Lo schema corporeo. *Animazione ed Espressione*, 26, pp. 229-231.
- Ramachadran V.S. (2004), *Che cosa sappiamo della mente*. Mondadori, Milano.
- Robbins, Cotran, et al. (2008), *Basi patologiche della malattia*. Delfino, Roma.
- Romieu I. et al. (1990), Oral contraceptives and breast cancer. Review and meta-analysis. *Cancer*, 66: 2253.
- Ruggieri V. (1988), *Mente corpo malattia*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Ruggieri V., Galati D., Lombardo G. (1993), Processi di costruzione dell'immagine corporea. *Realtà e prospettive in psicofisiologia*, 5-6-7, pp. 71-89.
- Schilder P. (1935): *Immagine di sé e schema corporeo*. FrancoAngeli, Milano 1973.
- Schnitt S.J., et al. (1988), Ductal carcinoma in situ (intraductal carcinoma) of the breast. *N. Engl. J. Med.*, 318: 898.
- Stella S. (2001), Note attorno all'idea di corpo nel pensiero di Melanie Klein. In: Cavagna D., Fornaro M., *Il corpo negli sviluppi della psicoanalisi*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Vegetti Finzi, S. (1980), *Storia della psicoanalisi*, Mondadori, Milano.
- Veglia F. (2005), *I disturbi sessuali*. In: Bara B. (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Veronesi U., et al. (1984), *I tumori della mammella*. CEA, Milano.
- Zanella E., Tucci G.F. (1997), Mammella. In Dionigi R., *Chirurgia*. Masson, Milano 1997².

Sitografia

http://www.aimac.it/	Associazione Italiana Malati di Cancro (A.I.Ma.C.)
http://www.caosva.org/	Centro Ascolto Operate Al Seno (C.AO.S.)
http://www.ribbonofpink.com/	Ribbon of Pink
http://www.sanihelp.it/	Sanihelp
http://www.senologia.net/	Senologia
http://www.solaris.it/	Solaris