

La rappresentazione di malattia nel paziente oncologico: uno studio sperimentale

V. CASERTA¹, A. GAMBARELLA², G. RESICATO¹, E.L. DI CAPRIO¹, P. GRITTI¹

RIASSUNTO

Il presente studio valuta la costruzione di differenti rappresentazioni di malattia (RM) in due gruppi di pazienti: quelli affetti da patologie neoplastiche e coloro che sono affetti da altre patologie croniche.

Lo studio ha evidenziato che le patologie neoplastiche sono connesse ad una percezione di maggiore imprevedibilità rispetto a quelle non neoplastiche e risultano avere un maggiore impatto sulla qualità della vita del paziente. In ipotesi tale aspetto potrebbe essere correlato ad una scadente aderenza alle terapie.

In merito alle conseguenze della patologia sulla vita dei pazienti oncologici il nostro studio mostra un maggior impatto delle malattie neoplastiche sulla qualità di vita, sull'immagine corporea e, dunque, sulla dimensione relazionale.

Infine si rileva una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda gli aspetti emotivi della rappresentazione di malattia dei pazienti con cancro, caratterizzata da punteggi più elevati nelle dimensioni psicopatologiche di ansia e depressione.

In conclusione, viene sottolineata l'importanza del supporto psico-oncologico nell'approccio terapeutico di questi pazienti.

PAROLE CHIAVE: cancro, rappresentazione di malattia.

Introduzione

I pazienti percepiscono la malattia e i rischi per la salute costruendo personali rappresentazioni mentali di malattia (RM) diverse ed altamente contestualizzate rispetto alla propria condizione (1).

Infatti, nella condizione di malattia il paziente si pone quesiti ricorrenti sulla natura della malattia e sulle sue cause, sulle opportunità di cura, sul decorso e la prognosi. Il modo in cui intende questi temi costruisce schemi diversi di rappresentazione di malattia.

¹ Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta

² Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell'Invecchiamento, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta

Indirizzo per la corrispondenza:
Violetta Caserta
E-mail: violetta.caserta@gmail.com

© Copyright 2016, CIC Edizioni Internazionali, Roma

SUMMARY

The present study evaluates the development of different illness representations (RM) in two groups of patients: those affected by neoplastic diseases and those who are suffering from other chronic diseases.

The study has pointed out that neoplastic diseases seem to have a greater impact on patient's quality of life and that they are connected to a perception of increased unpredictability compared to non-neoplastic ones. Hypothetically this aspect could be related to poor adherence to therapy.

On the consequences of the disease on cancer patients' lives the study shows a greater impact on quality of life, body image and, therefore, on the relational field.

Finally it detects a statistically significant difference in the matter of the emotional aspects of illness representation of cancer patients, characterized by higher scores in the psychopathological dimensions of anxiety and depression.

In conclusion, it emphasizes the importance of psycho-oncological support in the therapeutic approach to these patients.

KEY WORDS: cancer, illness representation.

La relazione esistente tra tali rappresentazioni ed i comportamenti che ne derivano sono tematiche di notevole interesse della ricerca attuale (2).

Sono molti gli studi in letteratura che si sono focalizzati su questo argomento, analizzandolo da prospettive differenti ma, senza dubbio, Leventhal è uno degli Autori che maggiormente ha contribuito agli studi delle RM, definendole come l'insieme delle conoscenze e delle aspettative di un individuo circa una malattia o un sintomo somatico.

A partire dalle osservazioni di Leventhal ha avuto origine la Teoria dell'Autoregolazione, meglio nota come "Common Sense Model", che ritiene la rappresentazione di malattia determinante nella valutazione individuale della propria condizione di paziente e del comportamento che ne scaturisce.

Tale modello considera, infatti, tre componenti principali influenti l'una sull'altra:

Rappresentazione di malattia → Coping → Esiti

Il costrutto “rappresentazione di malattia” è composto da cinque dimensioni:

- *Identità*, il nome ovvero “l’etichetta” del disturbo;
- *Durata* ovvero la percezione soggettiva della ‘evoluzione temporale della malattia (ad es. cronica, acuta, ciclica);
- *Conseguenze* (possono essere conseguenze minori o maggiori);
- *Causa*, il meccanismo causale del problema (ad es. cause ereditarie, interne, esterne);
- *Controllo/Guarigione*, indica l’idea personale che si possa fare qualcosa per controllare o guarire la malattia.

Il costituirsi di una data RM sarebbe conseguente alla rielaborazione personale di informazioni derivate essenzialmente da tre fonti: la prima è costituita dalle precedenti comunicazioni sociali del soggetto e dalla conoscenza “culturale” della malattia; la seconda fonte è formata da tutte le informazioni che l’individuo percepisce da persone individuate come autorevoli, quali un medico o un genitore; infine l’individuo completa la sua rappresentazione di malattia prendendo in considerazione l’attuale esperienza patologica, intesa come insieme delle informazioni somatiche o psicosomatiche basate su percezioni attuali ed esperienze precedenti con la malattia (3).

Alla luce di queste considerazioni è lecito chiedersi quanto l’adattamento psicologico dei pazienti alle patologie croniche dipenda dalla rappresentazione emotiva e cognitiva che costruiscono di esse; si ipotizza anche che patologie croniche differenti possano elicitar rappresentazioni di malattia diverse e che, in tale ambito, aspetti peculiari possano essere evidenziati nella popolazione dei pazienti neoplastici.

Dalla nostra revisione di letteratura è emerso un esiguo numero di studi che ha specificamente indagato il costrutto “rappresentazione di malattia” riguardo ai pazienti oncologici: molti di questi hanno preso in considerazione un’unica popolazione di pazienti in base alla sede di malattia (4-16). Il cancro mammario è risultato essere la condizione più studiata (8, 13, 15, 17-21).

La valutazione della RM è stata effettuata una sola volta durante il decorso di malattia ad eccezione di tre studi (11, 18, 22): soltanto in due di questi è stato evidenziato un cambiamento in base all’an-

damento della patologia o in seguito alla raccolta di nuove informazioni da parte del personale medico (11, 22). Tutti gli articoli esaminati hanno utilizzato come strumento di valutazione l’IPQ-R (*Illness Perception Questionnaire - Revised*). (4-8, 10, 11, 14, 15, 23-28), la sua versione precedente, IPQ (29) o la sua versione breve, *brief-IPQ* (9, 12-16, 18, 20, 22, 30-32); in due casi sono stati utilizzati altri questionari o interviste semistrutturate (21, 33).

Un unico studio ha valutato la percezione della malattia effettuando un confronto tra pazienti oncologici giapponesi e tedeschi (18), evidenziando quanto la risposta al cancro sia differente in rapporto al contesto culturale di riferimento. Per quanto ci risulta, in un unico articolo è stata valutata la RM in pazienti oncologici ed in pazienti cronici non neoplastici affetti da diabete, evidenziando per i primi punteggi più elevati nelle dimensioni “conseguenze”, “rappresentazione emotiva” e “controllo percepito sulla malattia” (28).

Il nostro studio era, dunque, mirato a valutare, in maniera comparativa, la RM elicitata dall’esperienza della malattia neoplastica rispetto ad altre patologie croniche non oncologiche che condizionano notevolmente la vita degli individui affetti.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta tramite uno studio caso-controllo i cui partecipanti (N=112) sono stati distinti in due gruppi.

Il primo gruppo comprendeva pazienti (N=50) selezionati consecutivamente, tra quelli sottoposti, in regime di *day hospital* oncologico, a trattamento chemioterapico presso la V divisione di Medicina Interna del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell’Invecchiamento dell’Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”. Il reclutamento è avvenuto tra maggio e settembre 2015, sulla base dei seguenti criteri di inclusione: diagnosi di cancro ricevuta nel periodo compreso tra 6 mesi e 3 anni precedenti il reclutamento; sopravvivenza stimata: 6 mesi - 1 anno; punteggio rilevato attraverso la *Karnowsky Performance Status Scale*: 50-60; età > 38 anni e <82 anni; lingua italiana; livello di scolarità minimo: III elementare; disponibilità a partecipare allo studio espressa tramite consenso informato.

Il secondo gruppo era costituito da 62 pazienti di medicina generale, affetti da una o più patologie che, in maniera cronica, impattano sulla qualità del-

la loro vita. I pazienti sono stati reclutati consecutivamente presso studi di medici di base nel periodo compreso tra novembre 2015 e maggio 2016. Per tale gruppo di pazienti sono stati adottati i seguenti criteri di inclusione: diagnosi di patologia cronica; età > 18 anni e < 90 anni; lingua italiana; livello di scolarità minimo: III elementare; disponibilità a partecipare allo studio espressa tramite consenso informato.

La Figura 1 mostra la composizione di tale popolazione di pazienti, formata da 25 maschi e 37 femmine.

Strumenti

Per la valutazione della rappresentazione di malattia lo strumento utilizzato è stato l'IPQ-R, strumento validato in italiano (34), versione approfondita dell'originario IPQ.

La scelta di tale strumento, tra i vari presenti in letteratura in merito alla valutazione quantitativa della RM, è legata, oltre che all'accuratezza con cui analizza il costrutto (lo strumento ha una buona attendibilità test-retest, validità discriminante e predittiva e buona consistenza interna) (35), anche all'evidenza che è il più utilizzato all'interno di studi scientifici internazionali su tale tema.

La prima parte del test è inerente all'identità di malattia, valutata tramite una lista di 14 sintomi: al soggetto è stato chiesto di stimare se aveva provato ciascun sintomo dall'inizio della patologia e se credeva o meno che fosse correlato ad essa. La secon-

da parte della scala è formata da 38 *item* che valutano vari aspetti legati alla malattia: Durata cronica (comprende le aspettative dei pazienti, le percezioni sul decorso della malattia vista come acuta o cronica); Durata ciclica; Conseguenze (sono relative agli esiti a breve e lungo termine della malattia, nonché alle implicazioni psicologiche e sociali delle credenze individuali sulla gravità della stessa); Controllo personale (esplora le convinzioni individuali circa la capacità di poter esercitare un'influenza positiva sullo sviluppo della propria sintomatologia); Controllo del trattamento (si riferisce alle convinzioni dei pazienti di poter esercitare un controllo sulla terapia seguita e di poter influire su di essa); Coerenza della malattia (riguarda le modalità con cui i pazienti comprendono la propria patologia); Rappresentazioni emozionali (inerenti alle rappresentazioni emozionali e cognitive che i soggetti sviluppano in risposta a malattie o gravi minacce per la salute).

Infine la terza parte riguarda quelle che il paziente individua come cause principali della sua condizione, dapprima scegliendo all'interno di una lista di 18 possibili cause e, in secondo luogo, esprimendosi sui tre fattori che ha individuato come determinanti.

Risultati

Dall'analisi dei dati relativi alla rappresentazione di malattia, raccolti confrontando pazienti oncologici e non oncologici, è emerso che differenze statisticamente significative ($p < 0.05$) sono presen-

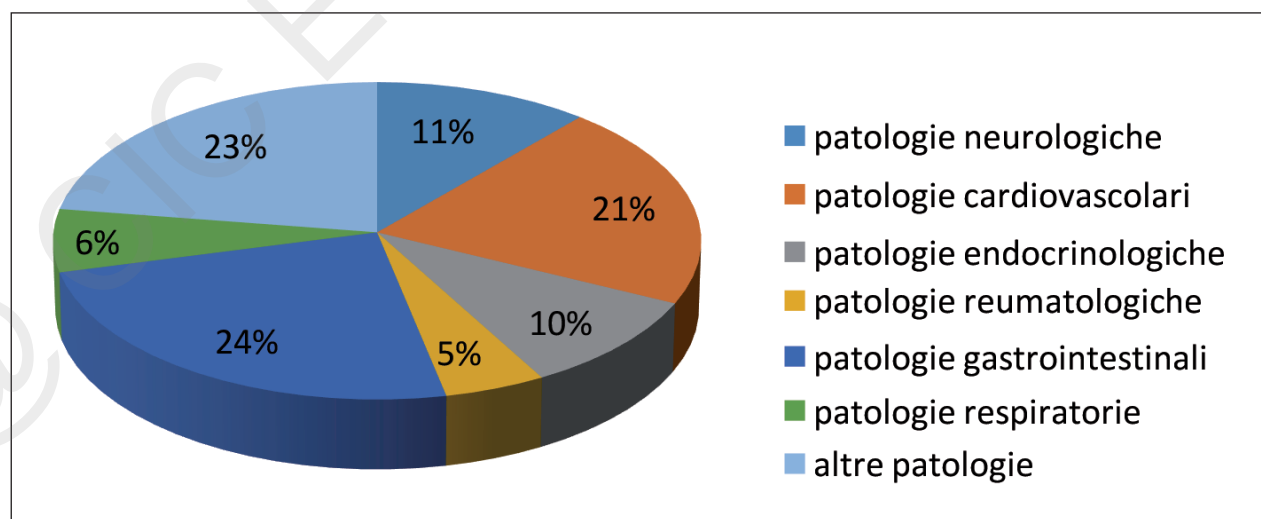


Figura 1 - Composizione del campione dei pazienti di medicina generale.

ti per quanto riguarda la dimensione “*conseguenze*” ($p=0.003$), la quale valuta l’impatto che le patologie croniche esercitano sulla qualità di vita del paziente, per quanto attiene il fattore “*durata ciclica*” ($p=0.001$) ed in merito agli *item* che valutano la “*rappresentazione emotiva*” ($p=0.002$) che il paziente ha sviluppato in merito alla sua condizione.

È interessante notare, invece, che la percezione di cronicità della malattia sia sovrapponibile nei due gruppi, così come la percezione che i pazienti hanno di poter controllare non solo la propria patologia, ma anche il trattamento cui si sottopongono.

La Tabella 1 illustra i risultati rilevati attraverso la somministrazione dell’IPQ-R ai due gruppi di pazienti in maniera comparativa.

Discussione

Le malattie croniche non influenzano soltanto la vita dell’individuo malato ma incidono anche sulle sue relazioni interpersonali, le quali, inevitabilmente, risentono delle mutate abitudini di vita del paziente (36).

È importante notare che vari fattori, di tipo culturale, sociale ed economico, influenzano l’esperienza di malattia, talvolta disturbando la comunicazione e lo stesso approccio alla salute. In generale, le culture occidentali tendono a vivere il senso di “incertezza” presente nel malato come qualcosa che deve essere al più presto risolto, o almeno controllato, ma ciò non sembra essere vero per altre culture dove lo stato di malattia è accettato come accadimento normalmente e fatalisticamente possibile nel ciclo di la vita delle persone (37).

Il senso di incertezza nella cultura occidentale nasce allora, di fronte a situazioni ambigue, complesse o imprevedibili e impegna vari aspetti del problema, come la natura della malattia, l’imprevedibilità del futuro, lo stigma percepito, la carenza di informazioni o di supporto sociale, il ricevere diagnosi contrastanti da parte dei medici, lo sviluppo di nuovi sintomi, l’aderenza alla terapia (38).

Si può ipotizzare che la maggiore percezione di imprevedibilità, relativa alla dimensione “durata ciclica”, riscontrata nel gruppo dei pazienti oncologici, possa correlarsi ad una minore convinzione circa l’efficacia delle terapie in corso e che questo comprometta l’aderenza ai trattamenti. Sebbene non sia

TABELLA 1 - RISULTATI INERENTI LA VALUTAZIONE DELLA RAPPRESENTAZIONE DI MALATTIA TRAMITE SOMMINISTRAZIONE DI IPQ-R.

<i>Item IPQ-R</i>	<i>Categoria di pazienti</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Durata acuta/cronica	Oncologici	22.2800	4.89081	1.162	.248
	Non oncologici	20.9516	7.16647		
Conseguenze	Oncologici	21.2200	4.89081	3.087	.003**
	Non oncologici	18.0161	7.16647		
Controllo personale	Oncologici	17.8200	5.64345	1.790	.076
	Non oncologici	19.4839	5.30849		
Controllo del trattamento	Oncologici	18.9600	4.54317	1.774	.079
	Non oncologici	17.6129	5.15256		
Coerenza di malattia	Oncologici	16.0400	3.40444	1.643	.103
	Non oncologici	17.5645	4.62479		
Durata ciclica	Oncologici	16.0400	4.36573	4.582	.001***
	Non oncologici	12.3710	4.08610		
Rappresentazioni emotive	Oncologici	23.0400	5.92111	3.134	.002**
	Non oncologici	19.3871	6.29690		

* $p, p < 0.05$; ** $p, p < 0.01$; *** $p, p < 0.001$

no presenti molti dati specificamente relativi alla categoria dei pazienti oncologici, tale ipotesi trova riscontro in altri studi presenti in letteratura in merito ad altre patologie croniche (39): Chen et al. hanno evidenziato, ad esempio, un'associazione negativa tra l'andamento variabile e imprevedibile della patologia ipertensiva, e l'assunzione delle terapie prescritte (40).

Anche Molloy et al. hanno rilevato nei pazienti affetti da scompenso cardiaco e che, dunque, percepivano l'andamento della loro malattia come una condizione a lungo termine, una maggiore tendenza a non essere aderenti alla terapia (41).

La scadente aderenza ai trattamenti terapeutici rilevata nei pazienti è una delle maggiori sfide che il sistema sanitario si trova ad affrontare, con effetti deleteri sulla salute dei malati a seguito dei fallimenti delle cure e conseguente dispersione di risorse a carico del sistema sanitario.

Tale problematica ha assunto connotati sempre più drammatici se solo pensiamo alla recente pericolosa tendenza al rifiuto della chemioterapia da parte di una percentuale non trascurabile di pazienti neoplastici: se è possibile considerare un'ampia gamma di variabili che determinano la mancata *compliance* al trattamento, è indubbio che questo fenomeno sta segnando attualmente l'evoluzione del rapporto medico-paziente, sollecitando un cambiamento di atteggiamento e di prospettiva, finalizzato a responsabilizzare entrambi sulla necessità di concorrere, pur nella diversità e specificità dei ruoli, ad ottenere la partecipazione attiva e la responsabilità condivisa nella messa a punto dell'atto terapeutico (42).

Tra le differenze statisticamente significative rilevate dalla nostra ricerca è emersa anche una differente percezione delle conseguenze legate alla convivenza con la malattia, vissuta come maggiormente gravosa dal gruppo dei pazienti oncologici non soltanto in merito ai costi economici che essa impone. Questo aspetto appare intuitivo se solo si considera che la parola "cancro", già di per sé, si connota per un carico emotivo e culturale che influenza il modo in cui le persone percepiscono la malattia.

In merito alla dimensione individuale non si può sottovalutare il concetto di *self-perceived burden*, ovvero il vissuto di frustrazione, dispiacere e sofferenza conseguenti dall'essere dipendenti da un'altra persona (il *caregiver*) basato sul peggioramento, effettivo o presunto, della salute mentale e fisica del paziente e della sua qualità di vita.

Un ulteriore aspetto inerente agli esiti delle malattie oncologiche è relativo alla distorsione dell'im-

agine corporea, che generalmente rappresenta una misura indiretta del distress psicologico esperito dal paziente e che determina conseguenze importanti anche sulla sfera della sessualità (43).

In maniera più rilevante rispetto ad altre patologie croniche, che pure possono mettere a repentaglio la vita del paziente, il cancro ha un notevole impatto emotivo.

In aggiunta ai sintomi fisici come il dolore, la *fatigue* ed i problemi ad essi correlati, i pazienti affetti da cancro provano sintomi come paura, tristezza, preoccupazione, oltre a sviluppare problematiche di tipo sociale.

Lo scarto più importante rilevato dal nostro studio tra i pazienti oncologici e quelli di medicina generale, che pure sono alle prese con esiti di cronicità, è inerente agli *item* che misurano il grado di preoccupazione, ansia e depressione legati alla patologia. Tale dato non ci stupisce in quanto essi rientrano, come confermato anche dalla letteratura internazionale, tra i quadri psicopatologici di maggiore riscontro in questi pazienti.

Conclusioni

Appare evidente che per entrambe le categorie di pazienti lo stato di "malato cronico" è percepito come una condizione che non si risolve spontaneamente, raramente giunge a completa guarigione ed è contraddistinta da un discreto livello di incertezza.

In aggiunta, però, i pazienti oncologici si trovano a fronteggiare una situazione cui già etimologicamente è associato il concetto di "male", dal momento che il termine "maligno", inteso come "incline a fare del male" è utilizzato per appellare determinati tumori. Da quanto riscontrato si rileva l'importanza degli effetti che la malattia neoplastica esercita sulla percezione dell'immagine corporea, componente fondamentale del concetto di Sé: tale valutazione implica aspetti cognitivi ed emozionali che influenzano le relazioni con gli altri a prescindere da quanto sia effettivamente evidente l'eventuale anomalia (43). È in tale ottica che appare di fondamentale importanza il supporto psico-oncologico.

L'altro aspetto, di non minore importanza, riguarda lo sviluppo di interventi di supporto psicologico per la famiglia e per i *caregivers*, dato che il paziente ed i familiari rispondono al cancro come un unico sistema emozionale, all'interno del quale le risposte di ogni componente si influenzano reciprocamente. Tali interventi sono finalizzati alla facilita-

zione dell'espressività emotiva e la condivisione dei sentimenti di frustrazione, rabbia e dolore depressivo scatenati dalla malattia, nonché alla ristrutturazione cognitiva di tale esperienza.

Bibliografia

- Leventhal H, Idler E, Leventhal E. The impact of chronic illness on the self system. In R. Contrada & R. Ashmore (Eds.). *Self, social identity and physical health*. Boston: Oxford University Press, 1999.
- Asbring P. Words about body and soul: Social representations relating to health and illness. *Journal of Health Psychology*. 2011;0(0):1-11.
- Diefenbach MA, Leventhal H. The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*. 1996;5:11-38.
- Dempster M, McCorry NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Illness perceptions among cancer-survivor dyads are related to psychological distress among Oesophageal cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(5):432-439.
- Traeger L, Penedo FJ, Gonzales JS, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, Antoni MH. Illness perceptions and emotional well being in men treated for localized prostate cancer. *Journal of psychosomatic research*. 2009;67(5):389-397.
- Sharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TP, van-Velzen-Verkalk E, Doorn-Op den Akker MM, Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *Supportive care in cancer*. 2010;18(9):1137-1145.
- Hirsch D, Ginat M, Levy S, Benbassat C, Weinstein R, Tsvetov G, Singer J, Shraga-Slutzy I, Grozinski-Glasberg S, Mansiterski Y, Shimon I, Reicher-Atir R. Illness perception in patients with differentiated epithelial cell thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19(5):459-465.
- Attari SM, Ozgoli G, Solhi M, Alavi Majd H. Study of relationship between illness perception and delay in seeking help for breast cancer patients based on Leventhal's Self-Regulation Model. *Asian pacific journal of cancer prevention*. 2016;Spec. No:167-174.
- Thong MS, Kaptein AA, Vissers PA, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse LV. Illness perceptions are associated with mortality among 1552 colorectal cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. *Journal of cancer survivorship*. 2016;10(5):898-905.
- Graham L, Dempster M, McCorry NK, Donnelly M, Johnston BT. Change in psychological distress in longer-term oesophageal cancer carers: are clusters of illness perception change a useful determinant. *Psycho-oncology*. 2016;25(6):663-669.
- Eder J, Kammerstätter M, Erhart F, Mairhofer-Muri D, Trautinger F. Illness Perception in primary cutaneous T-cell lymphomas: what patients believe about their disease. *Acta dermato-venereologica*. 2016;96(3): 381-385.
- Richters A, Derks J, Husson O, Van Onna IE, Fossion LM, Kil PJ, Verhoeven RH, Aarts MJ. Effect of surgical margin status after radical prostatectomy on health-related quality of life and illness perception in patients with prostate cancer. *Urologic oncology*. 2015;33(1):16.e9-15.
- Iskandarsyah A1, de Klerk C, Suardi DR, Sadarjoen SS, Passchier J. Consulting a traditional healer and negative illness perceptions are associated with non-adherence to treatment in Indonesian women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2014;23(10):1118-1124.
- Mickevičienė A1, Vanagas G, Jievaltas M, Ulys A. Does illness perception explain quality of life of patients with prostate cancer? *Medicina, Kaunas, Lithuania*. 2013;49(5):235-241.
- Iskandarsyah A1, de Klerk C, Suardi DR, Soemitro MP, Sadarjoen SS, Passchier J. Satisfaction with information and its association with illness perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients. *Supportive care in cancer*. 2013;21(11): 2999-3007.
- Hoogerwerf MA, Ninaber MK, Willems LN, Kaptein AA. "Feelings are facts": illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory Medicine*. 2012;106(8):1170-1176.
- Freeman-Gibb LA, Janz NK, Katapodi MC, Zikmund-Fisher BJ, Northouse L. The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2016; May 4.
- van der Kloot WA, Uchida Y, Inoue K, Kobayashi K, Yamaoka K, Nortier HW, Kaptein AA. The effects of illness beliefs and chemotherapy impact on quality of life in Japanese and Dutch patients with breast or lung cancer. *Chinese clinical oncology*. 2016;5(1):3.
- Kaptein AA, Schoones JW, Fischer MJ, Thong MS, Kroep JR, van der Hoeven KJ. Illness perceptions in women with breast cancer - a systematic literature review. *Current breast cancer reports*. 2015;7(3):117-126.
- McCorry NK, Dempster M, Quinn J, Hogg A, Newell J, Moore M, Kelly S, Kirk SJ. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-oncology*. 2013;22(3): 692-698.
- Rozema H, Völlink T, Lechner L. The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-oncology*. 2009;18(8):849-857.
- Richardson AE, Morton RP, Broadbent EA. Changes over time in head and neck cancer patients' and caregivers' illness perceptions and relationships with quality of life. *Psychology & health*. 2016;31(10):1203-1219.
- Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KK, Tsang J, Lee V, Lee C, Ng A, Sze WK, Tin P, Lam WW. Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive care in cancer*. 2016;24(3):1295-1304.
- Das LT, Wagner CD, Bigatti SM. Illness representations of cancer among healthy residents of Kolkata, India. *Asian pacific journal of cancer prevention* 2015; 16(2): 845-852.
- Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-oncology*. 2015;24(1):11-18.
- Keeling M, Bambrough J, Simpson J. Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions. *Psycho-oncology*. 2013; 22(6): 1421-1427.
- Gould RV, Brown SL, Bramwell R. Psychological adjustment to gynaecological cancer patients: illness representations, coping strategies and mood disturbance. *Psychology & health*. 2010;25(5):633-646.
- Shen L, Zhang L, Wang K, Cao ZL, Zhu CY, Liu J. Characteristics and related factors at illness perceptions in Chinese cancer patients. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2009;89(39):2773-2775
- Chittem M, Norman P, Harris PR. Relationships between perceived diagnostic disclosure, patient characteristics, psychological distress and illness perceptions in Indian cancer patients. *Psycho-oncology*. 2013;22(6):1375-1380.
- Chittem M, Norman P, Harris PR. Illness representations and psychological distress in Indian patients with cancer: does being aware of one's cancer diagnosis make a difference? *Psycho-oncology*. 2015;24(12):1694-700.
- Husson O, Thong MS, Mols F, Oerlemans S, Kaptein AA, van

- de Poll-Franse LV. Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? *Psycho-oncology*. 2013;22(3):490-498.
32. Price A, Goodwin L, Rayner L, Shaw E, Hansford P, Sykes N, Monroe B, Higginson I, Hotopf M, Lee W. Illness perceptions, adjustment to illness, and depression in a palliative care population. *Journal of pain and symptom management*. 2012;43(5):819-832.
33. Koenigsmann M, Koehler K, Regner A, Franke A, Frommer J. Facing mortality: a qualitative in-depth interview study on illness perception, lay theories and coping strategies of adult patients with acute leukemia 1 week after diagnosis. *Leukemia research*. 2006;30(9):1127-1134.
34. Giardini A, Majani G, Pierobon P, Gremigni P, Catapano I. Contributo alla validazione italiana dell'IPQ-R. *Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*. 2007;29:A64-A74.
35. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*. 2002;17(1):1-16.
36. Badr H, Acitelli LK. Dyadic adjustment in chronic illness: Does relationship talk matter? *Journal of Family Psychology*. 2005;19(3):465-469.
37. Checton MG, Greene K, Magsamen - Conrad K, Venetis MK. Patients' and partners' perspectives of chronic illness and its management. *Families, Systems & Health*. 2012;30(2):114-129.
38. Babrow AS, Matthias MS. Generally unseen challenges in uncertainty management: An application of problematic integration theory. In TD Afifi & WA Afifi (Eds.) *Uncertainty and information regulation in interpersonal contexts: Theories and applications*. New York, NY: Routledge, 2009.
39. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2012;8(5):371-382.
40. Chen SL, Tsai JC, Chou KR. Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: a structural model approach. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(2):235-245.
41. Molloy GJ, Gao C, Johnston DW, et al. Adherence to angiotensin-converting-enzyme inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(7):715-720.
42. Saltini A. La prescrizione del trattamento ed il problema dell'adesione alle cure da parte del paziente. *Recenti Progressi in Medicina*. 1997;88(10).
43. White CA. Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*. 2009;9(3):183-192.