

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

Dottorato di ricerca in Psicologia

XXIV° Ciclo

**La coscienza delle emozioni:  
l'Alessitimia tra normalità e  
patologia**

Coordinatore:

Chiar.ma Prof.ssa Laura Fruggeri

Tutor:

Chiar.mo Prof. Carlo Pruneti

Chiar.mo Dott. Simone Bertacca

Dottoranda: Chiara Fante

*A Rodolfo e alla Sua, Nostra “Buona Novella”*

# Indice

## Parte Prima: Premesse teoriche e analisi della letteratura

### CAPITOLO I

#### L'Alessitimia e la regolazione delle emozioni: aspetti teorici e introduttivi

- |   |       |
|---|-------|
| 1.1 L'Alessitimia: breve storia del costrutto                     | p. 1  |
| 1.2 Nuove teorie e linee di ricerca nello studio dell'Alessitimia | p. 4  |
| 1.3 La valutazione dell'Alessitimia: la Toronto Alexithymia Scale | p. 16 |
| 1.4 L'Alessitimia tra stabilità e cambiamento                     | p. 18 |

### CAPITOLO II

#### Alessitimia, salute e malattia

- |   |       |
|---|-------|
| 2.1 Alessitimia, coping e locus of control            | p. 26 |
| 2.2 Alessitimia e “Expressive Writing”                | p. 29 |
| 2.3 Alessitimia e risposta psicofisiologica di stress | p. 31 |
| 2.4 Alessitimia, cortisolo e immunità                 | p. 33 |
| 2.5 Alessitimia e patologia cardiaca                  | p. 36 |

### CAPITOLO III

#### Alessitimia e Attaccamento

- |  |       |
|--|-------|
| 3.1 Attaccamento e costruzione di Sé                                 | p. 39 |
| 3.2 Alessitimia, Attaccamento e salute                               | p. 41 |
| 3.3 Alessitimia, disorganizzazione dell'Attaccamento e dissociazione | p. 44 |

## **Parte Seconda: Gli Studi**

Introduzione p. 57

### **Studio I**

Alessitimia, temperamento e funzionamento interpersonale in un campione di giovani  
soggetti adulti p. 59

### **Studio II**

Alessitimia, comportamenti stress-correlati e malessere psicologico in pazienti che hanno  
subito un intervento di rivascolarizzazione miocardica p. 83

### **Studio III**

Alessitimia, dissociazione e attaccamento in un campione clinico con diagnosi di Disturbo del  
Comportamento Alimentare p.101

Conclusioni p.115

Bibliografia p.119

## **Ringraziamenti**

Questo lavoro, risultato del mio percorso di Dottorato presso L'Università degli Studi di Parma, è stato reso possibile grazie alla collaborazione, l'aiuto, i suggerimenti di diverse persone che in questi anni mi hanno affiancato, umanamente e professionalmente.

Desidero quindi ringraziare il Prof. Carlo Pruneti per la possibilità di crescita che mi ha offerto e il Dott. Simone Bertacca, per essere stato un'importante fonte di riflessioni sulla psicopatologia ma anche sull'Umanità, nel suo Senso più generale e bello.

Un grazie sentito va inoltre al Dott. Luca Caricati, per il prezioso aiuto nell'analisi dei dati e la compagnia condivisa in questi anni.

Desidero inoltre ringraziare il Dott. Lorenzo Pelizza per i suoi insegnamenti e per il lavoro di progettazione e realizzazione dello studio nelle scuole di Parma, la Dott.ssa Benedetta Basagni e il Prof. Emilio Franzoni con il suo staff per la loro disponibilità indispensabile per la raccolta dei dati.

Un grazie particolare alle ormai dottoresse, Claudia Girardi, Beba Brazzo, Prassanna Orlor per il loro preciso e costante aiuto nella raccolta dei dati, per la fiducia dimostratami e per il percorso fatto insieme.

Grazie a tutto il corpo Docenti del Dipartimento di Psicologia per i loro suggerimenti; un particolare ringraziamento alla Prof.ssa Annalisa Pelosi per la competenza e la disponibilità regalatami e alla Prof.ssa Nadia Monacelli per il suo sostegno costante.

Desidero inoltre ringraziare il Prof. Giovanni Liotti per le sue lezioni e le sue riflessioni, per la Cura con cui, oltre a fornire spunti e letture teoriche fondamentali, trasmette ai suoi allievi il profondo Rispetto per l'Essere Umano.

Infine, grazie alle mie “tre famiglie” che, tra Borgio Verezzi, Bologna e Torino, hanno condiviso con me anche questo “pezzo” della mia Storia.

*Chiara Fante*

## **PARTE PRIMA**

### **Premesse teoriche e analisi della Letteratura**



# CAPITOLO I

## L'ALESSITIMIA E LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI: ASPETTI TEORICI INTRODUTTIVI

*“Emily Dickinson aveva proprio ragione quando disse che un solo cervello, essendo più vasto del cielo, può comodamente contenere un intelletto umano e, insieme, l'intero Universo.”*  
A. Damasio, *Alla ricerca di Spinoza*

L'Alessitimia è attualmente concettualizzata come una dimensione clinica transdiagnostica, caratterizzante non solo quadri psicopatologici specifici, ma anche varie forme di disturbi psicofisiologici; inoltre, il non adeguato riconoscimento ed espressione delle proprie emozioni è ormai considerato una variabile in grado di influenzare il decorso di patologie organiche e, più in generale, un fattore di rischio per il benessere fisico e psichico degli individui (Caretti, La Barbera, 2005).

### **1.1 L'Alessitimia: breve storia del costrutto**

Il costrutto dell'Alessitimia, quale dimensione clinica, trae origine da alcune osservazioni effettuate su pazienti affetti da varie forme di patologie psicosomatiche e caratterizzati, secondo MacLean (1949) e Reusch (1948) da una evidente incapacità a verbalizzare le proprie emozioni e da uno stile di pensiero tendente alla passività e alla imitazione. Come ipotizzato da Ruesch, anche i due psicanalisti Marty e de M'Uzan (1963) hanno considerato determinate caratteristiche di tali soggetti come tipiche di una specifica personalità psicosomatica, deficitaria nella sua organizzazione, coniando il termine di “pensée opératoire” (pensiero operatorio), per descrivere un tipo di stile cognitivo incapace di produrre fantasie, senza immaginazione, estremamente utilitaristico, attento ai minimi particolari degli eventi esterni e molto aderente alla realtà. MacLean considerò le evidenze cliniche sui pazienti psicosomatici come indici dell'impossibilità a elaborare emozioni dolorose a livello cosciente



che si tradurrebbe in una espressione immediata delle stesse ad un puro livello fisiologico, con conseguenti disfunzioni organiche. La teoria del “cervello tripartito o trino” proposta dall'autore, pur essendo ormai considerata alla luce dei risultati sperimentali forniti dalle neuroscienze non sufficiente a spiegare il funzionamento mentale normale e patologico, viene ancora utilizzata non tanto come un modello esplicativo, ma descrittivo dello sviluppo individuale in chiave evoluzionistica (Cozolino, 2006; Liotti, 2001; Veglia, 1999).

Il primo ricercatore che utilizzò il termine “Alessitimia” (dal greco, *a*, mancanza; *lexis*, parola, *thymos*, emozione) fu Sifneos (1967) per descrivere alcune caratteristiche osservate in pazienti psicosomatici: difficoltà a esprimere verbalmente le emozioni, attività fantasmatica limitata, stile comunicativo incolore (rappresentato, per esempio, dalla tendenza a fornire semplici descrizioni fattuali e dettagliate di eventi stressanti e dolorosi senza alcuna coloritura emotiva o riferimento ai vissuti soggettivi provati). Nemiah (2000) e Sifneos (1988) hanno considerato il costrutto come un deficit della componente psicologica degli affetti quali fenomeni psicobiologici. I soggetti alessitimici mostrerebbero una limitata capacità di elaborare le emozioni, che li predisporrebbe cognitivamente a stati affettivi indifferenziati e scarsamente regolati.

Ruesch (1948), sempre a partire dall'osservazione di pazienti psicosomatici, oltre a un disturbo dell'espressione verbale e simbolica, ha osservato un insieme di caratteristiche comportamentali e psicologiche attribuibili ad una “personalità infantile” o “immatura”. Tali pazienti mostravano infatti uno stile di pensiero caratterizzato da scarsa immaginazione e una modalità di espressione delle emozioni che privilegia i canali dell'azione fisica diretta e quella corporea, un'incapacità ad usare l'affetto come segnale, tendenza all'imitazione, un elevato conformismo sociale, aspirazioni elevate ed irrealistiche e tratti di dipendenza e passività.

Caratteristiche simili sono state individuate anche in alcuni pazienti psichiatrici da Horney (1952) e Kelman (1952). Questi soggetti, oltre a manifestare sintomi “psicosomatici”, presentavano anche comportamenti compulsivi quali, ad esempio, abbuffate e abuso di sostanze.

Dalla prima formulazione del costrutto, l'attenzione dei ricercatori si è inizialmente focalizzata sull'individualizzazione delle caratteristiche alessitimiche prevalentemente in campioni di pazienti affetti da disturbi psicosomatici e sulla possibilità di considerare l'Alessitimia un tratto stabile della personalità individuale, piuttosto che un semplice stato transitorio. Solo recentemente le ricerche sperimentali hanno individuato aspetti relativi alla dimensione alessitimica nella popolazione generale (Loas e coll., 1993) e in particolari gruppi psicopatologici, evidenziando la presenza di sintomi in soggetti affetti da Disturbi Alimentari,

Disturbo Post traumatico da Stress, Disturbo Depressivo e di Personalità (Caretta, La Barbera, 2005).

Storicamente, un notevole contributo allo studio del fenomeno e a una sua migliore caratterizzazione e descrizione è stato fornito dal gruppo di ricerca di Toronto, con la costruzione dello strumento attualmente più utilizzato per la rilevazione delle caratteristiche alessitimiche (Toronto Alexithymia Scale; Taylor, 1987; Taylor & Bagby, 1988).

Nello specifico, Taylor e collaboratori precisano che l'Alessitimia non corrisponderebbe ad un fenomeno categoriale, di tipo “tutto o nulla”, ma ad un deficit più o meno marcato “*della consapevolezza soggettiva dell'elaborazione degli affetti*” (Taylor, Bagby, Parker, 1997).

In particolare, secondo gli autori, i soggetti alessitimici mostrerebbero:

- difficoltà a discriminare le emozioni le une dalle altre e a distinguerle dalle sensazioni somatiche,
- un vocabolario emotivo limitato associato a problemi nel comunicare le proprie emozioni agli altri,
- un stile cognitivo orientato all'esterno (Taylor, Bagby, Parker, 1991).

Apfel e Sifneos (1979) considerano come ulteriori aspetti alessitimici anche la tendenza a esprimere le emozioni tramite l'azione, la presenza di sintomi somatici, di amnesie, l'oscillazione tra comportamento evitante e dipendente e ridotta capacità empatica, associata alla difficoltà ad utilizzare come segnali le emozioni proprie e altrui<sup>1</sup>. Questo ultimo aspetto, sarà evidenziato ed utilizzato più recentemente da alcuni ricercatori che considerano l'Alessitimia come una dimensione in parte riconducibile ad un più generale deficit metacognitivo, di integrazione, espressione dello sviluppo non adeguato di una “Teoria della Mente” propria e dell'altro (Dimaggio & Semerari, 2003) e dalle attuali teorie cognitivo-evoluzionistiche che sottolineano come le emozioni siano importanti indicatori del nostro raggiungimento o allontanamento da mete motivazionali in parte innate (Liotti, 2001).

Attualmente l'Alessitimia è comunque concettualizzata come un costrutto a molte sfaccettature, sebbene le caratteristiche riconosciute come “salienti” siano estremamente connesse anche da un punto di vista logico: la capacità di comunicare agli altri le proprie emozioni e ovviamente dipendente dalla capacità di riconoscerle e differenziarle (Taylor, Bagby, Parker, 1997). Inoltre, la possibilità di riconoscere i propri stati emotivi a partire da un dato fisiologico influenzerà notevolmente la possibilità di regolarli, modularli cognitivamente

---

1 Sifneos (1967) nota che i pazienti alessitimici affermano di essere generalmente ansiosi o depressi ma se interrogati più nello specifico rispetto al proprio stato emotivo, non riescono a descriverlo se non utilizzando termini generali, come “tensione, agitazione” o “senso di disagio”.

e inserirli all'interno di una trama esplicativa, una narrativa coerente di sé e dell'altro (Fonagy 2001; Taylor, Bagby, Parker, 1997). In effetti, le attuali linee di ricerca sul costrutto tendono a inserire la dimensione alessitimica all'interno del più ampio dibattito riguardante la regolazione cognitiva delle emozioni e degli affetti<sup>2</sup>.

Taylor e collaboratori hanno ipotizzato che l'elevata comorbidità che si osserva nella pratica clinica tra diverse categorie diagnostiche nosografiche sia in parte spiegabile tramite un medesimo concetto “sovrainclusivo” definito dai *disturbi della regolazione affettiva*. Gli studi più recenti condotti in questo ambito hanno quindi cercato di inserire il costrutto dell'Alessitimia all'interno di paradigmi teorici più ampi, per esempio considerando il ruolo svolto dalle relazioni interpersonali precoci e i risultati sperimentali provenienti da discipline quali la neurofisiologia e la psicofisiologia clinica.

## **1.2 Nuove teorie e linee di ricerca nello studio dell'Alessitimia**

Recentemente in ambito scientifico si assiste ad un crescente interesse verso lo studio dei processi coinvolti nella regolazione delle emozioni, ormai considerati come cruciali nella genesi e nel mantenimento di diversi disturbi mentali e un elemento che caratterizza i processi di “Mentalizzazione” degli individui (Liotti, 2005). La valutazione dei meccanismi di riconoscimento e regolazione degli stati emotivi e, più in generale, “mentali”, può attualmente contare su un'indagine multidisciplinare ed integrata grazie a contributi provenienti da diverse discipline ed orientamenti teorici che consentono l'elaborazione di nuovi modelli teorici, esplicativi e di intervento terapeutico.

### ***1.2.1 Emozioni e Simbolizzazione***

Tra gli Autori che maggiormente si sono occupati di chiarire il costrutto dell'Alessitimia in relazione alle differenti cornici teoriche sul funzionamento mentale, Taylor (2004) richiama il concetto di “simbolizzazione” proprio delle teorie psicoanalitiche, discostandosi tuttavia dalle concezioni classiche e dal “modello idraulico della psiche” (Carretti, La Barbera, 2005). In

---

2 Taylor e collaboratori (1997) sottolineano come in clinica si osservi la tendenza ad utilizzare indistintamente i termini “emozioni” ed “affetti”; tale confusione terminologica rifletterebbe, secondo gli Autori, una certa incertezza nella loro definizione teorica. Pur non esistendo un accordo generale sulla definizione di emozione, esiste un certo consenso tra i ricercatori sul fatto che la risposta emotiva sia costituita da tre sistemi o insiemi di processi interrelati: processi neurofisiologici, processi motori (o comportamentali-espressivi) e processi cognitivi (Frijda, 1986; Izard, 1977; Watson & Clark, 1994; in Taylor, Bagby, Parker, 1997).

una prospettiva più avanzata, la simbolizzazione può infatti essere considerata come la capacità di mettere in relazione reciproca pezzi di esperienza, per cui un elemento diviene rappresentazione di un altro, che si costruisce grazie alla relazione con le figure di Attaccamento (Loewald, 1980). L'Autore, pur considerando il deficit nelle capacità di simbolizzazione un aspetto fondamentale del deficit alessitimico, abbraccia quindi le più moderne teorie sulle relazioni precoci e il modello cognitivo-evolutivo di Lane e Schwartz (1987), sottolineando come il processo di differenziazione dal somatico allo psichico non avvenga su base innata ma grazie alla modulazione delle emozioni all'interno delle prime relazioni interpersonali del bambino. La consapevolezza delle emozioni si svilupperebbe attraverso diverse tappe evolutive, da un livello puramente *sensomotorio*, ad un livello *operazionale formale*, caratterizzato da una piena consapevolezza delle emozioni e dalla possibilità di compiere operazioni di differenziazione delle diverse sfumature emotive proprie ed altrui.

In una più recente rassegna, Taylor (2010) sintetizza le ultime linee teoriche e di ricerca sul costruito dell'Alessitimia, sottolineando come il concetto di “elaborazione psichica” delle emozioni sia attualmente rivisto alla luce delle nuove teorie cognitive sui processi di immaginazione e simbolizzazione: l'Alessitimia sarebbe inversamente correlata alla Mentalizzazione ed associata con storie di attaccamento insicuro e traumi emotivi. L'Autore evidenzia come Nemiah (2000) e Sifneos (1988) considerino le “emozioni” una componente neurofisiologica e senso-motoria e i “sentimenti” come il loro aspetto soggettivo e cognitivo. Il termine “affetto” è quindi concettualizzato nella sua accezione più generale che comprende entrambe le componenti (componente fisiologica e sua rappresentazione cosciente).

La simbolizzazione è riconosciuta come un importante elemento del processo di elaborazione cognitiva delle emozioni. Le Doux (1996) considera i sentimenti come la rappresentazione simbolica nella memoria di lavoro dell'attività inconsapevole generata dagli stati del cervello e dalla componente corporea delle emozioni; tali rappresentazioni sarebbero integrate con le rappresentazioni delle esperienze passate e quelle relative al sé. Questa ipotesi risulta particolarmente coerente con le nuove teorie sui deficit di integrazione strutturale della personalità e la capacità di “presentificazione” particolarmente carente in soggetti con storie evolutive traumatiche<sup>3</sup> (van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2011). Panksepp (2005) parla di “rappresentazioni somatiche di sé” connesse ai processi emotivi e di natura “pre- conscia” che

---

3 Gli Autori identificano tre tipi di deficit strutturali connessi a sviluppi evolutivi traumatici: deficit nella funzione di presentificazione (connessione dell'esperienza di sé alle tre dimensioni temporali), nella funzione di realtà (creazione, momento per momento, di un senso coerente di sé e della realtà), nella funzione di sintesi personale (capacità di inglobare i dati dell'esperienza nella coscienza).

diverrebbero consapevoli grazie ad un'attività riflessiva della mente di ordine superiore.

Secondo Taylor, al fine di comprendere tali processi di elaborazione del vissuto emotivo, risulta particolarmente significativa la teoria del Doppio Codice di Bucci (1997; 2007). La rappresentazione simbolica delle emozioni include sia immagini che parole: le rappresentazioni non verbali sono connesse al linguaggio e quindi al simbolo; tale integrazione consentirebbe *“l'integrazione di funzioni, l'organizzazione del comportamento verso uno scopo e un senso unitario di sé”* necessaria per la comunicazione verbale dell'esperienza soggettiva.

La correlazione tra il deficit Alessitimico e la capacità di collegare le emozioni a parole ed immagini era già stata evidenziata da Sifneos (1967). Kristal (1988; 1997), più recentemente, ha osservato che i soggetti Alessitimici, oltre ad avere difficoltà a tollerare e regolare gli stati emotivi, mostrano una limitata capacità di auto-riflessività e introspezione.

Esiste una parziale sovrapposizione tra il costrutto dell'Alessitimia e quello di Mentalizzazione proposto da Fonagy e Target (1997). Tuttavia, secondo Taylor, l'Alessitimia sarebbe ristretta al deficit di elaborazione cognitiva delle emozioni mentre la Mentalizzazione comprenderebbe un range di più stati mentali. Tale concettualizzazione del deficit Alessitimico non trova completa corrispondenza con altre teorie sulle emozioni, che vedono i vissuti emotivi come fondanti per l'intera vita cosciente di un individuo (Damasio, 1999). Attualmente le ricerche sulla relazione tra Alessitimia e Mentalizzazione sono limitate. Questo è in parte spiegabile con le difficoltà ad operationalizzare e misurare le capacità metacognitive. Gunderson (2008) sottolinea come la Mentalizzazione sia un costrutto multifaccettato difficilmente misurabile e connesso ad altri come l'Alessitimia e l'empatia; per esempio, Moriguchi e collaboratori (2006) hanno evidenziato in studenti con alta Alessitimia una peggiore teoria della mente e minore empatia. Va tuttavia ricordato che alcuni ricercatori come Bucci (1997), suggeriscono che, nonostante la capacità di riconoscere le emozioni sia una caratteristica stabile nel tempo, possano esserci variazioni individuali in rapporto al contesto interpersonale e allo stato emotivo dell'individuo.

Taylor (2010) sottolinea inoltre come esistano ormai molte evidenze empiriche che dimostrano che l'emergere della capacità di simbolizzazione e della funzione riflessiva sono correlate con esperienze di attaccamento sicuro durante l'infanzia. In studi longitudinali è stato dimostrato che l'attaccamento insicuro e disorganizzato nell'infanzia correla con stati di patologia e scarsa Mentalizzazione (Meins e coll., 1998, Fonagy e Bateman, 2006). Individui con attaccamento sicuro mostrano maggiore flessibilità ed apertura nei processi di elaborazione emotiva, i soggetti con attaccamento evitante uno stile caratterizzato da una

“minimizzazione” della componente affettiva dell’esperienza, gli individui con attaccamento resistente tendono invece alla ipervigilanza e alla amplificazione dell’espressione di alcune emozioni negative. Per esempio, alcune ricerche hanno dimostrato che lo stile di attaccamento correla con diverse modalità di gestione degli eventi stressanti (Shaver e Mikuliger, 2002). Tuttavia, sebbene la ricerca abbia evidenziato correlazioni tra Alessitimia, attaccamento insicuro (sia evitante che resistente) e attaccamento disorganizzato, sono necessari studi longitudinali che possano chiarirne la relazione causale.

### ***1.2.2 La regolazione delle emozioni e la Metacognizione***

Panksepp (1998; in Liotti, 2005) propone l'esistenza di tre cornici teoriche generali per lo studio dell'influenza dei processi cognitivi nell'attivazione, nell'attribuzione di significato e nella categorizzazione delle emozioni: la teoria psicobiologica, la teoria socio-costruttivista e quella componenziale. Presupposto della teoria psicobiologica è che alcuni processi emozionali derivino da sistemi intrinseci dell'organismo umano e precedenti lo sviluppo individuale e della conoscenza di sé; alcune emozioni di base sarebbero quindi distinte realtà biologiche a base innata. In quest'ottica, le credenze e le cognizioni svolgerebbero un ruolo modesto nell'innescare dell'esperienza emozionale ma fondamentale nella regolazione e modulazione delle emozioni “a posteriori”.

Secondo la teoria socio-costruttivista ogni esperienza emotiva sarebbe costruita a partire da sensazioni corporee non specifiche e da stati generali di attivazione (arousal); ogni specifica emozione emergerebbe quindi da una valutazione cognitiva di tali sensazioni corporee (appraisal). Il ruolo svolto da variabili cognitive familiari, culturali è perciò determinante su tali processi di “etichettamento” (Harrè; 1986).

La teoria componenziale, nel tentativo di coniugare e integrare le due posizioni precedenti, ipotizza che le emozioni siano costruite prevalentemente durante le prime fasi dello sviluppo psicosociale grazie a influenze interpersonali che attribuiscono significato ad unità neurovegetative elementari (Sroufe, 1995).

Accanto a tali modelli esplicativi del ruolo svolto dalle cognizioni sulla regolazione delle emozioni si affianca poi un modello cognitivo-evoluzionista, che prende spunto da alcune evidenze sperimentali per ipotizzare che le emozioni siano processi fondati evolutivamente e regolati da processi cognitivi e metacognitivi (Liotti, 2005); cognizione e metacognizione contribuiscono quindi alla percezione delle emozioni in sé e negli altri, al loro sviluppo, al loro ricevere attribuzione causale e significato. La possibilità di considerare le emozioni come fenomeni di un continuum che va dal livello puramente non

cosciente della fisiologia fino a quello dell'autoregolazione permesso dalla piena e chiara coscienza delle stesse sembra ormai suffragato da diverse linee di ricerca, compresa quella riguardante il costrutto dell'Alessitimia (Liotti, 2001).

Il presupposto teorico di partenza del modello è rappresentato dall'idea che esista un insieme di processi motivazionali su base innata<sup>4</sup> che precedono la cognizione, capaci di organizzare in sequenza le emozioni di base. Alcuni sistemi cerebrali creati dall'evoluzione sarebbero quindi deputati, non solo alla regolazione del comportamento, ma anche delle emozioni in funzione di alcuni scopi fondamentali. È bene comunque ricordare che all'interno degli ultimi sviluppi del cognitivismo clinico italiano tutti i contenuti mentali, siano essi percezioni, pensieri e emozioni, sono considerati informazioni che acquistano significato all'interno di una prospettiva relazionale, essendo l'esperienza umana centrata sull'intersoggettività.

In particolare, all'interno della teoria evuzionistica è possibile riconoscere e distinguere alcuni sistemi motivazionali più “bassi”, che non richiedono direttamente la relazione con altri membri della specie, e sistemi motivazionali interpersonali (Tab.1.1). Ciascun sistema motivazionale interpersonale è concepibile come un sistema funzionale capace di regolare l'esperienza emozionale in una sequenza tipica. A queste due classi di motivazioni nell'essere umano ne occorre aggiungere una terza, riguardante il bisogno di intersoggettività e di costruzione di significati<sup>5</sup>. La conoscenza di intenzioni ed emozioni sarebbe quindi un processo intersoggettivo: conosciamo il senso e il valore di un'emozione quando la colleghiamo ad un'intenzione presente in noi stessi e nell'altro (Gallese, 2002).

---

4 In questa prospettiva, tali disposizioni innate differirebbero dal modo classico di concettualizzare gli istinti per alcune ragioni: sono definibili come sistemi di regolazione del comportamento e algoritmi per l'elaborazione dell'informazione, sono “ambientalmente labili” (Bowlby, 1972), riguardano non solo i bisogni corporei e la riproduzione ma anche le forme basilari dell'interazione sociale, non richiedono una coscienza per operare (Liotti, 2001).

5 In questa prospettiva, quindi, la conoscenza “di sé con l'altro” è da considerarsi un bisogno primario nell'essere umano, essendo la nostra mente “relazionale”, cioè predisposta alla relazione interpersonale fin dalla nascita (Siegel, 2001).

**Tab.1.1:** *Sistemi motivazionali interpersonali ed emozioni tipiche di ogni sistema (modificato da Liotti, 2005).*

<b>SISTEMI MOTIVAZIONALI</b>	<b>ATTIVAZIONE/ DISATTIVAZIONE</b>	<b>EMOZIONI CONNESSE ALL'OSTACOLO NEL RAGGIUNGIMENTO DELLA META</b>	<b>EMOZIONI CONNESSE AL RAGGIUNGIMENTO DELLA META</b>
S. M. ATTACCAMENTO	<p>ATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fatica, dolore fisico o emozionale</li> <li>• percezione di vulnerabilità</li> </ul> <p>DISATTIVATO DA:</p> <p>conseguimento vicinanza protettiva protratta impossibilità di conseguire la meta</p>	paura (da separazione), collera (protesta), tristezza (da perdita) disperazione distacco emozionale	conforto gioia sicurezza fiducia
S. M. COMPETITIVO	<p>ATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• percezione che una risorsa è limitata</li> <li>• segnali di sfida da un membro del gruppo</li> </ul> <p>DISATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• segnali di resa (meta del sistema è definire il rango di dominanza e sottomissione)</li> </ul>	paura (da giudizio), collera (da sfida), tristezza (da sconfitta) vergogna umiliazione disprezzo invidia	superiorità trionfo, potenza orgoglio
S.M. ACCUDIMENTO	<p>ATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• segnali di richiesta di protezione</li> </ul> <p>DISATTIVATO DA:</p> <p>segnali di sollievo e sicurezza dell'altro</p>	ansiosa sollecitudine compassione colpa	tenerenza protettiva gioia
S. M. SESSUALE	<p>ATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• livelli ormonali</li> <li>• segnali comportamentali</li> </ul> <p>DISATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• orgasmo (raggiungimento della meta)</li> </ul>	pudore paura (da rifiuto) colpa	desiderio erotico piacere mutualità erotica
S.M. COOPERATIVO	<p>ATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• percezione di un obiettivo comune (risorsa non percepita come limitata)</li> <li>• segnali di non minaccia agonistica</li> </ul> <p>DISATTIVATO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conseguimento dell'obiettivo congiunto</li> <li>• tradimento</li> </ul>	colpa rimorso isolamento sfiducia	empatia lealtà reciproca condivisione fiducia gioia



Il modello del cervello “trino” di MacLean (1984), viene quindi utilizzato come metafora descrittiva che rifletterebbe le tappe del nostro sviluppo filogenetico e ontogenetico (Tab.1.2). Occorre comunque ricordare che i nuovi risultati provenienti dagli studi di neuroscienze sulla plasticità neuronale e l'esistenza di circuiti cerebrali complessi hanno dimostrato come tale modello sia in parte inadeguato, non essendo possibile considerare il cervello umano come una struttura “staticamente” tripartita; tuttavia il concetto di cervello “trino” può essere ancora considerato una buona “metafora” esplicativa (Cozolino, 2006).

**Tab.1.2:** *Il modello del cervello “trino”(MacLean, 1984) e sistemi motivazionali ad esso connessi.*

Cervello “trino”	<b>SISTEMI MOTIVAZIONALI E MANDATI BIOLOGICI</b>
<b>SISTEMA R (rettiliano)</b> (cervello filogenicamente più antico, tronco dell'encefalo, nuclei della base)	Scopi non sociali, riguardanti il mantenimento dell'omeostasi, la ricerca di cibo e risorse, l'esplorazione ambientale, la difesa (risposta di “attacco/fuga”) <b>“riprodurci e sopravvivere”</b>
<b>SISTEMA LIMBICO</b>	Scopi che riguardano la relazione con altri membri della specie: sistema di attaccamento-accudimento, sistema agonistico ritualizzato (o di rango), sistema sessuale, sistema di cooperazione paritetica <b>“stiamo in connessione, e tutto verrà meglio”</b>
<b>NEOCORTEX</b>	Scopi epistemici, bisogno di usare il linguaggio, motivazioni conoscitive superiori (costruzione di significati, prevedibilità, padronanza o mastery) <b>“sopravvivere, stai in connessione con i conspecifici e dai a tutto un significato costruito”</b>

Adottando questa prospettiva diviene quindi importante il concetto di “ri-categorizzazione” delle emozioni (Edelman, 1989): le emozioni di base connesse ai diversi sistemi motivazionali, intese come indicatori di “direzione”, sono già categorie distinte, ricategorizzate tramite processi cognitivi più o meno adeguati. L'opportuna ricategorizzazione cognitiva delle emozioni, fondata sul riconoscimento del loro valore evolucionistico e sulla loro causalità, si configurerebbe perciò come un elemento essenziale per la regolazione delle stesse. A titolo esemplificativo, si può considerare l'impossibilità di

modulare la tristezza se la si categorizza come “stanchezza”, senza quindi riconoscere gli antecedenti relazionali dello stato emotivo (per esempio un non soddisfacimento di un bisogno di vicinanza-protezione con un altro significativo) o l'impossibilità di regolare l'ansia se le si dà esclusivamente il nome di uno stato somatico morboso (Liotti, 2005).

Rifacendosi ai nuovi sviluppi della Teoria dell'Attaccamento è possibile ipotizzare che la ricategorizzazione delle emozioni di base dipenda dal modo in cui la loro espressione da parte del bambino è abitualmente rispecchiata dagli altri significativi; l'insieme dei rispecchiamenti sociali svolgerebbe quindi un ruolo fondamentale nello sviluppo di capacità metacognitive adeguate per la regolazione emotiva. Importanti diventano quindi i concetti di “Modello Operativo Interno” (Bowlby, 1972) e di Funzione Riflessiva (Fonagy, 1991). In particolare, al Modello Operativo Interno<sup>6</sup> (MOI) dell'attaccamento viene attribuito un ruolo cruciale nella genesi del sistema di autoregolazione delle emozioni, come dimostrato da recenti ricerche su come la capacità di regolare le emozioni dell'attaccamento si rifletta sull'organizzazione cerebrale, in particolare della corteccia orbito-frontale destra (Schore, 2000). In tale prospettiva, il sistema motivazionale dell'attaccamento acquisterebbe un ruolo centrale anche nella regolazione degli altri sistemi motivazionali, essendo il primo ad attivarsi nel bambino consentendogli di porsi in relazione e contatto con gli altri significativi (Liotti, 2005).

Esperienze concrete di relazione possono quindi ostacolare i processi di riconoscimento e regolazione delle emozioni e lo sviluppo della conoscenza implicita in esplicita: nei contesti di esperienza relazionale, in cui le risposte verbali e comportamentali degli altri sono in grado di riflettere più o meno adeguatamente il significato delle emozioni espresse dal bambino, si possono produrre ostacoli alla trasformazione delle emozioni da semplici processi fisiologici in sentimenti coscienti (Damasio, 1994). Tuttavia, è ipotizzabile che perchè si verifichi un ostacolo alla coscienza delle emozioni non siano sufficienti esperienze negative durante le interazioni precoci ma che vi sia un ripetersi, nel corso successivo dello sviluppo, di processi di “invalidazione emotiva” (Linehan, 2001); inoltre, come sottolineano alcuni Autori, “*il deficit di conoscenza delle emozioni può variare da un carente monitoraggio metacognitivo dell'esperienza emotiva, con conseguente difficoltà a discriminare tra loro emozioni diverse, fino a una vera e propria mancanza di coscienza della emozione, che resta confinata al livello di puro processo fisiologico*”<sup>7</sup> (Liotti, 2001; p. 113).

---

6 Attualmente il Modello Operativo Interno dell'attaccamento può essere definito come un insieme di memorie, aspettative che regolano e guidano il comportamento e che costituiscono la premessa degli schemi basilici di sé con gli altri (Liotti, 2005).

7 McDougall (1989) sottolinea come i soggetti gravemente alessitimici “*non sarebbero in grado di distinguere l'ansia dalla depressione, l'eccitamento dalla fatica, o, ancora, la rabbia dalla semplice fame*”.

Tuttavia, la possibilità di sviluppare una buona “Teoria della Mente” propria e dell'altro, a partire dalla disposizione innata dell'uomo a rappresentare tramite il linguaggio (quindi tramite conoscenza semantica) i contenuti mentali, può essere plasmata e eventualmente ostacolata dall'esperienza concreta che si svolge in un contesto relazionale. Quindi, il monitoraggio cognitivo e la capacità di riflettere sugli stati della mente propri e altrui possono essere considerati prerequisiti fondamentali per riconoscere e regolare le proprie esperienze emotive, sia da soli che durante gli scambi relazionali; solo attraverso delle buone capacità metacognitive sarebbe in effetti possibile comprendere la natura “contestuale”, transitoria e relazionale delle proprie emozioni, “costruire” teorie sulla relazione tra emozioni e eventi ambientali specifici, elaborare per ciascuna emozione un'adeguata descrizione verbale, quindi, ri-categorizzarla (Liotti, 2001).

In particolare, Bara, Colle e Bosco (2005) hanno sottolineato come per “conoscenze metacognitive” si faccia riferimento all'insieme di rappresentazioni che l'individuo possiede sulla mente e come sia possibile differenziare le componenti metacognitive sia sulla base dei diversi stati mentali in gioco (emozioni, desideri, credenze), sia in funzione delle diverse funzioni che assolvono (conoscenza e processi metacognitivi), sia nei termini del soggetto cui tali funzioni sono attribuite (“prima o terza” persona).

Il concetto di “Mentalizzazione” e “Funzione “Riflessiva” fu introdotto da Fonagy (1991) per indicare la capacità di rappresentare mentalmente gli aspetti consci e inconsci di sé e dell'altro, di riflettere sugli stati mentali (sentimenti, desideri, intenzioni, atteggiamenti) propri e altrui; secondo l'autore tale capacità sarebbe un prerequisito fondamentale per la regolazione autonoma delle emozioni. La funzione riflessiva indica quindi quell'insieme di operazioni mentali che l'individuo compie per concepire la mente come un complesso di funzioni che mediano il rapporto fra sé, il mondo e gli altri (Porcelli, Todarello, 2005).

Attualmente nel contesto clinico e di ricerca italiano è stata proposta l'individuazione di più funzioni distinte che costituirebbero nel loro insieme la capacità generale di mentalizzazione; deficit specifici in alcune funzioni metacognitive sarebbero identificabili soprattutto in pazienti con Disturbi di Personalità (Carcione e coll., 1997; Dimaggio, Semerari, 2003; Dimaggio e coll., 2006). In particolare, questi Autori considerano il “monitoraggio cognitivo” come una funzione metacognitiva specifica a sua volta composta da due aspetti distinti: l'Identificazione e la Relazione tra Variabili. Con il termine “Identificazione” si fa riferimento alla capacità di identificare le componenti ideative (“Identificazione Cognitiva”) ed emotive (“Identificazione Emotiva”) dei propri stati mentali; per “Relazione tra Variabili” si intende invece la capacità di cogliere relazioni tra diverse componenti mentali e spiegare il

comportamento interno ed esterno in termini di stati mentali (per esempio, “avevo paura perché pensavo a...”). Nella loro pratica clinica, gli Autori sottolineano come sia possibile osservare pazienti che, mostrando un deficit in tale funzione metacognitiva, soprattutto nella Identificazione, non hanno accesso ai contenuti emotivi e cognitivi del loro stato mentale<sup>8</sup>, fornendo quindi narrazioni e racconti caratterizzati da semplici descrizioni dei fatti o di stati somatici spesso confusi e indistinti.

Al di là dei diversi inquadramenti teorici utilizzati per spiegare i deficit nella identificazione ed elaborazione dell'esperienza emozionale, esiste un certo consenso unanime nel considerare rilevanti le esperienze relazionali, anche precoci, per la corretta regolazione ed espressione delle proprie esperienze emotive; un supporto a tale ipotesi è fornito anche dai nuovi studi sulla “Neurobiologia Interpersonale”, che evidenzia e sottolinea come il nostro cervello possa essere considerato un organo sociale costruito tramite l'esperienza (Cozolino, 2006) e come la nostra mente sia sottoposta ad una costruzione “relazionale” (Siegel, 2001).

### ***1.2.3 Emozioni e coscienza: la funzione adattiva delle emozioni***

Il riconoscimento delle emozioni e, più in generale, il vissuto emotivo ed affettivo possono essere considerati, non tanto come un aspetto necessario per un buon funzionamento individuale, quanto l'elemento fondante dell'intera attività mentale dell'essere umano. Damasio (1999), afferma infatti che emozioni e coscienza non sono fenomeni separabili: clinicamente si osserva che, se la coscienza è menomata, lo sono anche le emozioni.

La coscienza, secondo l'Autore, può essere definita come “*il senso di sé che conosce*”, la conoscenza che un organismo ha di se stesso. La coscienza consentirebbe tre fenomeni distinti ma collegati: un'emozione, sentire quell'emozione, sapere di sentire quell'emozione. La coscienza si configura quindi come “*un fenomeno del tutto privato, vissuto in prima persona, che si realizza come parte del processo privato, vissuto in prima persona, che noi chiamiamo mente*”, coscienza e mente però sarebbero strettamente collegati nei comportamenti esteriori.

---

8 Horowitz (1991) definisce gli stati mentali come “pattern ricorrenti” costituiti da complessi emozionali associati a particolari stili di auto-rappresentazione e particolari qualità percepite nelle reazioni interpersonali. La natura psicopatologica di alcuni stati non sarebbe tanto definita dal loro contenuto, quanto dalla scarsa capacità del soggetto di modulare, al loro interno, idee sentimenti, emozioni (Semerari, 2005). Siegel (2001) definisce uno “stato della mente” come l'insieme dei pattern di attivazione all'interno del cervello in un dato momento. Varie funzioni del cervello, dalle più “semplici”(per esempio, la regolazione degli stati dell'organismo a livello del SNA) a quelli più “complesse” (per esempio, la rappresentazione concettuale a livello delle aree neo-corticali) possono essere collegate e temporaneamente associate in uno stato della mente. Collegati significa che i diversi sistemi che mediano tali processi sono simultaneamente attivati. Uno stato della mente può essere quindi considerato come un pattern di attivazione che coinvolge i sistemi cerebrali responsabili dei processi percettivi, del tono e della regolazione delle emozioni, dei processi della memoria, delle risposte comportamentali.

Damasio distingue inoltre tra “coscienza nucleare” e “coscienza estesa”, la prima rappresenta il senso di sé qui e ora, in data momento, la seconda un senso elaborato di sé nel tempo. Tale distinzione richiama quella proposta da James (1890), tra “Io e Me”, l'esperire o lo spiegare l'esperienza immediata e il suo fluire, che trova nel Costruttivismo una applicazione teorica e clinica attraverso il concetto di “Organizzazione di Significato Personale” (Guidano, 1992). La possibilità di connettere eventi, creare trame narrative attraverso una dimensione temporale, viene considerata l'espressione del nostro “risultato” evolutivo, inter-soggettivo (Veglia 1999; Liotti, 2005). Infatti, la coscienza estesa si evolve nella vita dell'individuo, arricchita dal linguaggio e richiede memoria. La coscienza nucleare non caratterizza solo l'essere umano e quella estesa si fonda sulla prima per il suo sviluppo. La coscienza nucleare e quella estesa corrisponderebbero quindi a due sensi di sé: un sé nucleare e transitorio, fortemente dipendente dagli oggetti con cui si interagisce e un sé autobiografico, una registrazione organizzata della biografia di un organismo. L'ipotesi di Damasio è che alcune funzioni più antiche della coscienza possano precedere funzioni cognitive superiori come la memoria e il linguaggio. La coscienza consente la conoscenza nella relazione con l'oggetto in due aspetti fondamentali: l'organismo è coinvolto nella relazione con l'oggetto e l'oggetto è coinvolto in una relazione che causa un cambiamento nell'organismo. L'organismo è il precursore biologico di ciò che diventa senso di sé, attraverso un mantenimento costante e non cosciente dello stato del corpo che consentirebbe il costituirsi di ciò che Stern (2004) chiama “Proto-Sé” (precursore non cosciente dello stato di sé). Damasio (2003) parla di un “modello del corpo nel cervello”, diverso dal classico omuncolo, per riferirsi all'insieme di dispositivi che consentono la gestione automatica dell'organismo, indispensabili per la coscienza nucleare. A partire da una prospettiva evuzionistica, la coscienza rappresenta lo strumento attraverso il quale l'essere umano diviene “un organismo orientato dalla mente”, consentendo la manipolazione delle immagini e la risposta alla domanda fondante il senso di sé: *“a chi appartengono le immagini mentali che si stanno dispiegando in quest'istante?”*. La coscienza diviene dunque strettamente interconnessa alla Conoscenza; sentire di conoscere, sentire ciò che accade mentre si elabora un oggetto con cui si è in interazione, è la forma più semplice di conoscenza non verbale ed una sensazione che accompagna la formazione di ogni genere di immagine. La coscienza dunque, non coincidendo semplicemente con la Mente, è la parte di essa legata al senso di sé e del conoscere.

Damasio sottolinea inoltre che a volte usiamo la mente non per scoprire i fatti ma per nasconderli, tra le cose che nasconde meglio vi è il corpo e i suoi stati interni, fatto testimoniato dalla vaghezza e intangibilità delle emozioni. Tale nascondimento del corpo può

essere considerato una “distrazione adattiva” che garantisce all’organismo di concentrare le proprie risorse verso l’ambiente circostante avendo tuttavia il “costo” di impedire di cogliere le origini di ciò che chiamiamo sé. La coscienza umana inizia quindi quando il cervello acquisisce il potere di raccontare una Storia senza parole che si svolge entro i confini del corpo e che scandisce il senso del tempo. L’ipotesi di Damasio è che la coscienza emerga poiché conoscere i sentimenti causati dalle emozioni è indispensabile per ciò che definisce “l’arte di vivere”. In particolare, la tesi principale è che la coscienza, come le emozioni, miri alla sopravvivenza e affondi le sue radici nella rappresentazione del corpo; quando la coscienza è sospesa, da quella nucleare in poi, anche l’emozione appare sospesa. L’emozione quindi precederebbe la coscienza nella storia evolutiva, essendo costituita da una collezione di risposte chimiche e neurali, osservabili fisicamente, che svolgono un compito fondamentale di regolazione dell’organismo. Nello specifico, le emozioni svolgerebbero due funzioni biologiche fondamentali: contribuiscono a produrre una risposta adattiva specifica alla situazione induttrice, regolano lo stato interno del corpo per prepararlo alla funzione necessaria a fronteggiare l’evento e la stessa risposta. Le emozioni dotano quindi gli organismi di comportamenti orientati alla sopravvivenza e possono produrre un “effetto sulla mente”, pervadere il processo mentale, attraverso la coscienza che favorisce l’effetto dell’emozione dall’interno attraverso il sentimento (inteso quindi come l’esperienza mentale, privata di un’emozione connessa ad un senso di sé).

La prospettiva di Damasio, così come quella delle teorie cognitive di matrice evuzionistica (Liotti, 2001; 2005), considerano quindi la metacognizione e la funzione riflessiva della mente come semplici espressioni della coscienza umana che trae origine da esigenze evolutive di ordine superiore e che rendono le emozioni e loro elaborazione (o ricategorizzazione) uno strumento adattivo fondamentale per il raggiungimento di mete motivazionali e il mantenimento delle relazioni interpersonali. Questa concettualizzazione della mente umana e del suo funzionamento, pur avvicinandosi alle nuove teorizzazioni sull’Alessitimia, consentono di considerare “il deficit nell’elaborazione cognitiva degli affetti” (Taylor e Bagby, 1997) come un mancato risultato delle funzioni integratrici della coscienza. I deficit di integrazione si tradurrebbero quindi in mancate Narrazioni, “Storie” dove la componente affettiva risulta assente, o in una totale assenza di parole per gli stati somatici che costituiscono il substrato di ciò che chiamiamo emozioni. *“La mia ipotesi di lavoro è che un sentimento sia la percezione di un certo stato del corpo, unita alla percezione di una particolare modalità di pensiero nonché di pensieri con particolari contenuti”* (Damasio, 2003; p. 108): la conoscenza del mondo e di sé, fondata sulla vita affettiva, sarebbe quindi

garantita da un'attività di pensiero che viene definita “incarnata”, che affonda le sue origini nel teatro del corpo. La stessa incapacità di simbolizzazione, che si esprime nel “pensiero operatorio”, caratteristico del costrutto alessitimico, può essere riletto e spiegato alla luce della capacità di costruire Significati, propria della coscienza umana, carente o deficitaria per sviluppi evolutivi soggettivi inadeguati: *“perché il paziente, nella costruzione della conoscenza esplicita di sé, non riesce a completare da solo, o meglio all'interno dei suoi scambi interpersonali, le metafore che pure il suo cervello genera a partire dalla conoscenza implicita?”* (Liotti, 2001; p. 68).

### **1.3 La valutazione dell'Alessitimia: la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)**

La Toronto Alexithymia Scale nasce dal tentativo, del gruppo di ricerca di Toronto guidato da Taylor, di elaborare uno strumento self-report per la rilevazione delle caratteristiche alessitimiche. Dopo una serie di revisioni, alcuni aspetti del costrutto quali “il conformismo sociale”, la “vita immaginativa povera” e la “mancanza di introspezione” sono stati eliminati dagli Autori, essendo considerati caratteristiche accessorie, non nucleari e non presenti in tutti i soggetti con Alessitimia (Caretti, La Barbera, Craparo, 2005).

L'attuale versione della TAS-20<sup>9</sup> (Taylor,1987; Taylor & Bagby, 1988; Parker e coll., 1993; Bagby, Parker, Taylor, 1994) è costituita da venti affermazioni a cui il soggetto è chiesto di esprimere il suo livello di accordo su una scala Likert a 5 punti (da “non sono per niente d'accordo” a “sono completamente d'accordo”). Dai dati ottenuti, oltre ad un punteggio totale (TOT), è possibile ottenere informazioni rispetto a tre dimensioni dell'Alessitimia:

- difficoltà ad identificare le emozioni (scala DIF),
- difficoltà a descrivere e comunicare le proprie emozioni agli altri (scala DDF),
- pensiero orientato all'esterno (scala EOT).

La TAS-20 ha dimostrato in diversi studi di avere un'alta coerenza interna ( $\alpha$  di Cronbach=0,81), una buona stabilità test-retest su un intervallo di tre mesi ( $r=0,77$ ) e una struttura a tre fattori congruente da un punto di vista teorico con il costrutto dell'Alessitimia. Nonostante la buona coerenza interna e l'omogeneità della scala, è tuttavia emerso che il terzo fattore, “pensiero orientato verso l'esterno”, ha correlazioni molto basse con il punteggio totale e con gli altri due fattori (Caretti, La Barbera, Craparo, 2005; Taylor, Bagby, Parker,

---

9 La traduzione italiana e la validazione dello strumento sono state curate da Bressi e collaboratori (1996).

1997).

In alcune ricerche il punteggio della TAS-20 si è dimostrato scarsamente correlato con variabili sociodemografiche e con l'intelligenza (Kauhanen e coll., 1993; Kirkmayer, Robbins, 1993); alcune correlazioni sono emerse con le dimensioni del NEO Five Factor Inventory di Costa e McCrae (1985), in particolare con il tratto del nevroticismo (Taylor, Bagby, Parker, 1997).

Gli Autori sottolineano comunque come sia necessario non limitarsi al solo impiego della TAS-20 per raccogliere informazioni sull'Alessitimia, essendo necessario un approccio “multi-metodologico” attraverso l'utilizzo di più strumenti (Caretti, La Barbera, Craparo, 2005; Taylor, Bagby, Parker, 1997). A titolo esemplificativo, Taylor e collaboratori (1997) hanno dimostrato come i soggetti classificati come non alessitimici sulla base dei punteggi ottenuti alla TAS-20 tendano ad utilizzare un maggior numero di parole relative alle emozioni in risposta a test proiettivi rispetto agli alessitimici.

Nonostante venga enfatizzato l'impiego di una valutazione multidimensionale, molta della letteratura scientifica sull'Alessitimia si basa sul solo utilizzo della TAS-20.

In una recente rassegna, Kooiman, Spinhoven e Trijsburg (2002) hanno considerato gli studi sulla validità e le caratteristiche dello strumento, partendo dall'ipotesi che la TAS-20 misuri solo alcuni aspetti del costrutto dell'Alessitimia, nucleari ma non sufficienti. In particolare, dalla ricerca condotta emergerebbe come lo strumento sia stato per lo più utilizzato in campioni di soggetti normali; infatti, secondo gli Autori, le ricerche sull'Alessitimia in particolari gruppi psicopatologici sarebbero ancora di numerosità ridotta. Inoltre, la validità fattoriale delle sottoscale “difficoltà a identificare le emozioni” (DIF) e “difficoltà a descrivere le emozioni” sembra essere ampiamente confermata dalle ricerche sperimentali, mentre in quasi tutti gli studi presi in visione la sottoscala “pensiero orientato all'esterno” appare non consistente. Poche ricerche sperimentali sono state fino ad ora condotte e pubblicate sulla validità di criterio dello strumento; alcuni studi sembrano inoltre non confermare la struttura a tre fattori (le dimensioni “riconoscere le emozioni” e “descrivere le emozioni” potrebbero infatti costituire un'unica scala).

Risultati in parte contrastanti sono stati evidenziati da Loas e collaboratori (2001) in una ricerca volta a verificare la struttura a tre fattori dello strumento tramite Analisi Fattoriale Confermativa (CFA). 769 soggetti sani e 659 soggetti con diagnosi di Abuso di Sostanze o Disturbo del Comportamento Alimentare hanno completato la TAS-20; i risultati hanno confermato in ciascun campione la struttura a tre fattori della scala, consentendo di considerarli come l'espressione di tre caratteristiche distinte del costrutto.



Zimmermann e collaboratori (2007), hanno condotto uno studio il cui scopo era verificare le caratteristiche psicometriche della TAS-20 somministrata ad un gruppo di adolescenti sani ed analizzare l'evoluzione dell'Alessitimia in diverse fasce di età. Lo strumento è stato somministrato ad un campione di 264 adolescenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni. Al fine di confrontare i punteggi ottenuti, il campione è stato suddiviso in tre gruppi: gruppo 1 (soggetti di età inferiore ai 16 anni), gruppo 2 (soggetti di età compresa tra i 16 e i 17 anni), gruppo 3 (soggetti di età superiore ai 17 anni). L'Analisi Fattoriale Confermativa (CFA) ha evidenziato che i risultati si adattavano bene al modello a tre fattori dello strumento. I coefficienti di attendibilità e le correlazioni inter-item sono risultati accettabili per la prima dimensione (“difficoltà ad identificare le emozioni”) e buone per la seconda (“difficoltà a descrivere le emozioni”); viceversa, come spesso riportato dalla precedente letteratura, l'affidabilità del terzo fattore “pensiero operatorio” è risultata scarsa. Inoltre, i risultati della ricerca hanno mostrato come l'Alessitimia (punteggio Totale della TAS-20), la difficoltà ad identificare le emozioni e il pensiero orientato all'esterno diminuiscano significativamente con l'aumentare dell'età dei soggetti a conferma dell'ipotesi che l'adolescenza sia una fase evolutiva caratterizzata dallo sviluppo della competenza nella regolazione delle emozioni. La possibilità di impiegare più strumenti, non solo di tipo self-report, nell'indagine degli aspetti caratterizzanti l'Alessitimia potrebbe arricchire le conoscenze attuali sul costrutto e sui deficit nella elaborazione delle emozioni e consentire l'elaborazione di nuovi metodi di assessment e di valutazione dell'efficacia di trattamenti.

#### **1.4 L'Alessitimia tra stabilità e cambiamento**

Un altro aspetto centrale nella discussione teorica sul costrutto dell'Alessitimia riguarda la sua stabilità nel tempo e quanto essa possa costituire una caratteristica psicopatologica su cui focalizzare i trattamenti terapeutici e le verifiche di efficacia (Carretti, La Barbera, 2005).

Non esiste in effetti un accordo unanime sulla possibilità di considerare le caratteristiche alessitimiche come elementi di tratto piuttosto che come un fenomeno secondario a patologie organiche o psichiche (Freyberger, 1977). Diversi studi condotti su pazienti affetti da patologie psichiatriche (Salminen e coll., 1994), Disturbi del Comportamento Alimentare (Schmidt e coll., 1993) o patologie organiche come cancro e malattie infiammatorie (Luminet e coll., 2007) sembrano confermare la possibilità di considerare l'Alessitimia come una

variabile di tratto; tuttavia, la difficoltà ad elaborare ed esprimere i propri vissuti emotivi potrebbe costituire uno stato reattivo a stress emotivi o fisici (Taylor e Bagby, 2004).

Un recente lavoro di Tolmunem e collaboratori (2011) ha verificato la stabilità dell'Alessitimia nella popolazione generale finlandese con un follow-up a 11 anni, i possibili fattori in grado di determinare cambiamenti nei punteggi ottenuti alla TAS-20 e l'ipotesi che le caratteristiche alessitimiche predicano lo sviluppo di sintomi depressivi. In particolare, la ricerca è stata condotta su 775 individui di sesso maschile, i follow-up sono stati compiuti a 4 e a 11 anni di distanza dalla prima valutazione; oltre alla rilevazione delle caratteristiche alessitimiche, sono stati indagati i sintomi depressivi autoriferiti, alcune caratteristiche socio-demografiche e variabili relative allo stato di salute generale, come diagnosi di patologie cardiovascolari e di neoplasie. I risultati complessivi hanno dimostrato una stabilità significativa dei punteggi ottenuti alla TAS-20, con correlazioni tra punteggi ottenuti alla fase baseline e ai follow-up molto alte. L'esclusione dei soggetti con patologie cardiache o tumorali nelle tre rilevazioni non ha modificato significativamente tale correlazione. Correlazioni significative tra Alessitimia e sintomi depressivi sono state rilevate in tutte e tre le valutazioni. Tra i fattori in grado di incrementare i punteggi ottenuti alla TAS-20, è risultata significativa esclusivamente la variabile età. Gli Autori hanno inoltre cercato di verificare se l'Alessitimia sia in grado di predire un maggior rischio di sviluppo di patologie cardiovascolari, escludendo dall'analisi i soggetti che al momento della prima rilevazione dichiaravano pregressi o attuali disturbi cardiaci: dallo studio non è stato possibile confermare tale ipotesi. La ricerca sembra invece dimostrare che i soggetti che in fase baseline hanno ottenuto alti punteggi nella TAS-20 e che dichiarano sintomi depressivi in assenza di diagnosi psichiatriche conclamate, mostrano un rischio significativamente maggiore di sviluppare disturbi mentali e di ottenere punteggi più alti nel test sui sintomi depressivi a 4 e a 11 anni di distanza. Tale ricerca sembra dimostrare che la stabilità delle caratteristiche alessitimiche è maggiore nella popolazione generale piuttosto che in campioni psichiatrici, infatti, soprattutto le prime due scale dello strumento mostrano maggiori variazioni in popolazioni cliniche rispetto al fattore relativo al "pensiero orientato all'esterno" (Saarijarvi, Salminen, Toikka, 2006). Inoltre, i dati emersi suggeriscono la possibilità di considerare l'Alessitimia come una caratteristica di tratto in grado di aumentare la vulnerabilità per lo sviluppo di malessere psicologico.

Recentemente la ricerca sull'argomento ha focalizzato maggiormente l'attenzione sulla possibilità di valutare le caratteristiche alessitimiche e le loro stabilità in rapporto all'efficacia di trattamenti terapeutici specifici.

Grabe e collaboratori (2008), partendo dall'evidenza empirica che circa il 25% dei pazienti che richiedono interventi psicoterapeutici mostrano caratteristiche Alessitimiche, hanno investigato il possibile effetto di quest'ultime sull'efficacia terapeutica di gruppi ad orientamento psicodinamico. Allo studio hanno partecipato 414 pazienti, 297 di essi sono stati coinvolti nei successivi follow-up a 4 e a 8 mesi dall'inizio del trattamento. I soggetti hanno compilato nei tre tempi la TAS-20 e l'SCL-90 (Symptom Checklist- 90; Derogatis, Lipman, Covi, 1973) per l'indagine dei sintomi psicopatologici riferiti. I risultati hanno mostrato che il 27% del campione poteva essere classificato come Alessitimico; un'analisi multivariata ha mostrato una riduzione significativa della gravità globale dei sintomi riferiti al termine della terapia sia nei soggetti non Alessitimici che in quelli Alessitimici. Tuttavia, i pazienti Alessitimici hanno ottenuto punteggi significativamente più alti nell'indice di gravità di patologia in tutte le rilevazioni. Il punteggio totale della TAS-20 ha mostrato una certa stabilità nel tempo nel campione totale, tuttavia una sua riduzione significativa è emersa nel gruppo Alessitimico prima e dopo l'intervento.

In uno studio simile al precedente, condotto su 397 pazienti prima e dopo trattamento ad orientamento psicodinamico, ha rilevato una riduzione significativa nello stress e depressione riferita dai soggetti. Tuttavia, i punteggi ottenuti alla TAS-20 hanno dimostrato una certa stabilità nel tempo, a conferma, secondo gli Autori, della possibilità di considerare le caratteristiche Alessitimiche come variabili di tratto (Stigl e coll., 2008).

Una ricerca più recente ha invece considerato l'impatto sull'efficacia terapeutica delle caratteristiche Alessitimiche in un campione di soggetti con diagnosi di Disturbo da Attacchi di Panico (Rufer e coll., 2010). Nello specifico, obiettivo del lavoro era verificare se i pazienti Alessitimici mostrano una minore risposta ai trattamenti rispetto ai non Alessitimici, in un gruppo di pazienti (N=55) sottoposti ad un programma terapeutico di sei mesi ad orientamento cognitivo- comportamentale. Il 35% dei pazienti, oltre alla psicoterapia, aveva seguito una terapia farmacologica di supporto con antidepressivi, la TAS-20 è stata somministrata prima e dopo l'intervento. I punteggi ottenuti dai pazienti allo strumento prima della terapia non hanno mostrato influenze sulla sua efficacia, solo la comorbilità con altri disturbi in asse I risultava associata ad una non risposta al trattamento. Inoltre, i punteggi ottenuti alla prima e alla seconda somministrazione della TAS-20 sono risultati significativamente ridotti nelle scale "difficoltà a identificare le emozioni" (scala 1) e "difficoltà a descrivere le emozioni" (fattore 2); i punteggi ottenuti nella scala 3, "pensiero operatorio" sono invece rimasti invariati dopo l'intervento terapeutico.

Risultati simili sono stati evidenziati in uno studio sulla stabilità delle caratteristiche

alessitimiche dopo cinque anni in pazienti depressi sottoposti a terapia (Saarijarvi , Salminen, Toikka, 2006). La ricerca condotta su 116 pazienti con diagnosi di depressione ha evidenziato che il punteggio totale della TAS- 20 mostra una certa stabilità nel tempo, anche dopo cinque anni dal termine del trattamento. Tuttavia, una riduzione dei punteggi nelle scale “difficoltà a identificare le emozioni” e “difficoltà a descrivere le emozioni” sono risultate associate ad una riduzione significativa dei sintomi depressivi riferiti; tale associazione non è stata rilevata per il fattore riguardante il “pensiero operatorio”.

Un altro studio che sembra dimostrare la stabilità del deficit Alessitimico è stato condotto da Iulian Iancu e collaboratori (2006). È stato dimostrato in un gruppo clinico di pazienti affette da Disturbo del Comportamento Alimentare che, attraverso uno specifico programma di trattamento terapeutico, si evidenziava un importante miglioramento dei sintomi della psicopatologia primaria, senza tuttavia rilevare un miglioramento negli aspetti relativi al deficit Alessitimico e ai sintomi dissociativi. Tale risultato sembra confermare l'ipotesi che l'Alessitimia possa essere considerata una variabile di tratto, non influenzata da un miglioramento clinico, a meno che non sia proposto un trattamento psicologico a lungo termine che favorisca l'espressione delle emozioni.

Un filone di ricerca più recente si è occupato delle possibili relazioni tra Alessitimia e caratteristiche stabili di personalità. Oltre agli studi sopra citati sulla relazione tra il costrutto Alessitimico e i fattori personologici individuati da Costa e McCrae (1985), alcuni ricercatori hanno esaminato le caratteristiche Alessitimiche in rapporto al Modello Psicobiologico della personalità di Cloninger (1994).

Conrad e collaboratori (2009) hanno condotto uno studio al fine di verificare se le caratteristiche Alessitimiche, in associazione con caratteristiche temperamentali e caratteriali, sono in grado di predire sintomi psicopatologici in pazienti con diagnosi Disturbo Depressivo Maggiore. Il fattore “difficoltà ad identificare le emozioni” è risultato un predittore significativo di tutte le dimensioni sintomatologiche di psicopatologia. Tra i fattori del TCI (Temperament and Character Inventory di Cloninger, 1999), l'Harm Avoidance (HA, Evitamento del Danno) è risultato il maggiore predittore della somatizzazione e dell'ansia; la bassa Self- Directedness (SD, Auto-direzionalità) della depressione e dei sintomi ossessivi; la bassa Cooperativeness (C, Cooperatività) è risultata in grado di predire sintomi paranoici e l'ostilità.

Un'altra ricerca si è occupata di indagare caratteristiche Alessitimiche e variabili temperamentali e caratteriali in un gruppo di pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore (Celikel e coll., 2010). In particolare, il campione clinico era costituito da 67 uomini e 14

donne, il gruppo di controllo da 35 donne e 16 uomini sani. Nel gruppo clinico il 33% è risultato alessitimico. Confrontando i punteggi ottenuti alla TAS-20 dai soggetti del campione clinico rispetto al gruppo di controllo, tutte le sottoscale sono risultate significativamente più alte nei pazienti depressi. Inoltre, il punteggio totale della scala è risultato correlato negativamente con il fattore “Reward Dependence” del TCI (RD, Dipendenza alla Ricompensa) e con la dimensione di Auto-direzionalità. Inoltre, nel gruppo clinico, i pazienti alessitimici hanno mostrato punteggi significativamente più bassi nelle dimensione RD rispetto ai depressi non alessitimici.

Uno studio analogo è stato condotto da Evren e collaboratori (2008) su un gruppo di pazienti di sesso maschile con diagnosi di Dipendenza da Alcol (N=111). I risultati hanno evidenziato correlazioni positive tra il punteggio totale della TAS-20 e le dimensioni HA (Evitamento del Danno) e ST (Auto-trascendenza), correlazioni negative con SD (Auto-direzionalità) e C (Cooperatività). L'analisi di regressione ha mostrato che alto Evitamento del Danno (HA) e bassa Auto-direzionalità erano in grado di predire il punteggio totale della TAS-20.

Grabe e collaboratori (2001) hanno evidenziato in un gruppo di 254 pazienti psichiatriche come alta HA, bassi RD e SD (Evitamento del Danno, Dipendenza dalla Ricompensa e Auto-direzionalità) siano predittori indipendenti dell'Alessitimia.

Un numero più limitato di ricerche si è occupato di identificare quali caratteristiche temperamentali e caratteriali sono associate alle caratteristiche alessitimiche in soggetti sani, non affetti da disturbi psicologici conclamati.

Picardi, Toni e Caroppo (2005) hanno condotto uno studio su 220 studenti universitari che, oltre a test per la valutazione di sintomi ansiosi e depressivi, hanno compilato la TAS-20, il TCI, il BFQ (Big Five Questionnaire; Caprara, Barbaranelli, Borgogni, 2002) e uno strumento self-report per la valutazione dello stile di attaccamento adulto (ECR; Experiences in Close Relationships; Brennar, Clark, Shaver, 1998). Dopo un mese, 115 soggetti hanno ricompilato la TAS-20 e i due questionari di stato. L'Alessitimia è risultata solo moderatamente correlata con i sintomi depressivi e ansiosi riferiti, la stabilità del punteggio totale e delle sottoscale della TAS-20 è risultata alta. Inoltre, l'Alessitimia è risultata correlata con bassi punteggi nell'estroversione, nella stabilità emotiva e nell'apertura agli altri (BFQ); alte correlazioni sono emerse con le dimensioni HA, basse con SD, C e RD (TCI). Lo studio infine ha confermato la correlazione tra caratteristiche alessitimiche e attaccamento insicuro (evitante e ansioso-resistente).

Una ricerca del 2010 di Lee e collaboratori ha indagato quali fattori caratteriali e temperamentali del TCI correlano con le caratteristiche alessitimiche verificando l'ipotesi che

sintomi ansiosi e depressivi potrebbero avere un ruolo di mediazione nella relazione tra personalità ed Alessitimia in un gruppo di soggetti sani. Dopo aver escluso tutti i partecipanti che mostravano anamnesi prossima e/o remota positiva per patologie psichiatriche, il campione risultava costituito da 334 soggetti coreani (130 maschi e 204 femmine; età media= 42,8, DS= 13,7). I risultati hanno evidenziato che bassa RD e bassa SD hanno effetti diretti su tutte le dimensioni della TAS-20, la bassa SD ha un effetto indiretto sulle caratteristiche alessitimiche attraverso l'ansia e la depressione. I fattori RD e SD sono risultati i predittori più forti di tutte le dimensioni alessitimiche.

Ulteriori studi dovranno chiarire le correlazioni tra caratteristiche stabili di personalità e deficit alessitimici, evidenziando quali fattori potrebbero avere un ruolo di mediazione in tale relazione. Tale indagine, soprattutto se condotta su soggetti sani e con studi longitudinali potrebbe, oltre a chiarire meglio la natura del costrutto, consentire di identificare fattori di vulnerabilità predittivi per lo sviluppo di psicopatologie.



## CAPITOLO II

### ALESSITIMIA, SALUTE E MALATTIA

*“Ma per evocare emozioni sì semplici, la minima parola gli costava mille pene. “Dottore, diceva, vorrei imparare ad esprimermi.”*  
A. Camus, *La Peste*

Come specificato dai primi studi di Selye (1956), lo stress può essere definito come una risposta adattiva e aspecifica dell'organismo ad ogni stimolo stressante e volta al mantenimento del suo equilibrio omeostatico. Dalla sua prima formulazione, lo studio sullo stress e sui suoi effetti sullo stato di benessere psicofisico degli individui si è notevolmente arricchito grazie ai contributi dei modelli teorici cognitivisti, che hanno sottolineato ed indagato il ruolo svolto dagli schemi cognitivi che si interpongono tra lo stimolo e la risposta ad esso fornita.

Lazarus (1984, 1993) evidenzia come le persone non reagiscano tutte allo stesso modo di fronte ai medesimi eventi potenzialmente stressanti; la valutazione di uno stimolo come “stressante” dipenderebbe infatti, non solo dalle caratteristiche intrinseche dell'evento, ma anche dalla percezione soggettiva dello stesso, a sua volta influenzata da variabili quali le caratteristiche costituzionali, temperamentali e i “condizionamenti” individuali.

In particolare, a mediare tra la situazione attivante e la risposta emozionale ed autonoma si pone il sistema di convinzioni dell'individuo e il suo modo specifico di valutare gli stressor, esterni ed interni.

Lazarus distingue una valutazione primaria dell'evento (primary appraisal) da una secondaria (secondary appraisal), che riguarda la percezione soggettiva delle proprie abilità di coping, inteso come insieme di risorse cognitive e comportamentali che l'individuo ha a disposizione per far fronte a situazioni potenzialmente stressanti. Dopo aver considerato ed eventualmente messo in atto le strategie selezionate, l'evento verrà quindi rivalutato (reappraisal). Le strategie di coping potranno essere rivolte all'evento da affrontare (coping centrato sul problema), oppure centrate sulla gestione e regolazione dei propri stati interni (coping centrato sull'emozione).

Nel modello proposto l'individuo e l'ambiente costituiscono un sistema interagente e



dinamico, in cui valutazione iniziale ed effetto delle proprie strategie di coping si influenzano reciprocamente.

Lazarus, quindi, considera la risposta agli stressor come un processo attivo, “mentale”, aspecifica per ciò che concerne gli aspetti psicofisiologici implicati, ma altamente soggettiva nel suo innesco, evoluzione e risoluzione.

Secondo Ruggerini e collaboratori (2004), il modello di Lazarus consente di sottolineare come nell'essere umano a divenire stressante non sia tanto “l'inibizione dell'azione” (Laborit, 1962), quanto “l'inibizione della spiegazione”, cioè la difficoltà a cogliere il significato personale delle sensazioni ed emozioni di fronte agli eventi e di collocarle all'interno di una narrazione coerente di sé e del mondo<sup>10</sup>.

Un altro costrutto, quello di locus of control, elaborato all'interno della teoria dell'apprendimento sociale, è stato recentemente inserito negli studi sugli aspetti cognitivi che influenzano la risposta allo stress. Di fronte agli eventi gli individui tendono ad attribuire le cause degli stessi a sé o all'ambiente circostante: i soggetti con locus of control interno tenderanno a percepire gli eventi come conseguenze delle proprie attività o azioni, i soggetti con locus of control per lo più esterno attribuiranno la causa degli eventi a fattori ambientali, al fato o ad elementi non direttamente controllabili (Hewitt, Flett, 1996).

In letteratura, sembra ormai documentata la relazione tra locus of control interno ed utilizzo di strategie di coping più adattive (Hurrell, Murphy, 1991); tuttavia, è bene ricordare che la tendenza a ad attribuire a se stessi la responsabilità degli eventi ambientali, specie se rigida e poco flessibile, può non rivelarsi vantaggiosa di fronte ad eventi non modificabili e predisporre all'insorgenza di sintomi depressivi da “impotenza appresa” (Pruneti, 2008).

## **2.1 Alessitimia, coping e locus of control**

Recentemente la ricerca sperimentale si sta interessando di come l'Alessitimia possa influenzare lo stato di salute degli individui; in particolare è possibile ipotizzare che la difficoltà a riconoscere, identificare, descrivere le proprie emozioni sia in grado di influenzare sia la “*patologia organica*”, quindi l'eziologia, l'evoluzione, l'esacerbazione di patologie tissutali documentabili con esami strumentali, sia il “*comportamento di malattia*”, ossia il

---

10 All'interno del cognitivismo clinico italiano, il costruttivismo concettualizza i sintomi come il risultato di una discrepanza tra l'esperienza immediata e la sua integrazione all'interno di una narrazione coerente di sé. Tale “costruzione” di se stessi e del mondo sarebbe quindi il risultato di due processi interagenti, “l'esperire e lo spiegare” il fluire dell'esperienza (la “vivencia”; Guidano, 1992; v. Cap. 1).

dolore riferito, altri sintomi non direttamente connessi con il danno tissutale, il tono dell'umore, la richiesta di cure e la compliance ai regimi terapeutici (Lumley, 2004).

Lumley e collaboratori (1997b) hanno indagato la possibile relazione tra Alessitimia e sintomi autoriferiti in un campione di 87 soggetti affetti da HIV; i risultati hanno dimostrato che coloro che riportavano alti punteggi nella TAS-20 tendevano a riferire un maggior numero di sintomi fisici, tale lamento somatico non è tuttavia risultato correlato con indici "obiettivi" della patologia (livello di linfociti CD-4 circolanti). Una simile discordanza è stata evidenziata anche in una ricerca svolta su 180 soggetti sottoposti a test per la valutazione del rischio di ischemia cardiaca (Friedlander e coll., 1997): il punteggio totale della TAS-20 risultava correlato positivamente con il numero di sintomi fisici lamentati durante la prova ma non con la presenza di una accertata patologia organica.

Tojken e collaboratori (2000) hanno monitorato il numero di cure mediche richieste in un anno da un gruppo di oltre 900 studenti universitari; nessuna correlazione è stata identificata tra le richieste di visite mediche e il punteggio totale ottenuto dai soggetti alla TAS-20, ma solo una correlazione positiva con la sottoscala "Difficoltà ad Identificare le Emozioni".

Recentemente Epifanio e collaboratori (2005a), a partire dalle evidenze empiriche sulla presenza di sintomi alessitimici in numerose patologie organiche quali ipertensione, colite ulcerosa, artrite reumatoide, hanno ipotizzato che possa esistere una relazione tra Alessitimia e strategie di coping in un gruppo di pazienti affette da neoplasia. A 90 donne afferenti ad un Centro per lo screening senologico (età compresa tra i 18 e i 50 anni;  $M=37,54$ ;  $DS=8,92$ ), sono stati somministrati la TAS-20 e il COPE (Coping Orientation to Problems Experienced; Carver e coll., 1989); il 64% del campione è risultato positivo allo screening. Si è evidenziata una maggiore percentuale di Alessitimia nei soggetti con neoplasia rispetto alle donne risultate negative allo screening (20,51% contro il 4,55%) e una correlazione positiva tra il punteggio totale della TAS-20 e alcuni fattori del COPE quali Negazione, Distacco Comportamentale, Uso di Droghe o Alcool, Religione. Gli Autori, a partire dai risultati ottenuti, ipotizzano che l'Alessitimia e, più in generale, deficit nella regolazione emotiva, possano essere considerati un fattore di rischio per lo sviluppo di neoplasie, essendo correlati a strategie di coping maladattive.

Porcelli e collaboratori (2007) hanno indagato le possibili relazioni tra Alessitimia, comportamento di salute/malattia, coping e dolore riferito in una popolazione oncologica. In particolare, il campione era costituito da 108 soggetti (61 femmine, 47 maschi) affetti da patologia oncologica in diversa sede (apparato gastrointestinale, urogenitale, stomaco, sistema endocrino) e in diversi stadi (alcuni soggetti sottoposti a trattamento chemioterapico, alcuni

con metastasi), di età compresa tra i 20 e i 60 anni ( $M=48,8$ ;  $DS=11,1$ ). Ai soggetti sono stati somministrati, oltre alla TAS-20, la MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale; Watson e coll., 1988), per la valutazione delle strategie di coping in pazienti oncologici, l'IBQ (Illness Behavior Questionnaire; Pilowsky, 1986), per la valutazione dei comportamenti di malattia e il BPI (Brief Pain Inventory, Cleeland e coll., 1998), per la valutazione multidimensionale del dolore percepito. I risultati hanno mostrato una correlazione significativa tra il dolore riferito (intensità, qualità e livello di interferenza con le attività quotidiane del dolore) con la sottoscala "Hopelessness" (Impotenza Appresa) della MAC e la sottoscala "attribuzione somatica del dolore" dell'IBQ, che esprime la tendenza a focalizzarsi cognitivamente sui sintomi fisici. Il dolore riferito dai pazienti non è risultato significativamente correlato con il punteggio totale della TAS-20, ma solo con la sottoscala "Difficoltà a Identificare le Emozioni".

Katz e collaboratori (2009) hanno condotto uno studio sulla possibile relazione tra dolore percepito e Alessitimia in un gruppo di soggetti sani, ipotizzando che deficit nella regolazione emotiva possano indurre un'amplificazione dell'esperienza dolorosa. In 67 studenti (44 femmine, 33 maschi; età media=20,39) le sottoscale "Difficoltà a Identificare le Emozioni" e "Difficoltà a Descrivere le Emozioni" della TAS-20 sono risultate correlate ad una maggiore paura del dolore e a livelli di dolore significativamente più alti percepiti durante la somministrazione di stimoli dolorosi di modesta entità.

Huber e collaboratori (2009) hanno indagato le possibili correlazioni tra dolore, comportamento di malattia e Alessitimia in un gruppo costituito da 68 donne affette da fibromialgia (età media=43,4; range 19-72 anni). Alle pazienti sono stati somministrati la TAS-20, il QUID e la VAS (Questionario Italiano del Dolore, De Benedittis e coll., 1988; Visual Analogue Scale), per la valutazione del dolore percepito e l'IBQ (Illness Behavior Questionnaire; Pilowsky e coll., 1975), per la valutazione dei comportamenti di malattia. Dai risultati è emersa solo una correlazione positiva tra la scala "difficoltà a identificare le emozioni" della TAS-20 e la dimensione "affettiva", ma non quella "sensoriale" del dolore riferito. Gli autori concludono che la relazione tra dolore percepito e difficoltà a descrivere e riconoscere le proprie emozioni richieda ulteriori approfondimenti.

Hexel (2002) ha indagato la possibile relazione tra Alessitimia, stile di attaccamento e locus of control in un gruppo di 220 studenti di Medicina (129 femmine, 91 maschi) di età compresa tra i 20 e i 42 anni ( $M=23,6$ ,  $DS=3,3$ ). Ai soggetti sono stati somministrati, oltre alla TAS-20, l'FKK (Questionnaire of Competence and Control Orientations; Kramper, 1991) per la valutazione del locus of control (costituito dalle sottoscale "convincimento positivo di

competenza personale”, “internalizzazione”, “potere degli altri”, “esternalizzazione”), l'ASQ (Adult Style Questionnaire; Feeney e coll., 1994) per la valutazione dell'atteggiamento generale con cui gli individui valutano le relazioni interpersonali (costituito dalle sottoscale “fiducia”, “disagio per l'intimità”, “secondarietà delle relazioni”, “bisogno di approvazione”, “preoccupazione per le relazioni”). I risultati mostrano che coloro che tendono ad avere un locus of control interno mostrano punteggi significativamente inferiori alla TAS-20, sia nel punteggio totale che nelle tre sottoscale; il locus of control interno è inoltre risultato correlato con più bassi punteggi nelle sottoscale “bisogno di approvazione” e “preoccupazione per le relazioni” dell'ASQ (dimensione “insicuro-resistente” dell'attaccamento).

Gli studi sopra descritti evidenziano la necessità di indagare ulteriormente la relazione tra Alessitimia e gestione degli eventi stressanti, possibilmente integrando ad indici soggettivi, autoriferiti, valutazioni obiettive e strumentali, indicative di eventuali alterazioni nella risposta autonoma di stress. Inoltre, potrebbero esistere variabili mediatrici, come caratteristiche di personalità, e disponibilità di un supporto sociale, in grado di funzionare come un “tampono” rispetto agli effetti di eventi stressanti, compresi malattie organiche o fortemente debilitanti (Pruneti, 2008). Anche le modalità relazionali “tipiche” degli individui, come l'eventuale “distacco” ed evitamento dell'intimità tipica dei soggetti “dismissing”<sup>11</sup> o l'amplificazione dei propri vissuti dolorosi dei “preoccupied”, potrebbero influenzare l'utilizzo di strategie differenti per la gestione di situazioni problematiche (Cassidy, 1988).

## 2.2 Alessitimia e “Expressive Writing”

Lumley e collaboratori (2004) hanno indagato la possibile relazione tra Alessitimia ed effetti benefici dell'espressione delle emozioni sulla gestione di eventi stressanti. In particolare, rifacendosi agli studi di Pennebaker (1997)<sup>12</sup>, gli Autori ipotizzano che l'espressione verbale o scritta delle emozioni consenta una riduzione nella tendenza all'evitamento e, quindi, una

---

11 Con i termini “free” (autonomi) “dismissing” (distanzianti), “preoccupied” (preoccupati-invischiati), “unresolved” (irrisolti) si fa riferimento ai diversi stati mentali dell'adulto nei riguardi dell'Attaccamento; ciascuna di queste categorie rifletterebbe l'utilizzo di particolari strategie (o il non impiego di esse nel caso dei soggetti “unresolved”) nel monitoraggio del discorso e del ragionamento durante la Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main, 1985). I termini vengono abitualmente utilizzati in clinica per riferirsi allo stato mentale del paziente rispetto all'attivazione del suo sistema motivazionale di attaccamento.

12 La “Expressive Writing” (EW) è una tecnica utilizzata sia in terapia che nella ricerca empirica; è infatti ormai ampiamente dimostrato che l'espressione orale e scritta degli eventi stressanti e delle emozioni negative abbia effetti positivi sullo stato psicofisico degli individui (Pennebaker, 1993). L'EW viene anche chiamata “Programmed Writing”, secondo una prospettiva maggiormente focalizzata sulla terapia, che distingue un continuum di strutturazione nei compiti assegnati ai pazienti.

migliore gestione delle situazioni problematiche.

In una serie di studi sperimentali condotti dal gruppo della Wayne State University su campioni affetti da patologie organiche e sintomi fisici rispetto agli effetti della scrittura sullo stato di salute degli individui, si sono evidenziati risultati contraddittori. Kelley, Lumley e Leisen (1997) evidenziano in un gruppo di 72 pazienti con artrite reumatoide, che l'espressione scritta, giornaliera, delle proprie emozioni ad eventi stressanti ha effetti positivi sui sintomi riportati solo dopo tre mesi dall'inizio del trainer; Norman e collaboratori (2004) dimostrano che in pazienti affette da dolore pelvico, l'espressione scritta è associata ad un aumento dei livelli di dolore autoriferito. Ancora, D'Souza e collaboratori (2003) in uno studio condotto su più di 2000 studenti, dimostrano che il trainer di scrittura ha effetti diversi a seconda del tipo di cefalea lamentata dai soggetti: mentre nel caso di emicrania l'espressione scritta dei propri vissuti sembra essere associata ad una riduzione sintomatologica, nel caso di cefalea tensiva un training di rilassamento muscolare si è dimostrato più efficace nel ridurre il dolore lamentato.

Gli Autori hanno quindi ipotizzato che l'Alessitimia possa giocare un ruolo di “mediazione” sugli effetti della espressione scritta delle proprie emozioni e lo stato di salute. In particolare, Lumley (2004) sottolinea come sia necessaria un'attenta analisi delle differenze individuali (tra cui anche le caratteristiche temperamentali e di personalità) e delle motivazioni soggettive al fine di comprendere i differenti risultati sperimentali osservati; è inoltre possibile che la difficoltà a identificare e descrivere le emozioni tipica dei soggetti alessitimici possa indurre ostacoli alla espressione dei propri vissuti. Negli studi sopra citati, i punteggi ottenuti alla TAS-20 si sono dimostrati predittori di una non efficacia o di effetti negativi della scrittura espressiva, sebbene solo parzialmente. In particolare, in soggetti affetti da artrite reumatoide, alti punteggi nella sottoscala “Difficoltà a Identificare le Emozioni” sono risultati associati ad un aumento nei livelli di disabilità lamentati dal gruppo sperimentale ma non da quello di controllo (a cui era chiesto di scrivere rispetto a materiale “neutro”, come, ad esempio descrivere alcune immagini); il medesimo effetto si è osservato nelle pazienti con dolore pelvico per le sottoscale “Difficoltà a Identificare le Emozioni” e “Pensiero Orientato all'Esterno” sull'intensità e sulla frequenza del dolore percepito. Lumley evidenzia che in letteratura sono riportati dati contrastanti e comunque differenti rispetto a quelli evidenziati dal suo gruppo (Paez e coll., 1999; Solano e coll., 2003); tuttavia gli studi sono difficilmente confrontabili per le differenze dei campioni e degli strumenti utilizzati.

È comunque sottolineata la necessità di approfondire ulteriormente la relazione tra difficoltà ad identificare le emozioni e effetti positivi della scrittura tramite un'analisi dei contenuti

scritti dagli individui e il monitoraggio a lungo termine della sua efficacia nel tempo, eventualmente anche dopo l'applicazione di trattamenti terapeutici volti ad una migliore gestione della propria esperienza emotiva connessa ad eventi stressanti (Lumley, 2004).

In effetti, l'atto della narrazione, orale o scritta, si configura come un vero e proprio processo di conoscenza, che consente di organizzare eventi, attribuire significati e formulare previsioni sul possibile (Veglia, 1999). I recenti studi compiuti nell'ambito delle neuroscienze hanno dimostrato come la possibilità di elaborare narrazioni coerenti di noi stessi promuova l'integrazione cerebrale e la regolazione affettiva (Cozolino, 2006); è quindi possibile ipotizzare che l'atto di raccontare diventi terapeutico se inserito all'interno di un contesto "emozionale correttivo" e che le produzioni personali siano buoni complementi diagnostici, in un'ottica di integrazione tra approccio nomotetico ed idiografico (Pruneti, 2008).

### **2.3 Alessitimia e risposta psicofisiologica di stress**

La capacità di identificare e descrivere le proprie emozioni e, più in generale, la possibilità di regolarle, potrebbe influenzare la risposta degli individui a eventi stressanti o comunque predisporli all'insorgenza di disturbi psicofisiologici; tuttavia, lo studio dei correlati neurofisiologici e psicofisiologici dell'Alessitimia è piuttosto recente, e i risultati sperimentali tendono ad essere piuttosto contrastanti.

Numerose ricerche sembrano dimostrare il ruolo fondamentale svolto dall'emisfero destro nell'elaborazione di informazioni emozionali (Tabibnia & Zaidel, 2005) e diversi ricercatori hanno ipotizzato che l'Alessitimia possa essere associata ad alterazioni nel suo funzionamento che si rifletterebbero sulla modalità di risposta autonoma dei soggetti a stimoli emozionali (Vermeulen e coll, 2006). In effetti, l'ipotesi che l'Alessitimia possa essere considerata come l'espressione di una incapacità a sperimentare l'informazione emotiva a livello cosciente e di elaborarla, connessa a sua volta ad un deficit nel funzionamento dell'emisfero destro è ormai sostenuta da vari Autori (Cozolino, 2006) così come l'ipotesi che l'Alessitimia possa riflettere una mancanza di integrazione dell'informazione emozionale e somatica dell'emisfero destro con il sistema linguistico e cognitivo dell'emisfero sinistro (Taylor, 2000). Alcuni studi hanno per esempio evidenziato in soggetti alessitimici una intensa risposta fisiologica in laboratorio a stimoli emozionali negativi (Stone & Nielson, 2001) e una minore attivazione nella corteccia cingolata anteriore destra (fortemente implicata nell'esperienza emozionale e

somatica; Kano e coll, 2003; Gundel e coll, 2004).

Per ciò che concerne i correlati psicofisiologici, alcuni Autori ipotizzano che l'Alessitimia sia associata, non tanto a spiccata iperattività sotto stress, quanto ad un incremento generale dell'arousal, in assenza di una elaborazione cosciente delle emozioni negative, che troverebbe parziale conferma in risultati sperimentali (Lumley, 2004); in particolare, il gruppo di ricerca della Wayne State University evidenzia in una popolazione di soggetti volontari che alti punteggi nella TAS-20 correlano con livelli più elevati di HR in fase baseline ma con minore reattività in GSR e HR durante stress indotto (1996); replicando lo studio su una popolazione di studenti (42 soggetti con alti punteggi nella TAS-20, 42 soggetti con bassi punteggi) e utilizzando due tipi di stressor ("cognitivo" ed "emotivo"), l'Alessitimia risulterebbe associata solo a più alti livelli di GSR a riposo (nessuna differenza in fase di stress e recupero; 1997a). Altri ricercatori sostengono invece che l'Alessitimia sia associata a "ipoattivazione", ossia a scarsa variazione dei parametri fisiologici sotto stress indotto (Stone & Nielson, 2001). L'ipotesi della ipoattivazione sembra sostenuta da diverse evidenze empiriche: ad esempio, Lang e collaboratori (1993) riscontrano una correlazione tra alti punteggi nella TAS-20 e bassi valori di conduttanza cutanea (GSR) a riposo e più lento recupero nella frequenza cardiaca (HR) dopo esposizione a materiale connotato emotivamente. Riprendendo gli studi precedenti e l'ipotesi dell'esistenza di una tendenza all'ipoarousal nei soggetti alessitimici, Pollatos e collaboratori hanno condotto uno studio sperimentale su un campione di soggetti sani bilanciato per sesso e costituito da 30 soggetti con alti punteggi nella TAS-20 (età media=25,9; DS=7,7) e 30 soggetti con punteggi nella norma (età media=26,6, DS=4,6). La conduttanza cutanea è stata quindi registrata nelle tre fasi di baseline, stress e recupero; lo stressor utilizzato era costituito da immagini neutre e immagini connotate emotivamente, sia "positive" che "negative" (IAPS). I risultati ottenuti suggeriscono che i soggetti alessitimici mostrerebbero una minore risposta nel parametro della conduttanza cutanea durante l'esposizione a stimoli emozionali negativi rispetto ai controlli<sup>13</sup>; gli Autori ipotizzano quindi che l'Alessitimia potrebbe essere associata ad un deficit nella elaborazione cognitiva di stimoli emozionali negativi.

É tuttavia possibile che l'Alessitimia rifletta in realtà una "semplice" difficoltà a identificare i correlati fisiologici dei propri stati corporei, non necessariamente associata a iperattivazione o ipoattivazione fisiologica (Papciak & coll., 1985). In una recente ricerca, Connelly & Denney (2007), partendo dall'ipotesi che i soggetti alessitimici mostrino in realtà una

---

13 Tale differenza appare ancora più marcata se si consideravano esclusivamente i punteggi ottenuti alle due sottoscale della TAS-20 relative alla difficoltà a identificare e descrivere le emozioni.

iperattivazione fisiologica di base e sotto stress, hanno associato ad una misurazione obiettiva, psicofisiologica (conduttanza cutanea e frequenza cardiaca), una valutazione sintomatologica autoriferita, per valutare anche l'eventuale concordanza tra i due indici. In particolare, il campione era costituito da 47 soggetti con alti punteggi nella TAS-20 e un gruppo di controllo di soggetti non alessitimici, bilanciato per sesso, età e caratteristiche sociodemografiche. Durante la registrazione psicofisiologica sono stati utilizzati due tipi di stressor della durata di due minuti ciascuno, uno "cognitivo" (Stroop Test) e uno "emotivo" ("Conversation Task"), prima della somministrazione di ciascun stressor e al termine della rilevazione sono state somministrate le due sottoscale di Rabbia e Tensione del POMS (Profile of Mood Scale, McNear e coll., 1971). Il gruppo di soggetti alessitimici hanno mostrato punteggi significativamente più alti nel test di sintomi autoriferiti ma non è stato possibile evidenziare alcuna differenza tra i due gruppi nelle variabili psicofisiologiche registrate nelle diverse fasi. Gli Autori propongono che la "discordanza" tra i due canali di risposta, cognitiva e psicofisiologica, potrebbe costituire una caratteristica tipica, o comunque significativa, dell'Alessitimia.

Occorre comunque sottolineare che in quasi tutte le ricerche attualmente condotte sui correlati fisiologici dell'Alessitimia la misurazione obiettiva non è stata affiancata da valutazioni "self-report" e da indici autoriferiti per rilevarne l'eventuale discordanza e lo studio sopracitato di Connelly & Denney ha considerato esclusivamente stati emotivi negativi. Inoltre, come detto in precedenza, la rilevazione di un solo parametro fisiologico può non essere esemplificativo dell'intero assetto psicofisiologico individuale e l'utilizzo di punteggi "medi" del periodo di registrazione potrebbero creare degli "appiattimenti" del profilo soggettivo. Lo studio dei correlati fisiologici potrebbe apparire ancora più complesso e forse esplicativo se condotto su popolazioni cliniche, quindi su individui con caratteristiche alessitimiche che soddisfano i criteri diagnostici di specifiche psicopatologie.

## **2.4 Alessitimia, cortisolo e immunità**

La psiconeuroendocrinoimmunologia può essere definita come una nuova cornice teorica-metodologica per lo studio dell'organismo umano che nasce da una progressiva dilatazione nel campo di indagine di alcune discipline quali le neuroscienze, l'endocrinologia, l'immunologia.



Gli studi sino ad oggi condotti hanno infatti chiaramente dimostrato la stretta relazione esistente fra i grandi sistemi di regolazione dell'organismo (sistema nervoso, endocrino, immunitario), permettendo di parlare in termini scientifici e sperimentali di unità mente-corpo e di superare la annosa quanto inutile dicotomia tra "biologico" e "psicologico", contrapposizione che ha contraddistinto lo studio della psicopatologia e della malattia organica del secolo scorso. La psichiatria tradizionale ha infatti considerato a lungo queste due dimensioni come vicendevolmente autonome e non conciliabili poiché concettualizzate come due oggetti di conoscenza governati da leggi, meccanismi di funzionamento qualitativamente differenti (Pancheri, 1999).

La scoperta dell'esistenza di un linguaggio comune che connette tra loro i vari apparati, sistemi, organi in modo non gerarchico ma bidirezionale e diffuso permette "di chiudere il cerchio tra organico e psichico" (Bottaccioli, 1995) e di introdurre il concetto di causalità non lineare, ma circolare tra eventi psichici e biologici nello studio della genesi e del mantenimento dei disturbi sia psicologici che organici. A lungo la ricerca sperimentale ha cercato di identificare i quadri neuroendocrini caratterizzanti diversi quadri psicopatologici nel tentativo di individuare ben definite alterazioni neuro-peptidiche, neuro-trasmittitoriali e ormonali e, quindi, porre specifiche diagnosi di psicopatologia. Questo filone di ricerca ha però fornito risultati piuttosto contraddittori (Brambilla, 1999).

Anche le possibili relazioni tra Alessitimia e deficit nel funzionamento del Sistema Immunitario appaiono al momento non del tutto chiarite, essendo riportati in letteratura dati tra loro contrastanti, come evidenziato da una recente rassegna sull'argomento (Guilbaud e coll., 2003). Alcune evidenze empiriche sembrano suggerire che i soggetti alessitimici mostrano una iperattivazione di base dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con conseguente aumento nei livelli plasmatici di cortisolo, associata ad ipoattivazione dello stesso sotto stress acuto, forse espressione di un'alterazione nel funzionamento del circuito a feedback negativo sui neuroni ipotalamici (Papciak e coll., 1985; Fukunishi e coll., 1999). Inoltre, i soggetti alessitimici tenderebbero a mostrare più alti livelli di cortisolo endogeno durante il Test da Soppressione da Desametazone rispetto ai controlli (Lindholm e coll., 1990). Per ciò che concerne più specificatamente le eventuali alterazioni nel funzionamento del Sistema Immunitario, Guilbaud e collaboratori riportano alcune evidenze empiriche che suggeriscono che nei soggetti con difficoltà a descrivere e a riconoscere le emozioni si osserverebbe un pattern di risposta simile a quella di soggetti esposti a stress cronico, caratterizzato da iperattivazione del circuito dei linfociti Th-2, ipoattivazione del circuito Th-1, aumento nella

produzione di citochine di tipo 2<sup>14</sup> (Glaser e coll., 2001; Agarwal & Marschall, 2001).

Guilbaud e collaboratori (2009) hanno confrontato il profilo linfocitario e i livelli di cortisolo salivare di un gruppo di 20 donne che avevano riportato alti punteggi nella TAS-20 con un gruppo bilanciato per età e caratteristiche sociodemografiche e con punteggi nella TAS-20 nella norma; sia i soggetti del gruppo sperimentale che quelli del gruppo di controllo avevano riportato punteggi nella norma ad un test per lo screening psicopatologico (MINI, Mini Psychiatric Interview). I soggetti alessitimici hanno mostrato immunosoppressione (minor livello di linfociti CD-4 e CD-8 circolanti) e livelli significativamente più alti di cortisolo salivare.

Pedrosa e collaboratori hanno rilevato i livelli di cortisolo salivare in un gruppo di 32 pazienti con diagnosi di Disturbo Somatoforme; il 32% del campione complessivo è stato classificato come “alessitimico” in base ai punteggi ottenuti alla TAS-20. Solo i punteggi della sottoscala “Difficoltà a Identificare le Emozioni” della TAS-20 è risultata correlata positivamente con sintomi psicologici autoriferiti, quali ansia e depressione (SCL-90, Symptom Checklist Revised); nessuna correlazione significativa è emersa tra il punteggio della TAS-20 e i livelli di cortisolo salivare dei soggetti.

Timary e collaboratori (2008) hanno rilevato i livelli di cortisolo salivare prima e durante l'esposizione ad uno stressor (il “Social Stress Test”) in 28 soggetti di sesso maschile, con anamnesi negativa per patologie organiche e psichiatriche. La sottoscala della TAS-20 “difficoltà a descrivere le emozioni” è risultata correlata ad una maggiore produzione di cortisolo prima della somministrazione dell'evento stressante, ma non durante l'esposizione allo stesso; gli Autori ipotizzano che l'aumento del cortisolo osservato possa essere dovuto ad una “valutazione cognitiva anticipatoria” dello stress, sottolineando la necessità di approfondire alcuni aspetti del costrutto della Alessitimia.

I risultati contraddittori emersi fino ad ora dalla ricerca empirica possono essere in parte attribuibili ai campioni utilizzati e all'impiego di un solo strumento per la valutazione dell'Alessitimia. Occorre comunque ricordare che recentemente Hellhamer e collaboratori (2009) in una rassegna critica sull'argomento, hanno sottolineato come, sebbene il cortisolo salivare sia utilizzato come marker della risposta di stress, consenta esclusivamente una valutazione indiretta e incompleta del funzionamento dell'asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene). In effetti, non esisterebbe una relazione lineare ed univoca tra misurazione dell'ACTH plasmatico, cortisolo salivare e cortisolo plasmatico. Alcune variabili potrebbero

---

14 Tale profilo linfocitario sarebbe associato a una ridotta capacità del Sistema Immunitario di eliminare cellule trasformate in senso neoplastico e virus riconosciuti come “non-self” (Bottaccioli, 2002).

in parte spiegare tale “dissociazione” tra le rilevazioni come, ad esempio, stati infiammatori cronici, la presenza di disturbi mentali e livelli di steroidi sessuali.

Inoltre, è necessaria una certa prudenza a non interpretare erroneamente tali risultati in un'ottica di causalità lineare: più fattori possono concorrere all'alterazione del funzionamento neuroendocrino ed immunitario del soggetto e, come ormai ampiamente dimostrato, disfunzioni “organiche” sono in grado di influenzare notevolmente il funzionamento psichico degli individui.

## **2.5 Alessitimia e patologia cardiaca**

L'Alessitimia è risultata associata a tutte le cause di mortalità (Kauhanen e coll., 1996); inoltre, sono emerse correlazioni tra caratteristiche alessitimiche e ipertensione (Jula e coll., 1999), infarto del miocardio (Kojima et al., 2001), spasmo coronarico (Numata e coll., 1998) e la malattia coronarica (Kauhanen e coll., 1996). Si ipotizza che l'Alessitimia possa influenzare le malattie cardiovascolari o altre malattie organiche di varia natura attraverso diversi percorsi fisiologici, comportamentali, cognitivi o sociali.

A questo proposito, è stato ipotizzato che una alterazione del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) può giocare un ruolo importante nel rapporto tra l'Alessitimia e la salute cardiovascolare (Lumley e coll., 1996; Linden e coll., 1996; Waldstein e coll., 2002; Fukunishi e coll., 1999; Friedlander e coll., 1997). Si pensa che tale alterazione del SNA (cioè, una ridotta attivazione basale parasimpatica e/o una esagerata attivazione della modulazione simpatica della frequenza cardiaca e della contrattilità) possa svolgere un ruolo nella patogenesi della malattia cardiovascolare (Sloan e coll., 1999; Kop, 1999, 2003; Rozanski e coll., 1999).

Una ricerca di Neumann e collaboratori (2004) ha esaminato la reattività stress-indotta del Sistema Nervoso Autonomo nonché la sua capacità di recupero al fine di individuare il possibile legame tra l'Alessitimia e le malattie cardiovascolari. Dai risultati è emerso che le caratteristiche alessitimiche, a seguito di una alterazione indotta da uno stress emotivo acuto, si associano ad una ridotta reattività autonoma. La relazione tra Alessitimia e pressione arteriosa, in questo caso, si spiegherebbe ipotizzando un rapporto causale tra l'alterazione affettiva e l'alterazione del Sistema Nervoso Autonomo (SNA). Si è osservato, infatti, che nei soggetti alessitimici, rispetto ai non alessitimici, una rievocazione di eventi emozionali

determina un minore aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, ma anche un ritorno dei valori pressori alla loro linea di base più lento e di minore entità. L'insorgenza dell'ipertensione potrebbe dunque essere l'esito di una ridotta capacità del sistema cardiovascolare di ripristinare un'attività di base di fronte a situazioni emotive non adeguatamente elaborate. Una relazione tra Alessitimia e ipertensione è stata osservata anche da altri i autori (Jula e coll., 1999).

Da una recente indagine è anche emerso che l'Alessitimia può rappresentare un fattore di rischio rilevante e indipendente per l'ipertensione e l'aterosclerosi carotidea nella popolazione generale (Grabe e coll., 2010).

In un'altra ricerca sono stati valutati gli effetti di alcuni tratti psicologici sulla frequenza cardiaca (HR: *heart rate*) e sulla variabilità della frequenza cardiaca (HRV) in soggetti che erano in attesa di subire un intervento cardiocirurgico. Dai risultati ottenuti si è visto che un evento relativamente stressante, come un intervento chirurgico, influenza la HR e l'HRV in modo diverso in pazienti con diversi tratti psicologici. Negli alessitimici è stata rilevata un'alterata HRV prima e dopo dell'intervento (Bokeriia e coll., 2008).

Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche che chiariscano i potenziali percorsi fisiologici di collegamento tra l'Alessitimia e le malattie cardiovascolari.

Valkamo e collaboratori (2001) hanno condotto uno studio su un campione di pazienti con patologia cardiaca per determinare la prevalenza e i correlati dell'Alessitimia presenti in esso. Da questa indagine è emerso che tale costrutto non può essere collegato in modo specifico alle malattie cardiovascolari, ma può modificarne l'espressione clinica. I risultati ottenuti, più che rivelare l'esistenza di un meccanismo fisiologico di base che colleghi le caratteristiche alessitimiche e le patologie cardiovascolari, suggeriscono, invece, che l'Alessitimia sia associata ad una scarsa soddisfazione di vita e alla presenza di sintomi depressivi che i pazienti cardiopatici riferiscono.

In una recente rassegna sui disturbi psicosomatici, Cosci (2012), partendo da costrutti tipicamente indagati in medicina psicosomatica, quali la personalità di Tipo A e D e l'Alessitimia, sottolinea come l'attuale rivoluzione delle ricerche in tale ambito sia centrata sulla tendenza a non considerare più la personalità come un elemento in grado di determinare patologie mediche, ma come un possibile fattore di mediazione o moderazione. Inoltre, alcuni costrutti psicologici normalmente considerati come dimensioni stabili e di tratto, potrebbero dimostrarsi sensibili a cambiamento in specifiche situazioni e popolazioni cliniche. Il rapporto tra deficit nella elaborazione delle emozioni e alcune caratteristiche di personalità, "classicamente" considerate fattori di rischio per lo sviluppo di patologie organiche come

quelle cardiovascolari, richiede quindi ulteriori approfondimenti al fine di chiarire il loro possibile effetto di mediazione sul malessere psicologico ormai considerato in maniera unanime come una variabile in grado di influenzare lo stato di salute fisica degli individui.

## CAPITOLO III

### ALESSITIMIA E ATTACCAMENTO

*“Una sensazione affatto nuova gli tormentava il cuore con una angoscia infinita (...). Le lacrime scorrevano dai suoi occhi sulle guance di Rogożyn, ma forse allora egli non sentiva più quelle lacrime e non aveva più alcuna coscienza...”*

*F. Dostoevskij, L'Idiota*

Nella prospettiva del gruppo di Toronto (Taylor, 2004) il complesso rapporto tra connessioni interne (elaborazione cognitiva delle emozioni) e interazioni con l'esterno, tematizzato attraverso i costrutti di “Alessitimia” e “Funzione Riflessiva” (Fonagy, 1991) rimanda, da un lato, a come le informazioni emotive siano elaborate dai circuiti cerebrali e, dall'altro, a come le emozioni vengano riconosciute, nominate, all'interno del contesto relazionale individuale.

Nello specifico, è possibile considerare le difficoltà a identificare e verbalizzare la propria esperienza emotiva come il risultato di relazioni interpersonali precoci in cui l'adeguato riconoscimento e categorizzazione delle emozioni, relazionali per natura, non è consentito a causa di un inefficace rispecchiamento da parte degli altri significativi. Nuove prospettive di indagine si stanno quindi aprendo, tramite l'integrazione degli studi sul costrutto dell'Alessitimia con le recenti teorie sull'Attaccamento, a loro volta centrate su indagini multidisciplinari e integrate.

#### **3.1 Attaccamento e costruzione di Sé**

Il cognitivismo clinico italiano si è avvicinato con grande interesse alla teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1972) e ai suoi più recenti sviluppi; tale approccio si distanzia dalle classiche concettualizzazioni motivazionali di carattere pulsionale, considerando il sistema comportamentale dell'attaccamento come biologicamente fondato e deputato a garantire la sopravvivenza dell'individuo. Come sottolineato da alcuni Autori (Lambruschi, Lenzi, Leoni, 2004), la teoria dell'attaccamento è una prospettiva in cui il

“bisogno di relazione” si configura come primario nell'essere umano, non quindi mezzo per il raggiungimento di altri scopi pulsionali. La necessità di relazione, testimoniata da evidenze sperimentali provenienti da varie discipline quali l'etologia e la neurobiologia, diventerebbe quindi un elemento indispensabile per la costruzione di un senso di Sé stabile nel tempo, che garantisce un'organizzazione delle nostre esperienze. Esisterebbe perciò una stretta interdipendenza tra processi di attaccamento e sviluppo del Sé, essendo l'attaccamento il sistema motivazionale di regolazione della vita di relazione più precoce ed attivo nella prima infanzia.

L'interesse dei ricercatori e degli studiosi si è rivolto ai modi attraverso i quali i comportamenti diadici e relazionali dell'infanzia con le figure di riferimento, diventano modelli interni di organizzazione del Sé e delle modalità relazionali dell'individuo, tramite il concetto di “Modello Operativo Interno” (MOI, Bowlby, 1972; Main, 1981). Gli “Internal Working Models”, ciò che il bambino sa di sé e dell'altro, sono inizialmente scritti in termini senso-motori, cioè come semplice conoscenza procedurale, anche se, in realtà, si potrebbe parlare di schemi affettivo-motori, essendo ciascuna dimensione sensoriale accompagnata da un tono emotivo specifico; il corpo diviene quindi nei primi mesi di vita “strumento di relazione” (Lambruschi, 1997). In seguito, i Modelli Operativi Interni si arricchiranno di conoscenze dette “dichiarative” (semantiche ed episodiche), quindi esprimibili attraverso il linguaggio. Strettamente connesso al Modello Operativo Interno delle figure di attaccamento è il modello che il bambino svilupperà di sé e che appare delinearsi in maniera complementare al primo: un bambino che avrà costruito un modello della figura di attaccamento come disponibile ed attenta, tenderà a sviluppare un modello complementare di sé come degno e meritevole di cure. Quindi, dal Modello Operativo Interno deriveranno diversi “temi narrativi”: rappresentazione di sé come degno di amore e dell'altro come degno di fiducia (attaccamento sicuro), rappresentazione di sé come fastidioso e dell'altro come non disponibile (attaccamento resistente), rappresentazione di sé come costretto ad amplificare i propri bisogni ed emozioni e dell'altro come non prevedibile o intrusivo (attaccamento insicuro-resistente), rappresentazione multipla, frammentata di sé e dell'altro come simultaneamente e drammaticamente “salvatore-persecutore-vittima” (attaccamento disorganizzato).

Grazie ad alcuni studi longitudinali, attualmente è possibile affermare che gli stili o pattern di attaccamento tendono a mantenersi stabili nel tempo, fino all'età adulta, anche se possono essere modificati da esperienze relazionali significative lungo tutto l'arco di vita; sono specifici per ogni relazione in cui il bambino è impegnato e possono quindi essere diversi con

le differenti figure di attaccamento, tendono gradualmente a trasformarsi in atteggiamenti e stati mentali riguardanti le esperienze di attaccamento e le emozioni ad esso connesse (Liotti, 2005).

Ai MOI dell'attaccamento si riconosce un ruolo importante nel modulare e regolare le emozioni, sia nel dialogo interiore e che nelle relazioni interpersonali; una tale concettualizzazione della regolazione emotiva ha come conseguenza quella di considerare il disagio psicologico non tanto in termini di conflitto intrapsichico o di soli eventi ambientali che lo hanno innescato e mantenuto, quanto come il risultato di un deficit nelle funzioni mentali che regolano e modulano le esperienze emozionali (Liotti, 2001). Stili di attaccamento insicuri possono dunque predisporre ad un atteggiamento negativo, inefficace rispetto alle proprie emozioni di richiesta di aiuto di fronte a eventi traumatici o anche solo stressanti. Attualmente le ricerche sulla correlazione tra attaccamento e psicopatologia hanno comunque dimostrato che attaccamenti insicuri costituiscono solo fattori di rischio per l'insorgenza di Disturbi Mentali (Veglia, 1999; Liotti, 2001, 2005).

### **3.2 Alessitimia, attaccamento e salute**

Ragioni teoriche preliminari ed alcune evidenze empiriche fanno ipotizzare che deficit nella elaborazione interna ed interpersonale delle emozioni siano collegati a perturbazioni negli stili di attaccamento. Gli studi effettuati su popolazioni cliniche e non cliniche di soggetti adulti hanno evidenziato che l'Alessitimia è associata ad attaccamento insicuro, anche se in modo non univoco rispetto alle tipologie di attaccamento (Porcelli, Todarello, 2005).

In una recente rassegna sul rapporto tra attaccamento e malattia è stato evidenziato che l'attaccamento insicuro influenza la regolazione dello stress, incrementando le risposte fisiologiche connesse ad eventi stressanti e la probabilità di non utilizzare il supporto sociale come fattore protettivo; inoltre, l'attaccamento insicuro sarebbe associato all'utilizzo di “regolatori” esterni delle emozioni, come il consumo di alcol o sostanze psicoattive, che costituirebbero fattori di rischio per lo stato di salute individuale (Maunder, Hunter, 2001). Feeney (2000) sottolinea come la ricerca sperimentale abbia dimostrato che le misure di attaccamento sicuro correlano con comportamenti di cura per la salute<sup>15</sup>, ipotizzando che

---

15 L'Autore riporta alcune ricerche empiriche (Watson, Pennebaker, 1989) che hanno evidenziato come soggetti con attaccamento resistente riferiscano un maggior numero di sintomi fisici e come siano più attenti ai segnali di distress; individui con attaccamento evitante tenderebbero invece a richiedere un numero



“percorsi” fisiologici e biochimici potrebbero spiegare alcuni effetti dello stile di attaccamento sulla salute psicofisica degli individui. Per esempio, alcune ricerche hanno cercato di indagare i pattern di attivazione fisiologica connessi ai diversi stili di attaccamento. Dozier e Kobak (1992) hanno registrato la conduttanza cutanea (GSR) in 50 soggetti sani (studenti universitari) prima e durante la somministrazione della Adult Attachment Interview (AAI, George, Kaplan, Main, 1985); i soggetti che utilizzavano strategie “disattivanti” (attaccamento evitante, soggetti “dismissing”), hanno mostrato un notevole incremento nei livelli di GSR durante le domande dell'intervista che facevano riferimento a esperienze di separazione associato ad una tendenza a fornire descrizioni estremamente positive delle loro relazioni durante l'infanzia senza però riuscire a rievocare episodi specifici (“discrepanza” tra memoria semantica ed episodica). Uno studio analogo è stato condotto su più di 100 adolescenti, registrando l'intervallo interbattito prima e dopo la somministrazione della AAI e la compilazione di un questionario riguardante i conflitti familiari attuali (Beijersbergen e coll., 2008); i soggetti dismissing hanno mostrato una minore reattività fisiologica rispetto ai soggetti con attaccamento sicuro durante la somministrazione della AAI e una maggiore attivazione durante la compilazione del test. Gli Autori ipotizzano che i soggetti evitanti tendano a usare strategie difensive durante la valutazione dello stato mentale rispetto alle esperienze infantili di attaccamento ma non durante conflitti relazionali “attuali” con le figure di attaccamento.

In una recente ricerca, Montebanocci e collaboratori (2004), a partire dalle evidenze empiriche che mostrano una correlazione tra Alessitimia, attaccamento di tipo insicuro e sintomi psicopatologici, ipotizzano che l'Alessitimia non costituisca tanto un tratto di personalità, quanto un aspetto “secondario” ad attaccamenti insicuri. Gli Autori hanno quindi indagato l'eventuale associazione tra stili di attaccamento e Alessitimia in una popolazione non clinica, costituito da 300 studenti di psicologia (148, Maschi, 153 Femmine; età media=22 anni, DS=1,2). Ai soggetti sono stati somministrati la TAS-20 e l'ASQ (Adult Attachment Questionnaire; Feeney e coll., 2004) per la valutazione, non dello stato mentale rispetto a specifiche figure di attaccamento dell'infanzia, ma dell'atteggiamento generale con cui gli individui valutano le relazioni interpersonali attuali (sottoscale “fiducia”, “disagio per l'intimità”, “secondarietà delle relazioni”, “bisogno di approvazione”, “preoccupazione per le relazioni”). I risultati hanno evidenziato che il 7,2% dei soggetti di sesso femminile e l'8,5% dei soggetti di sesso maschile mostravano punteggi significativi alla TAS-20; correlazioni

---

considerevolmente inferiore di visite mediche, anche a fronte di sintomi di malessere.

positive sono emerse tra il punteggio totale dello strumento e le sottoscale “disagio per l'intimità”, “secondarietà delle relazioni” (che evidenziano uno stile relazionale di tipo insicuro-evitante) e “preoccupazione per le relazioni” (dimensione insicuro-resistente) dell'ASQ. Inoltre, il punteggio totale della TAS-20 correlava negativamente con la sottoscala “fiducia interpersonale” (dimensione sicura dello stile di attaccamento). Nessuna differenza di genere è emersa nel punteggio totale della TAS-20, mentre si sono evidenziati punteggi significativamente più alti nella sottoscala “difficoltà ad evidenziare le emozioni” nei soggetti di sesso femminile.

Wearden e collaboratori (2003, 2005), a partire dalle evidenze riguardanti l'associazione tra attaccamento insicuro, comportamenti a rischio per la salute e sintomi autoriferiti, sottolineano come in letteratura manchino ancora studi sull'ipotesi che l'Alessitimia possa costituire una variabile modulatrice tra attaccamento e comportamento di salute e malattia.

Ad un gruppo sperimentale costituito da 201 soggetti di sesso femminile (età compresa tra i 18 e 34 anni;  $M=20,59$ ,  $DS=2,35$ ) sono stati somministrati, oltre alla TAS-20, un test per la valutazione dei sintomi autoriferiti (PILL; Psychology of Physical Symptom, Pennebaker, 1982), la CHIP scale (Endler e coll., 1998), per la valutazione delle strategie di coping (sottoscale “comportamenti palliativi”, “comportamento strumentale”, “preoccupazione emotiva”, “distrazione”), 20 item relativi a stati d'umore positivi e negativi esperiti nell'ultima settimana (PANAS, Watson e coll., 1988) e 18 item selezionati dalla Adult Attachment Scale (Collins e Read, 1992), 6 item relativi all'attaccamento sicuro ( $\alpha$  di Cronbach=0,62), 6 relativi all'attaccamento ansioso ( $\alpha$  di Cronbach=0,76), 6 relativi a quello evitante ( $\alpha$  di Cronbach=0,67). I risultati evidenziano che l'attaccamento evitante e resistente correlano positivamente con stati d'umore negativi e con le sottoscale “difficoltà a identificare le emozioni” e “difficoltà a descrivere le emozioni” della TAS-20; l'attaccamento di tipo evitante è inoltre risultato associato ad un maggior numero di sintomi autoriferiti e alla strategia di coping “preoccupazione emotiva”. Un'analisi tramite regressione lineare ha mostrato che la correlazione tra attaccamento evitante e sintomi è mediata dall'Alessitimia e dagli stati d'umore negativi.

Recentemente alcuni filoni di ricerca si stanno occupando più specificatamente della possibile relazione tra attaccamento, disregolazione affettiva e patologie somatiche. Epifanio e collaboratori (2005b) hanno condotto uno studio su 96 soggetti con patologie dermatologiche (acne, psoriasi, alopecia, dermatite; 18 maschi e 78 femmine di età compresa tra i 18 e 35 anni), partendo da una visione “multicausale” della patologia psicosomatica. Ai soggetti sono stati somministrati la TAS-20, il COPE (Coping Orientation to Problems Experienced; Carver

e coll., 1989) e l'ASQ (Adult Style Questionnaire; Feeney e coll., 1994), oltre ad una intervista semi-strutturata per la rilevazione di dati rispetto a quattro aree: caratteristiche sociodemografiche, motivo della consultazione, relazioni interpersonali significative, hobby e tempo libero. Dei 96 soggetti, il 15,98% ha ottenuto punteggi significativi alla TAS-20, tutte le scale dell'ASQ relative a stili di attaccamento insicuri sono risultate correlate positivamente con il punteggio totale della TAS-20. Con un'analisi di regressione multipla, le scale dell'ASQ hanno spiegato oltre il 40% della varianza del totale della TAS-20; le scale “disagio per l'intimità” e “secondarietà delle relazioni” (dimensioni dell'evitamento dell'attaccamento) sono risultate predittori significativi del punteggio totale della TAS-20. Da un'analisi dei dati qualitativi raccolti, è emersa nell'area degli “interessi” della intervista semi-strutturata una notevole frequenza nell'impiego di attività sportiva come svago, praticato da molti soggetti costantemente 3 o più volte alla settimana; gli Autori ipotizzano che in questi pazienti il corpo possa essere utilizzato come veicolo “di sfogo” emotivo e che tale tendenza possa funzionare come importante fattore di mantenimento della patologia dermatologica.

Le ricerche condotte sulla relazione tra Alessitimia e attaccamento, pur evidenziando risultati interessanti, mostrano una serie di limiti, soprattutto legati alla validità degli strumenti impiegati per la valutazione degli stili di attaccamento degli individui. Attualmente, le ricerche condotte con campioni psicopatologici stanno fornendo notevoli contributi alla chiarificazione di come i pattern di attaccamento influenzano la regolazione delle emozioni, il loro riconoscimento ed espressione.

### **3.3 Alessitimia, disorganizzazione dell'attaccamento e dissociazione**

Di notevole interesse è il filone di ricerca che considera gli eventi traumatici e la disorganizzazione dell'attaccamento come possibili fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologia; l'ipotesi che la dissociazione e l'alterazione degli stati di coscienza siano connessi a situazioni traumatiche relazionali e protratte nel tempo spiegherebbe alcuni aspetti del costrutto dell'Alessitima considerati attualmente secondari, come le amnesie e le memorie lacunari degli eventi.

Liotti e Farina (2011) considerano l'Alessitimia come un deficit delle capacità cognitive legato a sviluppi traumatici. Numerose osservazioni cliniche e dati sperimentali sembrano infatti confermare l'esistenza di una “Alessitimia post-traumatica”: sono emerse associazioni

tra caratteristiche alessitimiche, neglect e abuso infantile, quadri clinici dello spettro post-traumatico e loro difficoltà di trattamento (Helling, 2009; McLean e coll., 2006). Alcuni ricercatori considerano l'Alessitimia post-traumatica come un disturbo generato da una “compartimentalizzazione” della personalità in cui è ostacolata l'integrazione delle informazioni sulle variazioni dello stato corporeo generate dalle emozioni e le capacità di rappresentazione di ordine superiore (Decety, Moriguchi, 2007; van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2011). In quest'ottica l'Alessitimia può essere concettualizzata come una manifestazione dei processi dis-integrativi della coscienza che seguono traumi, anche relazionali (Liotti, Farina, 2011).

Lo stesso Taylor (2010) evidenzia come numerose ricerche su studenti universitari e campioni con patologia hanno dimostrato una correlazione tra abuso infantile o “neglect” e la “difficoltà a identificare le emozioni” della TAS-20 (Goldsmith e Freyd, 2005, Joukamma e coll., 2008, Topciu e coll., 2009).

### ***3.3.1 Disorganizzazione dell'attaccamento e deficit di integrazione dell'esperienza***

Il comportamento di attaccamento disorganizzato, rilevato attraverso la Strange Situation (Ainsworth e coll., 1978), si manifesta con una mancanza di orientamento nelle interazioni attivate dall'attaccamento e/o con risposte contraddittorie, emesse simultaneamente o in rapida successione, a episodi di separazione-riunione con il caregiver. Alcuni bambini non sono in grado di organizzare il loro comportamento di attaccamento in un pattern unitario o coerente manifestando un comportamento paradossale, apparentemente privo di qualsiasi finalità, associato alla relazione con una figura di attaccamento che trasmette paura. In questo modo la funzione originaria del comportamento di attaccamento, ossia di ottenere sicurezza e protezione dalla figura di attaccamento, viene a mancare e si attivano contemporaneamente nel bambino sia un bisogno di vicinanza, sia uno di fuga dal genitore (Main, Hesse, 1992). È stata evidenziata da diversi studi empirici l'associazione tra attaccamento disorganizzato e presenza nell'infanzia del bambino di una relazione con una figura di attaccamento che è stata a sua volta oggetto di traumi, gravi lutti, abusi, maltrattamenti, non elaborati. A tal proposito, Liotti, nelle sue prime teorizzazioni (1995), collega i sintomi dissociativi ad un'esperienza di perdita del genitore. Secondo l'autore è altamente probabile che i pazienti che presentano sintomi dissociativi siano figli di genitori che hanno subito la perdita di una figura di attaccamento principale, immediatamente prima della loro nascita o durante il primo anno della loro vita.

Liotti (2001) avanza l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato infantile sia il primo passo

verso molte possibilità di sviluppo che portano progressivamente ad un aumento della vulnerabilità verso i disturbi dissociativi e verso modalità dissociative di risposta ad eventuali traumi successivi.

Uno studio condotto dal Gruppo Italiano per lo Studio della dissociazione (Pasquini e coll., 2002) su un campione di 52 pazienti con disturbi dissociativi e un campione di controllo di pazienti psichiatrici, ha mostrato che perdite traumatiche e gravi esperienze traumatiche nella vita delle madri dei pazienti, verificatisi due anni prima e due anni dopo la nascita dei figli, si è rivelato un significativo fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dissociativi.

Come già accennato precedentemente, la teoria dell'attaccamento di Bowlby sostiene che gli esseri umani, come gli altri mammiferi, nascono con una tendenza evolutivamente determinata, di cercare cure, sostegno, aiuto e conforto dai membri della propria specie ogni volta che si trovano ad affrontare un pericolo e ogni volta che soffrono per uno stress fisico o emotivo (Bowlby, 1972). Il Sistema Motivazionale dell'attaccamento si attiva automaticamente in risposta a qualche esperienza di paura, dolore fisico o psichico; solitamente, questa tendenza innata incontra la propensione ad una risposta positiva dell'altro significativo, attraverso l'attivazione contemporanea del Sistema Motivazionale dell'accudimento del caregiver. Quando ricordi traumatici non elaborati emergono nella coscienza del genitore nel momento in cui sta rispondendo a una richiesta di attaccamento del bambino, la sofferenza mentale legata a questi ricordi attiva, oltre al sistema innato dell'accudimento, anche il personale Modello Operativo Interno dell'Attaccamento disorganizzato. Così, mentre il bambino piange, il genitore "Irrisolto" può interrompere i tentativi di cura verso il bambino (tentativi derivanti dal sistema di accudimento del caregiver) con involontarie e brusche manifestazioni di allarme e/o di rabbia (derivanti dal sistema di attaccamento del genitore). Lo stato mentale disturbato del genitore può quindi interferire con una funzionale comunicazione con il figlio, provocando in quest'ultimo una modalità di risposta che imita fortemente il crollo delle funzioni integrative della coscienza e che può essere il primo passo verso una tendenza a reazioni dissociative nel corso della vita (Liotti, 2001, 2004). La metafora proposta per descrivere le componenti delle rappresentazioni mentali relative all'attaccamento disorganizzato che sono multiple, drammatiche e reciprocamente non integrate a livello cosciente, è quella della trama del "triangolo drammatico": il bambino disorganizzato è costretto a interpretare rapidamente sia la figura di attaccamento che il sé in funzione di tre ruoli, persecutore, soccorritore e vittima. La sequenza, nella mente del bambino, di più rappresentazioni in cui sia il sé che l'altro significativo passano rapidamente attraverso tre incompatibili ruoli è una modalità per

descrivere gli schemi emotivi contraddittori che vengono attivati durante l'interazione e che sono la causa dell'emergere del comportamento disorganizzato.

Queste strutture mentali emotivo-relazionali, codificate nella memoria implicita, sono troppo complesse e intrinsecamente contraddittorie per essere sintetizzate in una struttura coesa e unitaria della memoria esplicita e semantica: in tal senso, il Modello Operativo Interno disorganizzato è dissociato nella coscienza.

Questo descritto, rappresenta per il bambino un trauma, chiamato da Schore (2001) "*trauma relazionale precoce*"; pur in assenza di maltrattamenti o abusi, il bambino può subire un trauma derivante dall'incapacità del caregiver di sintonizzarsi con i bisogni del figlio.

Una relazione primaria traumatica può determinare, secondo Schore, delle modificazioni sia funzionali che strutturali del cervello in via di sviluppo che potrebbero rappresentare la base neurologica per lo sviluppo della vulnerabilità sia per un deficit della regolazione delle emozioni sia per l'instaurarsi di una tendenza di risposta dissociativa allo stress derivante da eventi traumatici. Diverse evidenze empiriche dimostrano delle forti relazioni tra sviluppi evolutivi traumatici, deficit nel funzionamento delle aree associative della corteccia cerebrale coinvolte nelle funzioni della coscienza di ordine superiore (elaborazione semantica, creazione di sequenze narrative) e psicopatologia (Cozolino, 2006).

Recentemente diversi ricercatori hanno proposto l'introduzione di una nuova categoria diagnostica, al fine di garantire il riconoscimento e la classificazione di quadri psicopatologici associati a traumi ripetuti e di natura relazionale. Tale proposta trova giustificazione nelle numerose evidenze e osservazioni cliniche che suggeriscono come il concetto di trauma attualmente utilizzato dagli attuali sistemi di classificazione delle patologie mentali sia insufficiente. Van der Kolk (2005) ha identificato un insieme di sintomi e caratteristiche psicopatologiche che, nel loro insieme, costituirebbero il "Disturbo Traumatico dello Sviluppo", definito precedentemente da Judith Herman (1992) come "Disturbo Post-Traumatico Complesso" (PTSD-c): tale sindrome sarebbe caratterizzata da un cluster di sintomi associati ad una alterazione delle funzioni di integrazione della coscienza e ad eventi traumatici multipli e cumulativi, di tipo relazionale, protratti nel tempo. Lo sviluppo traumatico si configurerebbe quindi come una condizione stabile di minaccia soverchiante da cui è impossibile sottrarsi, se non attraverso meccanismi dissociativi (Liotti e Farina, 2011): tale sofferenza psicologica diviene dunque "*il dolore degli impotenti*" (Herman, 1992). Tra i gruppi sintomatologici associati a tale quadro clinico, si riconoscono disregolazione emotiva e degli impulsi e disturbi nella percezione di sé; van der Kolk (1996, 2005) identifica nel primo cluster, oltre a stati dissociativi e somatoformi, marcata Alessitimia, intesa come intensa

difficoltà a riconoscere, descrivere e comunicare sensazioni corporee e stati emotivi.

Attualmente sono state proposte nuove prospettive teoriche e di intervento clinico per questo quadro clinico, con l'obiettivo di ridurre la non risposta a trattamenti abitualmente efficaci per la cura di altre sindromi più facilmente diagnosticabili. Il PTSD Complesso può quindi essere considerato come una "patologia nascosta", che affianca altri quadri clinici abitualmente classificati come Disturbi di Personalità, Disturbi dell'Alimentazione, Disturbi Dissociativi e Ossessivo-Compulsivi e che richiede forme specifiche di trattamento terapeutico (Liotti, 2001).

### ***3.3.2 La Dissociazione: evoluzione storica del costrutto***

Pier Janet, verso la fine dell'Ottocento, utilizzò per primo il termine "désagrégation" (disaggregazione) per indicare fenomeni propri dei quadri di isteria nei quali alcuni contenuti mentali appaiono non integrati, ossia esclusi dal normale fluire della coscienza. Secondo la definizione originale, la dissociazione costituirebbe "il fallimento della sintesi personale", dell'integrazione di esperienze di percezioni, memorie, pensieri che sono normalmente associati tra loro nel flusso di coscienza (Janet, 1889, 1907).

Nella prospettiva evolutiva di Janet l'attività cognitiva è funzionale, non tanto alla difesa da impulsi interni, quanto all'adattamento dell'individuo al suo ambiente. Tale adattamento avverrebbe attraverso la "sintesi personale", ossia l'integrazione automatica delle esperienze quali percezioni, memorie, pensieri, all'interno di schemi cognitivi che le forniscono significato. La dissociazione viene quindi concettualizzata come un processo innescato da esperienze quali traumi improvvisi, percepiti in modo talmente terrorizzante e devastante da impedire nel soggetto un processamento normale nella memoria dell'informazione.

Il programma di ricerca di Janet è stato implicitamente ripreso da alcuni filoni dell'attuale cognitivismo clinico volti all'indagine della "organizzazione della conoscenza", ossia del modo in cui le informazioni o conoscenze presenti nella mente umana vengono raccolte, generate, narrate, organizzate ed elaborate, sia nei processi del pensiero consapevole che nelle attività mentali non consapevoli (v. Cap. I). Nella sua versione evuzionista, il cognitivismo guarda alle manifestazioni di dissociazione della coscienza sia nei termini di stati di coscienza alterati, di momenti di distanziamento dalla realtà, sia come stati di coscienza in cui esperienze e informazioni, legate principalmente al mondo emozionale, vengono tra loro separate e non integrate in uno schema unitario e condivise all'interno delle relazioni interpersonali. Le emozioni e altre conoscenze implicite, se rimangono estranee alla coscienza, alla consapevolezza piena e condivisa all'interno delle relazioni interpersonali, non

potranno essere regolate, modulate o espresse con la stessa flessibilità con cui possono essere regolati sentimenti coscienti e conoscenze esplicite (Liotti, 2006). Tale modello implica la concettualizzazione della dissociazione in termini di difesa “interpersonale”, sviluppata soprattutto nella prima infanzia con la funzione specifica di mantenere il rapporto sé-altro, piuttosto che come un meccanismo “intrapsichico” che viene utilizzato per proteggere il sé dalla sofferenza psicologica (Siegel, 2001).

Partendo dagli studi e dal modello di Janet, le caratterizzazioni che storicamente sono state associate al costrutto della dissociazione si possono ricondurre a tre prospettive che includono sia aspetti che possono avere una portata di normalità e quindi comuni nella popolazione generale, sia aspetti che appartengono a fenomeni clinici quali la depersonalizzazione e la derealizzazione (Cardeña, 1994):

1. Il termine “dissociazione” è usato per caratterizzare unità mentali che non sono accessibili alla coscienza perché non integrati con essa e quindi con la memoria, l’identità e la volontà conscia dell’individuo. Tale categoria è sovrapponibile al concetto di “*compartimentalizzazione*” che si riferisce al contenuto della dissociazione.
2. La dissociazione è un meccanismo difensivo che ha uno scopo ben preciso, quello di allontanare il soggetto dalla realtà, quando la realtà diventa particolarmente insostenibile e dolorosa.
3. La dissociazione rappresenta un’alterazione qualitativa dell’esperienza fenomenica soggettiva caratterizzata dal senso di scollegamento, mancata integrazione e connessione con se stessi o con l’ambiente esterno e la realtà. In questa definizione possono essere inclusi i fenomeni relativi al “*detachment*” o *alienazione*, ossia distacco come la depersonalizzazione e la derealizzazione.

La più recente prospettiva di Marlene Steinberg (2006) riprende il concetto di coping nel descrivere la dissociazione, definita come una difesa *adattiva* in risposta a un elevato livello di stress o ad un trauma, caratterizzata da perdita di memoria e sensazione di distacco da se stessi o dal proprio ambiente. In generale, la dissociazione può essere vista come una risposta sana a volte addirittura necessaria a stress percepiti come eccessivi e ingestibili o a pericoli che minacciano la propria vita. L’individuo normale che percepisce di essere in grave pericolo, attiva, indipendentemente dalla propria volontà, stati alterati di coscienza che hanno l’esplicita funzione di dirigere le risorse disponibili, tra cui l’attenzione, al superamento dell’evento traumatico. La dissociazione come risposta funzionale al trauma, ha la capacità di aumentare lo stato di allerta, allontanando l’emotività dalla consapevolezza per evitare il blocco nell’azione del soggetto. Tale risposta è caratterizzata da fenomeni quali un senso di



distacco da se stessi e dal proprio corpo, senso di irrealtà, numbing emozionale, rallentamento nella percezione soggettiva dello scorrere del tempo.

Nella popolazione non clinica si possono verificare fenomeni dissociativi funzionali o di lieve entità. In questo caso, nonostante queste esperienze si presentino non dissimili da quelle riportate dai pazienti con disturbi psichiatrici, si tratta comunque di episodi poco frequenti, temporanei e di modesta entità e spesso legati a specifiche condizioni psicofisiche.

Il dato comune a queste esperienze caratterizzate da dissociazione è il fatto che comportano una discontinuità nell'esperienza cosciente, nonostante il vissuto relativo al Sé e alla propria esistenza mantenga le proprie caratteristiche di unità e continuità. L'estremo di questo continuum di intensità è rappresentato dalle forme di dissociazione in cui l'allontanamento dalla realtà, la discontinuità della propria esperienza tendono ad un'eccessiva reiterazione e alla dipendenza morbosa.

Sebbene numerose ricerche siano state condotte sulla possibile correlazione tra sintomi dissociativi ed esperienze traumatiche, già proposta nella teoria Janetiana e ripresa da teorici successivi come Herman e van Der Kolk (1992, 2005), recenti revisioni della letteratura dimostrano che non esistono prove convincenti di un rapporto lineare e causale tra di essi (Kilhstrom, 2005): pur essendo accertata l'esistenza di un rapporto tra dimensione dissociativa e trauma, probabilmente la loro relazione è multifattoriale e non lineare (Liotti e Farina, 2011). Tali considerazioni rendono necessari nuovi studi possibilmente non centrati unicamente su rilevazioni self-report dei sintomi e delle storie di vita.

### ***3.3.3 Alessitimia e dissociazione: evidenze empiriche***

Secondo l'ipotesi avanzata Caretti e collaboratori (2003), confermata anche dai dati presenti in letteratura, la correlazione individuata tra Alessitimia e dissociazione, può essere spiegata dalla funzione svolta dai processi dissociativi nel gestire gli stati emotivi attraverso l'alterazione dello stato di coscienza. Nel loro studio sono stati confrontati i punteggi ottenuti alla TAS-20 e alla DES (Dissociative Experiences Scale, forma A; Armstrong, Putnam, Carlson, 1997) da un gruppo di adolescenti di una casa alloggio della Sicilia, con un gruppo di controllo appartenente alla popolazione generale. I risultati hanno evidenziato correlazioni positive tra i punteggi dei test utilizzati; punteggi più elevati sono stati rilevati nel gruppo clinico. Tale differenza è, secondo gli Autori, da porre in relazione con le esperienze traumatiche che questi adolescenti hanno sperimentato fin dalla prima infanzia. In uno studio successivo (Carretti, 2005), gli stessi strumenti sono stati utilizzati in un campione di pazienti tossicodipendenti e in un campione di soggetti con storia pregressa di abuso di sostanze.

Anche in questo caso sono emerse correlazioni positive tra i punteggi ottenuti alla TAS-20 e alla DES, tale risultato supporta l'ipotesi che la dipendenza patologica è un disturbo correlato all'incapacità del soggetto di regolare i propri stati interni, probabilmente gestiti tramite l'utilizzo compulsivo delle sostanze.

Ormai numerose ricerche sono state condotte sia su campioni appartenenti alla popolazione generale, sia su campioni clinici, al fine di chiarire le possibili relazioni tra deficit nel riconoscimento e descrizione del vissuto emotivo e sintomi dissociativi.

In una recente ricerca (Tolmunen e coll, 2008), è stata indagata la relazione tra dissociazione e Alessitimia in un ampio campione di adolescenti appartenenti alla popolazione generale della Finlandia. I risultati hanno evidenziato che i fenomeni dissociativi, oltre che essere correlati con diversi indici di psicopatologia, sono significativamente associati con le caratteristiche alessitimiche; in particolare, le correlazioni più forti sono state identificate tra alti livelli di dissociazione e la scala "difficoltà ad identificare le emozioni" e il "Pensiero Operatorio" della TAS-20. Questi risultati sono a sostegno dell'ipotesi che l'Alessitimia e la dissociazione, pur costituendo fenomeni distinti, presentano alcuni aspetti comuni e di sovrapposizione.

Elzinga Bermond e van Dyck (2002) hanno condotto uno studio su 833 studenti dell'Università di Amsterdam partendo dall'ipotesi che la relazione tra Alessitimia e dissociazione potrebbe essere in parte mediata dagli attuali livelli di stress e/o da esperienze traumatiche pregresse. I risultati confermano l'esistenza di una correlazione significativa tra deficit alessitimico e sintomi dissociativi.

Obiettivo di una ricerca condotta da De Berardis e collaboratori (2009) è stato quello di indagare in un campione non-clinico, le relazioni tra Alessitimia, esperienze dissociative e insoddisfazione del corpo identificando i fattori predittivi associati ad un rischio potenziale di sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

È stato selezionato un campione non-clinico di donne, 546 studentesse universitarie con un range di età tra i 18 e i 35 anni. Di ogni partecipante è stato calcolato il BMI e in base a questo indice classificato il campione in soggetti normopeso, soprappeso, sottopeso.

I risultati emersi hanno suggerito che la combinazione tra variabili quali l'Alessitimia, le esperienze dissociative e la bassa autostima possono costituire un fattore di rischio potenziale per l'insorgenza di sintomi del disturbo del comportamento alimentare. Nello specifico, l'analisi dei risultati mostra che tutte le variabili considerate sono altamente correlate con il punteggio totale della TAS-20 e con le sue sottoscale tranne quella relativa allo stile cognitivo orientato all'esterno. Quindi i soggetti alessitimici mostrerebbero un rischio maggiore di sviluppare Disturbi Alimentari, esperienze dissociative e maggiore insoddisfazione corporea,

così come una minore autostima rispetto ai soggetti con più bassi punteggi alla TAS-20.

Differenti ricerche sono state condotte al fine di analizzare la relazione tra Alessitimia e sintomi dissociativi in soggetti con diagnosi di Disturbo Post-traumatico.

In uno studio del 2000, Grabe e collaboratori hanno indagato la relazione tra deficit alessitimico e sintomi dissociativi nel Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Ad un campione costituito da 173 pazienti psichiatrici e 38 soggetti senza disturbi clinici sono stati somministrati la TAS-20, l'FDS (la versione tedesca della Dissociative Experiences Scale) e la SCL-90 (Symptom Check List; Derogatis, Lipman, Covi, 1973). L'indagine ha evidenziato che il punteggio totale della DES correlava positivamente con tutte le scale della TAS-20; l'indice di gravità della psicopatologia mostrava correlazioni positive coi sintomi dissociativi auto-riferiti.

In una ricerca condotta su un campione composto da 46 pazienti con disturbo Dissociativo, 21 con diagnosi di PTSD ed un campione di controllo, ha evidenziato che i punteggi ottenuti alla scala "difficoltà ad identificare le emozioni" erano predittivi sia della diagnosi di Disturbo Dissociativo, sia dei livelli di derealizzazione lamentata dai soggetti (Simeon e coll., 2009).

McLean e collaboratori (2006) hanno indagato la relazione tra PTSD, disturbi affettivi, dissociazione, somatizzazione e Alessitimia in un campione di 70 donne che avevano subito abusi sessuali nell'infanzia, di cui 25 ricoverate in comunità. Nel campione clinico sono stati confermati i criteri per il PTSD, alti livelli di Alessitimia e sintomi dissociativi e somatici.

In un altro studio condotto nello stesso anno da Hund e Espelange (2006), sono state indagate l'Alessitimia, la depressione, l'ansia e storie di abuso pregresse in relazione a disordini nella condotta alimentare in 588 studentesse presso l'Università dell'Illinois. I risultati hanno evidenziato che la correlazione tra abusi infantili e disturbi alimentari era mediata dalle caratteristiche alessitimiche. In particolare, l'Alessitimia correlava significativamente con i disturbi alimentari e condizioni generali di stress percepito.

Più recentemente, la ricerca scientifica sta cercando di verificare l'ipotesi che i deficit nella regolazione emotiva e i sintomi dissociativi possano costituire elementi nucleari di altre psicopatologie, come i Disturbi da Dipendenza, il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) e i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Majohr e collaboratori (2011) hanno valutato i sintomi dissociativi e la presenza di caratteristiche alessitimiche in un campione composto da 95 pazienti ambulatoriali con diagnosi di DAP<sup>16</sup>: sono emerse correlazioni positive significative tra Alessitimia e

---

16 Secondo alcuni ricercatori (Nemiah, 1991), gli attacchi di panico costituirebbero il primo esempio

dissociazione; i soggetti che mostravano punteggi più alti nella scala dei sintomi dissociativi (DES) hanno anche evidenziato livelli significativamente più alti nella “difficoltà a identificare le emozioni” e nella “difficoltà a descrivere le emozioni”.

Diversi studi in letteratura, confermano l’ipotesi che i fenomeni dissociativi abbiano un ruolo importante nella genesi, sviluppo e mantenimento della psicopatologia come quella del Disturbo Alimentare (Beato, 2003, Hallings-Pott e coll., 2005), in particolar modo tra i soggetti che presentano attacchi incontrollabili di sovralimentazione o pazienti che presentano una componente bulimica (Sanders, 1986, Dalle Grave e coll., 1995).

Carano e collaboratori (2006, 2007) hanno condotto uno studio con l’obiettivo di esaminare in un campione di 105 soggetti di sesso femminile con Disturbo del Comportamento Alimentare la prevalenza e l’incidenza dell’Alessitimia e della dissociazione. Il 18,1% del campione risultava essere alessitimico. Dai risultati presentati dagli Autori si evince come nelle pazienti alessitimiche ci sia una elevata tendenza all’uso della dissociazione come meccanismo di difesa.

Nella ricerca condotta da La Marra e collaboratori (2009), è stata indagata la relazione che intercorre tra sintomi dissociativi e difficoltà nel percepire, comprendere ed esprimere verbalmente i propri e altrui stati emotivi, in un campione clinico di 53 pazienti con diagnosi di DCA. Tali soggetti avevano un età media di 30 anni, con una suddivisione in sottotipi di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, DCA Non Altrimenti Specificato e Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Dall’analisi dei risultati, è emersa una forte correlazione tra dissociazione e alcuni tratti psicologici e sintomi rilevanti per la diagnosi dei disturbi alimentari come la consapevolezza enterocettiva, la ricerca incessante della magrezza, la tendenza del soggetto a pensare e ad avere abbuffate ed una eccessiva insoddisfazione per la forma del proprio corpo. Inoltre, si è evidenziata anche una correlazione tra dissociazione e alcune caratteristiche alessitimiche come la tendenza a esprimere le proprie emozioni, soprattutto quelle negative, attraverso il corpo, e uno stile cognitivo concreto, orientato all’esterno.

Nonostante le evidenze empiriche esistenti, non sempre concordanti, nuove ricerche dovranno chiarire la relazione tra Alessitimia e dissociazione, individuando eventuali sovrapposizioni dei due costrutti, probabilmente espressione di un’alterazione nelle funzioni di integrazione

---

dell’incapacità di simbolizzare e regolare stati emozionali di attivazione. Diversi studi hanno confermato l’ipotesi secondo la quale il disturbo da panico potrebbe costituire una conseguenza di un deficit alessitimico nella capacità di processare a livello cognitivo le emozioni di base. Livelli significativamente più alti di Alessitimia sono stati osservati in soggetti con attacchi di panico rispetto ad individui sani (Taylor, 2010).

della coscienza umana. L'origine comune dei deficit Alessitimici e dei sintomi dissociativi in esperienze traumatiche cumulative nello sviluppo individuale, richiede ulteriori verifiche al fine di elaborare trattamenti terapeutici di efficacia provata.

## **PARTE SECONDA**

### **Gli studi**



## Introduzione

Il costrutto dell'Alessitimia, inizialmente elaborato a partire da osservazioni cliniche su pazienti con disturbi psicosomatici, ha trovato ampio spazio nelle ricerche in psicologia clinica e della salute.

Come esposto nella rassegna bibliografica del presente lavoro, vi è ormai un discreto consenso nel considerare l'Alessitimia come un “deficit nell'elaborazione cognitiva degli affetti”, della componente emotiva dell'esperienza, connesso a deficit metacognitivi, scarsa capacità di simbolizzazione e per lo più riconducibile a storie relazionali invalidanti e insicure. Le caratteristiche alessitimiche, descritte come variabili piuttosto stabili nel tempo, sono riscontrabili in diversi quadri psicopatologici, oltre che essere associati patologie organiche con una forte componente psicosomatica.

La ricerca attuale si sta muovendo in nuove direzioni nel tentativo di chiarire alcuni aspetti del costrutto e di elaborare nuovi strumenti per la sua valutazione.

Le tre ricerche condotte hanno accolto il suggerimento di considerare il deficit alessitimico come un aspetto “trans-diagnostico” e lungo un continuum dalla normalità alla patologia, un elemento riscontrabile, non solo in campioni clinici, ma anche in soggetti che non soddisfano i criteri diagnostici per psicopatologie o con patologie organiche conclamate. L'Alessitimia, infatti, può costituire di per sé un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di malessere sia fisico che psicologico, insieme a caratteristiche di personalità che predispongono all'insorgenza di patologia.

Nel primo studio si è infatti cercato di indagare il rapporto fra Alessitimia e caratteristiche personologiche considerate come variabili in grado di influenzare il funzionamento individuale. Inoltre, si è indagata la possibile relazione tra deficit nell'elaborazione del proprio vissuto emotivo e funzionamento interpersonale in soggetti non affetti da psicopatologie conclamate al fine di identificare eventuali “pattern” di vulnerabilità per lo sviluppo di malessere psicologico. In effetti, nonostante sia teoricamente accettata in maniera unanime l'ipotesi dell'esistenza di una relazione tra espressione delle emozioni e qualità delle relazioni, rimane da chiarire come il deficit alessitimico si traduca in modalità di interazione disfunzionali che, se non direttamente associati a psicopatologia, possono predisporre a “letture” delle relazioni poco funzionali per il benessere dell'individuo.

Se la correlazione tra Alessitimia e somatizzazione è ormai stata ampiamente dimostrata, le nuove linee di ricerca suggeriscono di indagare il possibile ruolo che essa può svolgere, non



tanto nell'insorgenza di patologie organiche, quanto nella mediazione tra caratteristiche stabili e sintomi fisici e psicologici. In altre parole, viene suggerito di abbandonare i classici modelli di causalità lineare per elaborarne di più complessi, considerando diverse variabili in grado di influenzare la risposta individuale ad eventi stressanti.

A tal fine, nel secondo studio, sono state indagate le relazioni tra caratteristiche Alessitimiche, malessere psicologico e comportamenti stress-correlati in pazienti con patologia cardiaca a distanza di un anno dall'insorgenza del disturbo. L'obiettivo, quindi, non era tanto di verificare l'ipotesi che l'Alessitimia possa favorire l'insorgenza della malattia, quanto di verificare la sua prevalenza ed associazione con comportamenti disfunzionali per la salute individuale, fisica e psicologica. Tale indagine può risultare significativa per lo sviluppo di eventuali trattamenti riabilitativi non centrati esclusivamente su aspetti "comportamentali", di gestione dello stress, ma anche volti all'espressività del vissuto emotivo dell'esperienza.

Per ultimo, si sono considerate le nuove teorie sull'esistenza di una "Alessitimia Post-Traumatica", un deficit fortemente connesso a sintomi dissociativi e che costituirebbe per alcuni Autori un nucleo centrale del costrutto, inteso come alterazione delle funzioni di integrazione della coscienza.

Tale insieme di sintomi, che per alcuni ricercatori costituirebbero una "patologia nascosta" all'interno di quadri sindromici normalmente riconosciuti dai sistemi internazionali di diagnosi, potrebbe spiegare la non risposta a trattamenti terapeutici standard riconosciuti come efficaci nella cura di diverse patologie.

A tal fine, il terzo studio è stato condotto su un campione di soggetti affetti da Disturbo del Comportamento Alimentare e caratterizzati da cronicità del quadro clinico. Se pur su un numero limitato di soggetti, si è cercato di verificare l'esistenza di sintomi dissociativi e Alessitimici normalmente non considerati in fase diagnostica e nell'impostazione dei regimi terapeutici e la loro relazione con eventi traumatici riferiti e stili di attaccamento insicuri.

# STUDIO I

## **Alessitimia, temperamento e funzionamento interpersonale in un campione di giovani adulti**

### **Introduzione**

Recentemente la ricerca sul costrutto dell'Alessitimia si sta occupando di chiarire la relazione tra i deficit nel riconoscimento ed espressione delle emozioni e caratteristiche stabili di personalità (Carretti, La Barbera, 2005). Tale filone studi, per lo più condotto su popolazioni cliniche, si pone l'obiettivo di identificare caratteristiche temperamentali e caratteriali che potrebbero costituire un fattore di vulnerabilità per l'insorgenza di patologie connesse alla dimensione alessitimica e ai sintomi auto-riferiti.

Negli ultimi decenni del secolo scorso Cloninger (1987) ha proposto un metodo sistematico per la descrizione clinica e per la classificazione delle diverse caratteristiche personologiche, basato su una teoria specifica dell'apprendimento operante, neurobiologicamente orientata, che potesse guidare allo sviluppo razionale di descrittori clinici del temperamento. A questo proposito, l'Autore ha ipotizzato che i substrati cerebrali del temperamento fossero funzionalmente organizzati in diversi sistemi indipendenti di attivazione, mantenimento ed inibizione del comportamento in risposta a specifiche classi di stimoli ambientali. In altre parole, per Cloninger, l'attivazione comportamentale coinvolgerebbe la messa in atto di determinati comportamenti in risposta alla novità e a segnali di ricompensa o di sollievo dalla punizione. Le differenze individuali in queste specifiche caratteristiche temperamentali sono state definite in termini di ricerca della novità ("Novelty Seeking"). L'inibizione comportamentale, al contrario, verrebbe attivata in risposta a segnali di punizione o di mancanza di ricompensa e le sue differenze individuali sono state descritte dall'autore come evitamento del danno ("Harm Avoidance"). Il comportamento che, infine, non era stato precedentemente ricompensato, avrebbe comunque potuto essere mantenuto per un certo periodo di tempo anche in assenza di una continua esposizione ad un rinforzo positivo e le differenze individuali in questa specifica capacità temperamentale di mantenimento della condotta sono state definite in termini di dipendenza dalla ricompensa ("Reward Dependence").

Il modello originale sul temperamento proposto da Cloninger descriveva quindi tre principali dimensioni temperamentali, geneticamente indipendenti l'una dall'altra ed in stretta relazione con specifici substrati neurochimici a livello del sistema nervoso centrale (Kose, 2003): 1) la "Novelty Seeking" (NS), legata al sistema dopaminergico e responsabile dell'attività esplorativa, dell'impulsività decisionale e della scarsa resistenza alle frustrazioni; 2) la "Harm Avoidance" (HA), legata al sistema serotoninergico e responsabile della tendenza all'inibizione del comportamento (ad esempio, dell'angoscia pessimistica nell'anticipazione di eventuali problemi futuri), delle condotte passive di evitamento e della scarsa resistenza agli stress fisici; 3) la "Reward Dependence" (RD, legata al sistema noradrenergico e caratterizzata da comportamenti abitudinari, tendenza al sentimentalismo, dipendenza dall'approvazione, eccessivo attaccamento sociale e perseveranza nelle condotte nonostante la fatica e la frustrazione. Secondo questo modello neurobiologico del temperamento, le diverse combinazioni delle tre suddette dimensioni temperamentali avrebbero permesso di descrivere adeguatamente tutte le possibili varianti personologiche individuali e di configurare i diversi disturbi di personalità riscontrabili nella pratica clinica.

Per misurare le caratteristiche normali ed abnormi della personalità sulla base della sopra descritta teoria generale del temperamento, Cloninger e Przybeck (1991) hanno messo a punto il Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ), un questionario di autovalutazione composto da 100 items valutati su una scala dicotomica di tipo vero/falso. Gli studi normativi di validazione effettuati sul TPQ, oltre a confermare l'adeguatezza della struttura generale del temperamento proposta da Cloninger, hanno evidenziato la presenza di una quarta dimensione temperamentale, la "persistence" (P, Persistenza), ritenuta inizialmente una componente della RD.

Studi successivi di comparazione del TPQ con altri questionari di personalità comunemente utilizzati nella pratica clinica hanno aiutato ad identificare ulteriori aspetti personologici che non erano stati adeguatamente presi in considerazione dalle quattro dimensioni temperamentali descritte da Cloninger (Kose, 2003). Basandosi su ricerche relative allo sviluppo dell'individuo sia dal punto di vista cognitivo che relazionale e sulle descrizioni dell'evoluzione della personalità secondo la psicologia umanistica e transpersonale, Cloninger e collaboratori (1993) hanno elaborato e proposto un nuovo modello teorico generale della personalità di tipo psicobiologico, nel quale, accanto alle tradizionali dimensioni temperamentali del TPQ, sono state inserite tre ulteriori dimensioni caratteriali correlate allo sviluppo del concetto di Sé: 1) la "Self-Directedness" (SD, Auto-Direttività), in rapporto all'identificazione di se stesso come individuo autonomo, da cui derivano i sentimenti di

integrità personale, di onore, di autostima, di auto-efficacia, di leadership e di speranza nel futuro; 2) la “Cooperativeness” (C, Cooperatività), in rapporto all’identificazione di se stesso come parte integrante dell’umanità o della società, da cui prendono origine i vissuti emotivi di comunanza, di compassione per il prossimo e di carità; 3) la “Self-Trascendenza” (ST, Auto-Trascendenza), in rapporto all’identificazione di se stesso come parte integrante dell’insieme di tutte le cose (ad esempio, l’universo), da cui derivano i sentimenti di fede religiosa, di partecipazione mistica con l’assoluto, di serenità incondizionata e di pacificazione con il mondo. Secondo gli Autori, gli aspetti caratteriali della personalità coinvolgerebbero le differenze individuali nei concetti di Sé relativi ai valori e agli scopi esistenziali, mentre quelli temperamentali sarebbero responsabili delle diversità intersoggettive nelle reazioni emozionali automatiche e nelle abitudini comportamentali quotidiane. Le dimensioni del carattere potrebbero così modificare il significato delle esperienze vissute e, pertanto, influenzare e mutare gli automatismi delle condotte abituali e le reazioni emotive del soggetto. In altre parole, individui con lo stesso temperamento potrebbero comportarsi in modo differente come risultato dello sviluppo di diversi aspetti caratteriali.

Per ciò che riguarda le ricerche recenti sul costrutto dell’Alessitimia, Conrad e collaboratori (2009) hanno condotto uno studio al fine di verificare se le caratteristiche alessitimiche, in associazione con caratteristiche temperamentali e caratteriali, sono in grado di predire sintomi psicopatologici in pazienti con diagnosi Disturbo Depressivo Maggiore. Il fattore “difficoltà ad identificare le emozioni” è risultato un predittore significativo di tutte le dimensioni sintomatologiche rilevate. Tra i fattori del TCI (Temperament and Character Inventory di Cloninger, 1999), l’Harm Avoidance (HA, Evitamento del Danno) è risultato il maggiore predittore della somatizzazione e dell’ansia; la bassa Self-Directedness (SD, Auto-Direzionalità) della depressione e dei sintomi ossessivi; la bassa Cooperativeness (C, Cooperatività) è risultata in grado di predire sintomi paranoici e l’ostilità.

Un’altra ricerca si è occupata di indagare caratteristiche alessitimiche, variabili temperamentali e caratteriali in un gruppo di pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore (Celikel e coll., 2010). Nel gruppo clinico il 33% è risultato alessitimico. Confrontando i punteggi ottenuti alla TAS-20 dai soggetti del campione clinico rispetto al gruppo di controllo, tutte le sottoscale sono risultate significativamente più alte nei pazienti depressi. Inoltre, il punteggio totale della scala è risultato correlato negativamente con il fattore “Reward Dependence” del TCI (RD, Dipendenza alla Ricompensa) e con la dimensione di Auto-Direzionalità. Inoltre, nel gruppo clinico, i pazienti alessitimici hanno mostrato punteggi

significativamente più bassi nelle dimensioni RD rispetto ai depressi non alessitimici.

Uno studio analogo è stato condotto da Evren e collaboratori (2008) su un gruppo di pazienti di sesso maschile con diagnosi di Dipendenza da Alcol. I risultati hanno evidenziato correlazioni positive tra il punteggio totale della TAS-20 e le dimensioni HA (Evitamento del Danno) e ST (Auto-trascendenza), correlazioni negative con SD (Auto-direzionalità) e C (Cooperatività). L'analisi di regressione ha mostrato che alto Evitamento del Danno (HA) e bassa Auto-direzionalità erano in grado di predire il punteggio totale della TAS-20.

Grabe e collaboratori (2001) hanno evidenziato in un gruppo di pazienti psichiatriche come alta HA, bassi RD e SD (Evitamento del Danno, Dipendenza dalla Ricompensa e Auto-direzionalità) siano predittori indipendenti dell'Alessitimia.

Un numero più limitato di ricerche si è occupato di identificare quali caratteristiche temperamentali e caratteriali sono associate alle caratteristiche alessitimiche in soggetti non affetti da disturbi psicologici conclamati.

Picardi, Toni e Caroppo (2005) hanno condotto uno studio su un gruppo di studenti universitari che, oltre a test per la valutazione di sintomi ansiosi e depressivi, hanno compilato la TAS-20, il TCI, il BFQ (Big Five Questionnaire; Caprara, Barbaranelli, Borgogni, 2002) e uno strumento self-report per la valutazione dello stile di attaccamento adulto (ECR; Experiences in Close Relationships; Brennar, Clark, Shaver, 1998). Dopo un mese, i soggetti hanno ricompilato la TAS-20 e i due questionari di stato. L'Alessitimia è risultata solo moderatamente correlata con i sintomi depressivi e ansiosi riferiti, la stabilità del punteggio totale e delle sottoscale della TAS-20 è risultata alta. Inoltre, l'Alessitimia è risultata correlata con bassi punteggi nell'Estroversione, nella Stabilità Emotiva e nell'Apertura agli altri (BFQ); alte correlazioni sono emerse con le dimensioni HA, basse con SD, C e RD (TCI). Lo studio infine ha confermato la correlazione tra caratteristiche alessitimiche e attaccamento insicuro (evitante e ansioso-resistente).

Una ricerca del 2010 di Lee e collaboratori ha indagato quali fattori caratteriali e temperamentali del TCI correlano con le caratteristiche alessitimiche verificando l'ipotesi che sintomi ansiosi e depressivi potrebbero avere un ruolo di mediazione nella relazione tra personalità ed Alessitimia in un gruppo di soggetti sani. Dopo aver escluso tutti i partecipanti che mostravano anamnesi prossima e/o remota positiva per patologie psichiatriche, il campione risultava costituito da più di trecento soggetti coreani. I risultati hanno evidenziato che bassa RD e bassa SD hanno effetti diretti su tutte le dimensioni della TAS-20, la bassa SD ha un effetto indiretto sulle caratteristiche alessitimiche attraverso l'ansia e la depressione. I fattori RD e SD sono risultati i predittori più forti di tutte le dimensioni alessitimiche.

Per ciò che riguarda l'Alessitimia e il funzionamento interpersonale, le nuove teorizzazioni del costrutto tendono a ricollegare i deficit alessitimici a sviluppi interpersonali patologici e a sottolinearne la stretta relazione con deficit nella Mentalizzazione (Taylor, 2010). Kristal (1997) ha osservato che i soggetti alessitimici, oltre ad avere difficoltà nel tollerare e regolare gli stati emotivi, mostrano anche ridotta capacità riflessiva e introspezione.

Attualmente le ricerche sulla relazione tra Alessitimia e Mentalizzazione sono limitate. Questo è in parte spiegabile con le difficoltà ad operationalizzare e misurare le capacità metacognitive. Gunderson (2008) sottolinea come la Mentalizzazione sia in costrutto multifaccettato difficilmente misurabile e connesso ad altri come l'Alessitimia e l'empatia; per esempio, Moriguchi e collaboratori (2006) hanno evidenziato in studenti con alta Alessitimia una peggiore teoria della mente e minore empatia.

É comunque ipotizzabile, alla luce delle nuove teorizzazioni sulla "Teoria della Mente", che l'incapacità a riconoscere e, quindi a regolare, il proprio vissuto emotivo si rifletta sul funzionamento interpersonale e sulla qualità delle relazioni.

## **Obbiettivi**

L'obbiettivo del presente studio è di indagare quali caratteristiche di personalità (temperamentali e caratteriali) sono in grado di predire le caratteristiche alessitimiche in soggetti adulti che non presentano, al momento della valutazione, patologie psichiatriche di interesse clinico. Oltre a verificare l'ipotesi che l'Alessitimia sia associata ad un minore soddisfazione nelle relazioni significative, si è voluto valutare se il deficit nel riconoscimento e nella descrizione delle emozioni sia in grado di predire un peggiore funzionamento nelle relazioni interpersonali.

Inoltre, obbiettivo secondario del lavoro è di verificare se esistono correlazioni tra le caratteristiche alessitimiche e il tono edonico autoriferito.

## **Campione**

Il campione è composto 236 giovani adulti (92 maschi, 144 femmine), studenti di età compresa tra i 18 e i 21 anni ( $M=18,34$ ;  $DS=\pm 0,55$ ), frequentanti l'ultimo anno di scuole medie superiori della città di Parma di differenti tipologie (istituti tecnici e licei). Ulteriori caratteristiche anamnestiche del campione sono descritte nei Risultati dello studio.

## **Procedura**

I partecipanti sono stati reclutati attraverso gli istituti scolastici che frequentavano; la somministrazione dei questionari è avvenuta in seguito alla valutazione e l'approvazione di questa attività da parte dei docenti e responsabili dell'attività educativa, precedentemente contattati per illustrare la natura e lo scopo della ricerca. Al momento della somministrazione sono state fornite una breve presentazione del progetto e istruzioni di carattere pratico sulla compilazione degli strumenti. Informazioni generali erano a disposizione dei partecipanti anche in forma scritta, allegate come introduzione alla batteria di test. Ad ogni partecipante è stato chiesto di leggere ed eventualmente sottoscrivere sia il proprio consenso a partecipare al progetto di ricerca, sia un documento che attestava il consenso informato al trattamento dei dati forniti esclusivamente a scopo di ricerca scientifica, come prevede il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"). Sono stati esclusi dalla rilevazione i soggetti minorenni e i soggetti con deficit cognitivi certificati.

## **Materiale e Metodo**

Sono stati somministrati quattro test psicometrici:

1) La **Scala di Snaith-Hamilton per il Piacere** (SHAPS, Snaith e coll., 1995), uno strumento composto da 16 domande volte ad indagare la capacità di provare piacere.

Gli Autori che hanno creato questo questionario psicometrico ritenevano che gli strumenti esistenti per la valutazione del tono edonico (e della sua assenza) comportassero tempi di somministrazione troppo lunghi e fossero viziati da errori di natura culturale. La scala è stata costruita in base alle risposte date da un ampio campione di popolazione alla domanda di elencare sei situazioni che procurano piacere. Sono stati quindi presi in esame gli argomenti sollevati con maggiore frequenza e sono stati esclusi quelli influenzati dal contesto culturale, dall'età o dal genere del rispondente, per giungere all'elaborazione di una scala composta da soli 14 item. Il questionario così ottenuto è stato sottoposto a valutazioni psicometriche utilizzando un nuovo campione della popolazione e con pazienti psichiatrici. È stato riscontrato che la scala comprende una gamma di punteggi atti a distinguere risposte normali da quelle anormali, con validità e affidabilità soddisfacenti (Snaith e coll., 1995). Il questionario è pensato per valutare lo stato del tono edonico personale riferito al periodo esatto della compilazione. La consegna, infatti, informa il partecipante che si sta cercando di valutare la sua capacità di provare piacere *negli ultimi giorni*; in seguito egli deve esprimere il suo grado di accordo con affermazioni sulla piacevolezza di diverse attività o situazioni su

una scala a quattro punti. Se il soggetto si dichiara pienamente o moderatamente in accordo, all'item viene attribuito un punto, se invece esprime disaccordo, parziale o totale, il punteggio dell'item è uguale a 0. Il valore di soglia o cut-off sul punteggio totale è  $\geq 3$  e punteggi corrispondenti o inferiori sono quindi considerati rivelatori di problematiche connesse alla capacità individuale di provare piacere.

Nella ricerca è stata utilizzata la versione italiana di questa scala, che è stata validata da Santangelo e collaboratori (2009), i quali ne hanno messo alla prova le proprietà psicometriche nell'ambito della ricerca sul morbo di Parkinson. Nella versione italiana sono stati aggiunti due item, particolarmente focalizzati sul piacere fisico: "Trovo piacevoli i contatti fisici come abbracci e carezze" e "Trovo piacevole l'attrazione fisica per un'altra persona".

2) La **Toronto Alexithymia Scale** (TAS-20, Bagby, Parker & Taylor, 1994; Versione Italiana a cura di Bressi e coll., 1996), questionario composto da 20 dichiarazioni in merito alle quali il soggetto deve esprimere la sua opinione, in base ad una scala Likert che assegna agli item un punteggio che può andare da 1 (= Per niente d'accordo) a 5 (= Completamente d'accordo). Un totale di 61 punti o maggiore è indicativo di alessitimia, una somma compresa fra 52 e 60 si colloca in una zona intermedia ("borderline"), mentre punteggi pari o inferiori a 51 indicano assenza di alessitimia (Melin, Thulesius & Persson, 2010).

Oltre al punteggio totale (TOT), lo strumento fornisce una misurazione rispetto a tre fattori:

**Fattore 1** ("difficoltà ad identificare le emozioni", DIF): difficoltà nell'identificare i propri sentimenti e nel distinguere le emozioni dalle sensazioni fisiche;

**Fattore 2** ("difficoltà a descrivere le emozioni", DES): difficoltà nel descrivere ed esprimere emozioni e sentimenti;

**Fattore 3** ("pensiero operatorio", PO): pensiero orientato verso l'esterno.

3) L'**Inventario della Competenza Sociale** (SCI, Galeazzi & Franceschina, 1995) è un questionario ideato per valutare le competenze sociali degli individui in differenti situazioni e contesti. Lo strumento si compone di 46 affermazioni espresse in prima persona, che riguardano atteggiamenti e comportamenti riguardo ai quali chi compila il questionario deve esprimere la propria posizione utilizzando una scala tipo Likert a cinque punti che va da 1 (= Non rappresenta per nulla me stesso) a 5 (=Rappresenta moltissimo me stesso).

Dal raggruppamento degli item emergono le sette sottoscale principali che compongono il test:



- **Empatia (E):** rileva la capacità di capire i sentimenti degli altri, di sentirsi partecipi e di immedesimarsi con i loro stati emotivi.
- **Sensibilità Sociale (SS):** esprime la considerazione del contesto, delle norme sociali e delle relazioni con gli altri, in particolare l'evitamento di comportamenti non appropriati e la motivazione a fare buona impressione.
- **Abilità di coping (AC):** descrive, sia dal punto di vista cognitivo che da quello comportamentale, il modo in cui l'individuo reagisce a situazioni che vive come stressanti, che lo mettono in difficoltà.
- **Autostima (AS):** corrisponde alla fiducia e opinione che si ha delle proprie capacità, assieme alla consapevolezza della stima che hanno di noi le figure significative.
- **Espressività sociale (ES):** indica una fluidità verbale, padronanza in svariati tipi di conversazioni, socievolezza e carisma nelle interazioni con gli altri.
- **Sensibilità Emozionale (SE):** rileva l'abilità personale nel recepire e nell'interpretare adeguatamente gli stati emotivi degli altri.
- **Automonitoraggio (AM):** designa la capacità di gestire e, se necessario, anche di mascherare i propri stati emotivi e le manifestazioni comportamentali in risposta alle peculiarità e alle richieste delle diverse situazioni, al fine di mantenersi in linea con l'accettazione sociale e con ciò che è considerato appropriato in un particolare contesto.

4) Il **Temperament and Character Inventory** (TCI, Cloninger, Przybeck & Svrakic, 1994) è un questionario autosomministrato per la valutazione della personalità così come concepita dal modello psicobiologico degli stessi autori (Cloninger, Svrakic e Przybeck, 1993). In accordo con tale prospettiva teorica, lo strumento valuta due dimensioni, il temperamento, che determina le propensioni nelle risposte istintive che diamo agli stimoli emozionali, e il carattere, che influenza le differenze individuali nel controllo del comportamento in funzione degli scopi e dei principi scelti (Boz, Gazioglu, Altunayoglu & Hocaoglu, 2007).

Il TCI si compone di 240 item ed elenca delle affermazioni che le persone potrebbero utilizzare per descrivere se stesse in termini di inclinazioni, convinzioni, interessi e sentimenti. Gli intervistati devono rispondere con “vero” o “falso” a seconda di quanto ritengono che ogni affermazione sia adatta a descriverli.

Nella batteria utilizzata nella ricerca è stata impiegata la versione 9, rivista nel 1992 (Cloninger, 1992). Lo strumento è progettato per cogliere le differenze individuali in ognuna

delle dimensioni principali della personalità, temperamento e carattere, a loro volta costituite da elementi subordinati che vengono descritti nella forma di un assortimento contrastante di aspetti del carattere (Svrakic et al., 2002).

Il temperamento si compone di quattro sottoscale principali, che indagano l'evitamento del danno (*Harm Avoidance*, HA), la ricerca della novità (*Novelty Seeking*, NS), la dipendenza dalla ricompensa (*Reward Dependence*, RD) e la persistenza (*Persistence*, P). Il carattere invece comprende tre sottoscale: l'auto-direzionalità (*Self-Directedness*, SD), la cooperatività (*Cooperativeness*, C) e l'auto-trascendenza (*Self-Transcendence*, ST).

E' stata somministrata anche una **scheda anamnestica**, per la raccolta di informazioni sul contesto familiare attuale e sul clima che ha caratterizzato l'infanzia del soggetto: in particolare, se l'infanzia e l'adolescenza sono state trascorse con entrambi i genitori, se vi sono state altre figure educative ritenute significative dal soggetto oltre a quelle genitoriali. Ulteriori aree di indagine consistevano nell'appurare la presenza, attuale o pregressa, di difficoltà scolastiche, di disagio psicologico del partecipante e/o di disturbi psichici nella famiglia dello stesso (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini). Era inoltre richiesto al soggetto di esprimere una valutazione sulla soddisfazione percepita nei suoi rapporti amicali, sentimentali e sessuali ed una valutazione sulla qualità dell'educazione ricevuta dalla figura paterna e materna.

Le analisi sono state effettuate tramite i programmi statistici SPSS 17.0 e AMOS.

## **Risultati**

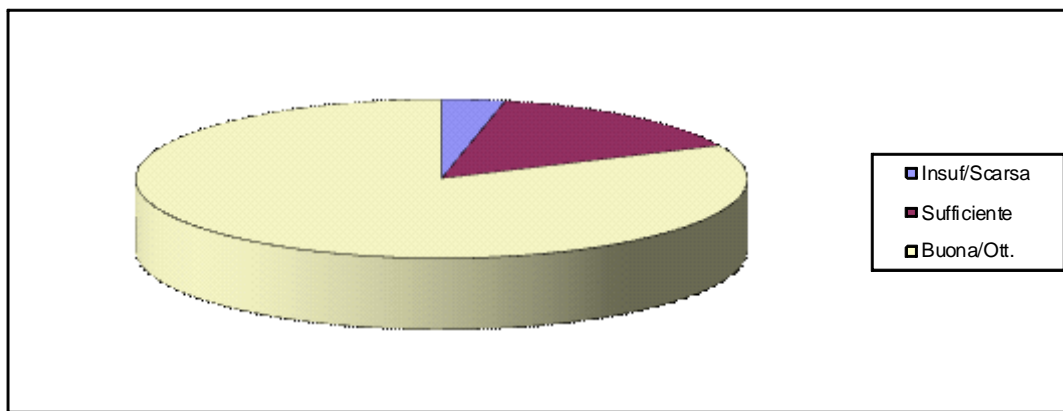
Per ciò che concerne le caratteristiche anamnestiche del campione (Scheda Anamnestica), dai dati raccolti emerge che l'83% dei soggetti ha trascorso l'infanzia con entrambi i genitori, il 16% dichiara l'assenza di uno dei genitori per morte o separazione. Il 94% dei partecipanti valuta l'educazione ricevuta dalla figura materna come buonissima o ottima, il 4% come discreta, solo il 2% come insufficiente. Per ciò che riguarda la figura paterna, l'educazione ricevuta viene considerata buonissima o ottima dall'83% del campione, il 10% la descrive discreta, il 7% come insufficiente. Il 25% del campione dichiara inoltre di aver affrontato in passato difficoltà scolastiche (bocciata, sospensione e/o cambio di percorso di studi).

Per quanto riguarda la soddisfazione nei rapporti interpersonali, l'81% dei soggetti valuta la soddisfazione nelle relazioni con i coetanei buona o ottima, il 15% sufficiente, il 4%

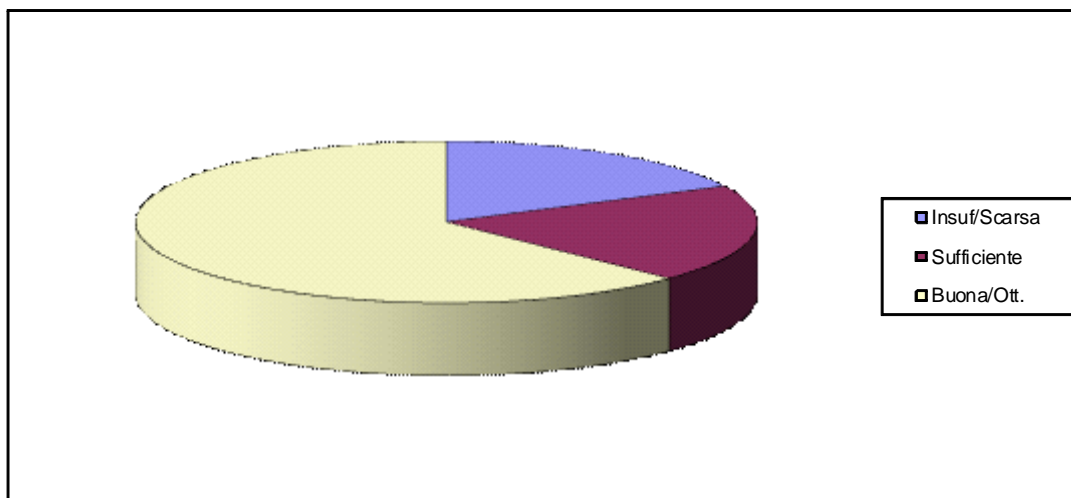
insufficiente (Fig. 1). Nei rapporti sentimentali, il 62% dei partecipanti dichiara una soddisfazione buona o ottima, il 19% sufficiente, il 18% insufficiente o scarsa (Fig. 2). La soddisfazione nei rapporti sessuali viene valutata insufficiente o scarsa dal 22% del campione, solo il 59% dei soggetti la valuta positivamente (buona o ottima; Fig. 3).

Il 17% del campione dichiara inoltre di soffrire di disturbi psicologici aspecifici (non associati a cure psichiatriche o psicologiche sistematiche); per ciò che riguarda la familiarità per patologie psichiatriche, il 9% riferisce familiarità positiva nella famiglia d'origine.

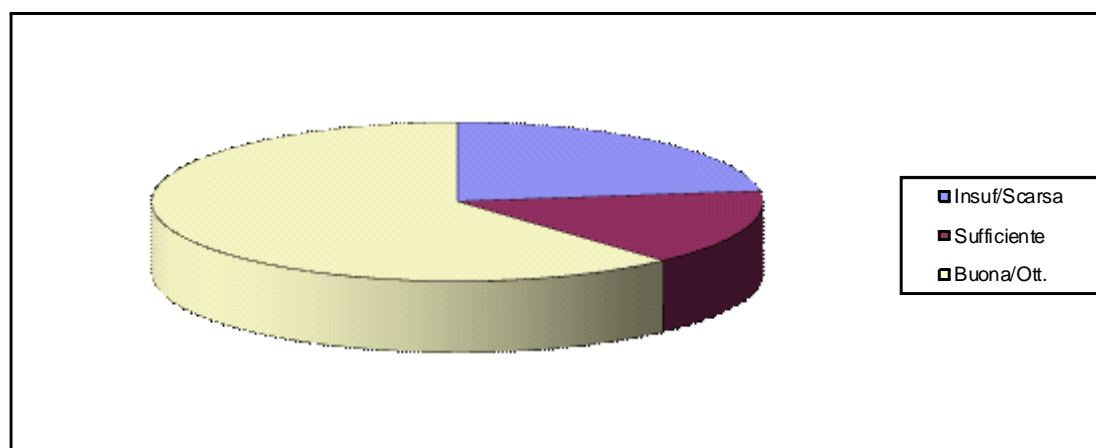
**Fig. 1:** *Soddisfazione percepita nei rapporti con i coetanei (N=236; Ottima 81%, Sufficiente 15%, Insufficiente 4%)*



**Fig. 2:** *Soddisfazione percepita nei rapporti sentimentali (N=236; Ottima 62%, Sufficiente 19%, Insufficiente 18%)*



**Fig. 3:** Soddisfazione percepita nei rapporti sessuali (N=236; Ottima 59%, Sufficiente 19%, Insufficiente 22%)



Da un'analisi preliminare sono emerse differenze significative nel punteggio Totale della TAS-20 e nella scala DIF tra soggetti di cittadinanza italiana e cittadinanza straniera (Anova Univariata; *TAS-TOT*: M stranieri=53,89 DS=±11,98 *versus* M italiani=48,44 DS=±11,07;  $F_{1,228}=4,172$ ;  $p<0,05$ ; *TAS-DIF*: M stranieri=18,58 DS=±6,1 *versus* M italiani=15,70 DS=±6,2;  $F_{1,228}=3,801$ ,  $p<0,05$ ). I punteggi più alti ottenuti dai soggetti stranieri sono probabilmente attribuibili a difficoltà nella comprensione del materiale testistico e delle istruzioni; i 19 soggetti di cittadinanza straniera sono stati quindi esclusi dalle analisi successive. Il campione risulta quindi costituito da 211 soggetti, 87 maschi, 124 femmine (età media=18,34, DS= ±0,55).

Si è quindi verificata la distribuzione dei punteggi ottenuti nei test e nelle loro sottoscale (TAS-20, SCI, TCI, SCHAPS) tramite il calcolo di asimmetria e curtosi. Dai risultati emersi, si evince una distribuzione omogenea alla normalità dei dati ottenuti in tutte le sottoscale degli strumenti utilizzati (valori minori di ± 1), ad eccezione dei punteggi ottenuti alla SHAPS (Tab. 1).

**Tab. 1:** Distribuzione dei punteggi del test SHAPS (asimmetria e curtosi)

	<b>Asimmetria</b>	<b>Err. Std Ass.</b>	<b>Curtosi</b>	<b>Err. Std Curtosi</b>
AnedCognitiva	<b>3,783</b>	,167	<b>27,425</b>	,333
AnedSociale	<b>2,150</b>	,167	<b>3,898</b>	,333
AnedFisica	<b>1,506</b>	,167	<b>1,764</b>	,333
SHAPSTot	<b>1,274</b>	,167	,944	,333

Il segno del valore dell'asimmetria della scala SCHAPS indicano che la maggior parte dei punteggi ottenuti dall'intero campione alla scala sono bassi, quindi non significativi da un punto di vista clinico.

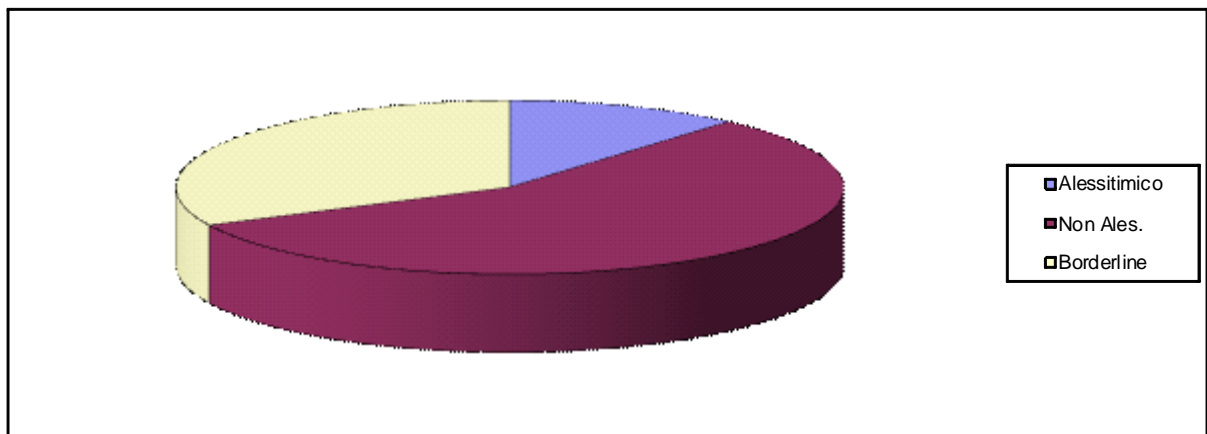
Le misure di tendenza centrale ottenute dal campione ai test utilizzati sono riportati in Tabella 2.

**Tab. 2:** Misure di tendenza centrale dell'intero campione (N=211) nei punteggi ai test somministrati (TAS-20, SCI, TCI, SHAPS)

	Minimo	Massimo	Media	Dev.Std
<b>TAS-20</b>				
TAS TOT	23,00	79,00	48,44	± 11,07
TAS DIF	7,00	34,00	15,69	± 6,19
TAS DES	5,00	25,00	14,04	± 4,44
TAS PO	8,00	35,00	18,71	± 5,03
<b>SCI</b>				
SCIEmpatia	7,00	35,00	23,66	± 5,23
SCISensSoc	7,00	35,00	22,41	± 6,08
SCIAbilCoping	14,00	35,00	27,04	± 4,46
SCIAutoStima	6,00	30,00	19,45	± 4,42
SCIEspSoc	7,00	34,00	20,36	± 5,72
SCISensEmoz	11,00	34,00	23,08	± 4,89
SCIAutoMonit	5,00	25,00	15,7	± 4,08
<b>TCI</b>				
TCI RD	1,00	24	14,35	± 4,42
TCI Pers	,00	8,00	4,38	± 2,13
TCI SD	4,00	42,00	26,53	± 7,21
TCI C	10,00	42,00	28,59	± 7,12
TCI ST	,00	31,00	13,48	± 6,34
TCI HA	,00	34,00	17,78	± 6,88
TCI NS	6,00	39,00	20,22	± 5,62
<b>SHAPS</b>				
AnedCognitiva	,00	8,00	0,53	± 0,85
AnedSociale	,00	3,00	0,34	± 0,71
AnedFisica	,00	6,00	0,87	± 1,25
SHAPSTot	,00	7,00	1,47	± 1,79

Per ciò che riguarda le percentuali dei soggetti classificabili come alessitimici (TAS TOT >60), non alessitimici (TAS TOT < 50) e borderline (punteggi compresi tra 50 e 60), il 12% del campione mostra punteggi superiori al cut-off (N=24); solo il 56% del campione ha ottenuto punteggi che consentono di escludere la presenza di caratteristiche alessitimiche (N=119), il 32% è classificabile come Borderline (N=68; Fig. 4). Nel campione totale si osserva anche una percentuale significativa di soggetti con deficit nel tono edonico: il 21% del campione, infatti, in base ai punteggi ottenuti alla SHAPS, può essere classificato come anedonico (N=50).

**Fig. 4:** Percentuale di soggetti classificabili come Alessitimici, non Alessitimici e Borderline (N=211; Alessitimici 12%, Borderline 32%)



Non sono emerse differenze statisticamente significative nel punteggio totale della TAS-20 tra maschi e femmine (T test per campioni indipendenti). Non sono emerse correlazioni statisticamente significative tra il punteggio totale della TAS-20 e la media dei voti scolastici e del voto in condotta autoriferiti dai soggetti (r di Pearson).

#### ***Correlazioni tra Alessitimia, temperamento, carattere e funzionamento interpersonale***

Sono state analizzate le correlazioni tra caratteristiche alessitimiche e caratteristiche temperamentali e caratteriali nel campione oggetto di studio (N=210; test parametrico r di Pearson; Tab. 3).

**Tab. 3:** Coefficienti di correlazione tra i punteggi della TAS-20 e del TCI (N=210; test parametrico r di Pearson)

	<b>TOT</b>	<b>DIF</b>	<b>DES</b>	<b>PO</b>
TCINS1	-,180**	-,084	-,187**	-,127
TCINS2	,149*	,067	-,035	,278**
TCINS3	-,070	-,034	-,092	-,032
TCINS4	,148*	,174*	,056	,062
<b>TCI NS Tot</b>	,024	,046	-,097	,082
TCIHA1	,242**	,314**	,279**	-,099
TCIHA2	,102	,152*	,130	-,077
TCIHA3	,162*	,100	,261**	,005
TCIHA4	,305**	,298**	,229**	,104
<b>TCI HA Tot</b>	,284**	,304**	,310**	-,023
TCIRD1	,042	,327**	,000	-,309**
TCIRD3	-,269**	-,013	-,396**	-,227**
TCIRD4	,003	,062	,014	-,083
<b>TCI RD Tot</b>	-,109	,182**	-,189**	-,296**
TCI Pers	-,108	,006	-,013	-,232**
TCISD1	-,390**	-,420**	-,248**	-,123
TCISD2	-,386**	-,379**	-,280**	-,137*
TCISD3	-,411**	-,397**	-,273**	-,178**
TCISD4	-,096	-,130	-,105	,042
TCISD5	-,374**	-,347**	-,229**	-,195**
<b>TCI SD Tot</b>	-,462**	-,468**	-,319**	-,160*
TCIC1	-,090	-,001	-,051	-,151*
TCIC2	-,268**	-,048	-,220**	-,336**
TCIC3	-,098	,057	-,058	-,235**
TCIC4	-,163*	-,058	-,066	-,229**
TCIC5	-,106	,113	,022	-,390**
<b>TCI C Tot</b>	-,199**	,009	-,095	-,365**
TCIST1	,166*	,385**	,060	-,161*
TCIST2	,007	,238**	-,055	-,228**
TCIST3	,052	,157*	-,009	-,070
<b>TCI ST Tot</b>	,094	,313**	,001	-,178**

\*\* p < 0,01 (2-code).

\* p < 0,05 (2-code).

Per ciò che riguarda le dimensioni temperamentali, il punteggio Totale della TAS-20 correla negativamente con la dimensione HA (Evitamento del Danno) e le sue sottoscale HA1 (pessimismo/ottimismo) e HA4 (affaticabilità/vitalità). Una correlazione negativa altamente significativa emerge anche con la sottoscala RD3 (attaccamento/distacco) della dimensione “Dipendenza dalla Ricompensa”. Anche la scala DIF della TAS-20 (“Difficoltà ad identificare le Emozioni”) mostra correlazioni negative altamente significative con la dimensione “Evitamento del Danno” (HA) e le sue sottoscale HA1 e HA4. Inoltre, si evidenzia una correlazione positiva con la sottoscala RD1 (sentimentalismo/insensibilità) della dimensione “Dipendenza dalla Ricompensa”. Le stesse correlazioni positive con il fattore HA e alcune delle sue sottoscale (HA1, HA2, HA4) si osservano anche per il secondo fattore della TAS-20, DES (“Difficoltà a descrivere le Emozioni”); la scala DES correla inoltre negativamente con la sottoscala RD3. Correlazioni differenti emergono invece per il terzo fattore PO (“Pensiero Operatorio”) della TAS-20: si evidenzia infatti una correlazione positiva altamente significativa con la sottoscala NS2 (impulsività/riflessività) della dimensione “Ricerca della Novità” e correlazioni negative con la dimensione RD e le sottoscale RD1 e RD3. Il fattore PO correla inoltre negativamente con la dimensione della Persistenza (Pers) del TCI.

Osservando le dimensioni caratteriali, si evidenziano correlazioni negative, altamente significative tra il punteggio Totale della TAS-20, le sue due sottoscale DIF e DES e la dimensione “Auto-Direzionalità” (SD TOT). In particolare, le due dimensioni DIF e DES e il punteggio Totale correlano negativamente con le sottoscale SD1 (responsabilità/colpevolizzazione degli altri), SD2 (risolutezza/assenza di scopi), SD3 (affidabilità/inaffidabilità) e SD5 (coerenza alla propria natura/cattive abitudini). La scala DIF correla inoltre positivamente con la dimensione di “Auto-Trascendenza” (ST TOT) e con le sue due sottoscale ST1 e ST2. Anche in questo caso, correlazioni differenti si osservano per il terzo fattore della TAS-20, “Pensiero Operatorio” (PO): la scala correla infatti negativamente con la dimensione della Coscienziosità del TCI (C TOT) e con alcune sue sottoscale (C2, empatia/insensibilità; C4 compassionevole/vendicativo; C5 purezza/opportunismo).

Sono state quindi calcolate le correlazioni tra le scale della TAS-20 e le scale sul funzionamento interpersonale (N=211; test parametrico r di Pearson; Tab. 4).



**Tab. 4:** Coefficienti di correlazione tra i punteggi della TAS-20 e SCI (N=210; test parametrico r di Pearson)

	TOT	DIF	DES	PO
SCIEmpatia	,057	,291**	,108	-,328**
SCISensSoc	,333**	,503**	,303**	-,154*
SCIAbilCoping	-,447**	-,484**	-,313**	-,112
SCIAutoStima	-,274**	-,278**	-,254**	-,037
SCIEspSoc	-,218**	-,045	-,279**	-,179**
SCISensEmoz	-,076	,105	-,128	-,183**
SCIAutoMonit	,026	,016	-,086	,114

\*\* p < 0,01 (2-code).

\*p < 0,05 (2-code).

Si osservano correlazioni negative altamente significative tra il punteggio Totale della TAS-20, le due sottoscale DIF e DES (“Difficoltà a riconoscere le Emozioni” e “Difficoltà a descrivere le Emozioni”) con le sottoscale “Abilità di Coping” e “Autostima”; correlazioni positive emergono, inoltre, con il fattore “Sensibilità Sociale”. Il punteggio Totale (TOT) e il fattore DES correlano negativamente con la scala “Espressività Sociale”, mentre il fattore DIF risulta correlato positivamente con la dimensione dell'Empatia.

Il fattore “Pensiero Operatorio” della TAS-20 (PO) correla negativamente con le dimensioni “Empatia”, “Espressività Sociale” e “Sensibilità Emozionale”.

### ***Alessitimia e anedonia***

Sono quindi state indagate le possibili correlazioni tra caratteristiche Alessitimiche e aspetti anedonici; vista la distribuzione non normale dei valori ottenuti alla SHAPS è stato utilizzato il test non parametrico rho di Spearman (N=211; Tab. 5).

**Tab. 5:** Coefficienti di correlazione tra i punteggi della TAS-20 e della SCHAPS (N=211; test non parametrico rho di Spearman)

	<b>TOT</b>	<b>DIF</b>	<b>DES</b>	<b>PO</b>
SHAPS Tot Brit.	,108	-,087	,015	,332**
SHAPS Tot Ital.	,137*	-,066	,041	,347**
Aned. Cognitiva	,140*	,001	,077	,240**
Aned. Sociale	,122	-,044	,133	,205**
Aned. Fisica	,113	-,067	,000	,332**

\*\* p < 0,01 (2-code).

\* p < 0,05 (2-code).

Si evidenziano correlazioni positive altamente significative tra il fattore “Pensiero Operatorio” della TAS-20 e il punteggio Totale della SCHAPS. Il fattore PO correla positivamente con tutte le sottoscale relative alla dimensione anedonica (anedonia sociale, cognitiva e fisica).

### **Temperamento e Alessitimia**

Si è quindi compiuta un'analisi di regressione multipla al fine di verificare l'ipotesi che le variabili temperamentali e caratteriali (TCI) siano in grado di predire l'Alessitimia (TAS-TOT); il modello di regressione è risultato significativo ( $F_{7,209} = 10,335$ ,  $p < 0,01$ ;  $R^2$  corretto = ,264). I coefficienti standardizzati  $\beta$  dei regressori (RD, HA, NS, Pers, SD, C, ST) e la loro significatività sono riportate nella Tabella 6.

**Tab. 6:** Coefficienti Standardizzati  $\beta$  delle regressioni dei fattori del TCI sul punteggio Totale della TAS20, TOT (Variabile Dipendente)

	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
TCI NS Tot	,022	,314	,754
TCI HA Tot	,169	2,290	<b>,023</b>
TCI RD Tot	-,217	-2,745	<b>,007</b>
TCI Pers	,015	,227	,821
TCI SD Tot	-,393	-4,936	<b>,000</b>
TCI C Tot	-,019	-,249	,804
TCI ST Tot	,083	1,223	,223

É possibile osservare che sono le dimensioni temperamentalì HA (“Evitamento del Danno”), RD (Dipendenza dalla Ricompensa”) e la dimensione caratteriale SD (Auto-Direzionalità) a risultare statisticamente significative nel modello di regressione multipla. In particolare, alto “Evitamento del Danno”, bassa “Dipendenza dalla Ricompensa” e bassa “Auto-Direzionalità” sono in grado di predire punteggi più alti alla TAS-20, spiegandone il 26% della varianza ( $R^2$  corretto=,264)

Si è quindi approfondita l'analisi per verificare quali variabili temperamentalì e caratteriali sono in grado di predire in maniera significativa i singoli fattori della TAS-20. I coefficienti standardizzati  $\beta$  dei regressori (RD, HA, NS, Pers, SD, C, ST) e la loro significatività sono riportate nella Tabella 7.

**Tab. 7:** *Coefficienti Standardizzati  $\beta$  delle regressioni dei fattori del TCI sui fattori della TAS-20 (DIF, DES, PO)*

	TAS- DIF	TAS- DES	TAS- PO
NS Tot	-,009	-,004	,065
RD Tot	,016	-,325**	-,209**
HA Tot	,126*	,251**	-,005
Pers Tot	,099	,073	-,157*
SD Tot	-,434**	-,288**	-,090
C Tot	,065	,102	-,220**
ST Tot	,205**	,018	-,082

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Bassa SD (“Auto-Direzionalità”), alto HA (“Evitamento del Danno”) e alta ST (Auto-Trascendenza) risultano predittori significativi del fattore DIF (“Difficoltà ad Identificare le Emozioni”); alto HA, bassa RD (“Dipendenza dalla Ricompensa”) e bassa SD sono invece i regressori risultati significativi per la variabile DES (“Difficoltà a descrivere le emozioni”).

Anche in questo caso, il fattore “Pensiero Operatorio” mostra caratteristiche differenti rispetto alle altre dimensioni misurate dalla TAS-20: infatti, i fattori risultati significativi nella regressione multipla sul punteggio PO sono bassa C (“Coscientificità”) bassa Pers (“Persistenza”) e bassa RD.

### *Alessitimia e funzionamento interpersonale*

Al fine di verificare l'ipotesi che le caratteristiche alessitimiche siano in grado di predire un peggiore funzionamento interpersonale, si è compiuta un'analisi di regressione dei tre fattori e del punteggio totale della TAS-20 sulle sottoscale del test SCI. I coefficienti standardizzati  $\beta$  dei regressori (TOT, DIF, DES, PO) e la loro significatività sono riportate nella Tabella 8.

**Tab. 8:** *Coefficienti Standardizzati  $\beta$  delle regressioni delle scale della TAS-20 sui fattori dello SCI ( \*\* $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$ )*

	<b>Emp.</b>	<b>Sen. Soc.</b>	<b>Abil. Cop.</b>	<b>Autostima</b>	<b>Esp. Soc.</b>	<b>Sens. Em.</b>	<b>Automon.</b>
TOT	,057	,333**	-,447**	-,274**	-,218*	-,076	,026
DIF	,290**	,462**	-,449**	-,205*	,113	,208**	,085
DES	,036	,123*	-,084	-,159*	-,397**	-,197*	-,155*
PO	-,349**	-,205**	-,074	,005	-,120	-,151*	-140*

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

È possibile osservare che sia il punteggio Totale della TAS-20 (TOT) che quelli delle due sottoscale DIF e DES sono in grado di predire più bassi punteggi nella scala “Autostima” e più alti nella scala “Sensibilità Sociale”.

Il punteggio Totale della TAS-20 è inoltre risultato un predittore significativo di più bassi punteggi nella scala “Abilità di Coping” ed “Espressività Sociale”.

La sottoscala DIF è risultato un predittore significativo di più alti punteggi nella scala “Empatia” e “Sensibilità Emozionale” e più bassi nella “Abilità di Coping”; viceversa, la sottoscala DES sembra predire in maniera significativa minore “Espressività Sociale” e “Sensibilità Emozionale”.

Anche in questo caso si osservano caratteristiche differenti per la sottoscala del “Pensiero Operatorio” della TAS-20: infatti, il punteggio PO risulta un predittore significativo di più bassi punteggi nelle scale “Empatia”, “Sensibilità Sociale”, “Sensibilità Emozionale” e di punteggi più alti nel fattore “Automonitoraggio”.

## Discussione

Dalle analisi descrittive condotte sul campione è possibile osservare come la frequenza dei soggetti che hanno ottenuto valori clinicamente significativi alla TAS-20 sia superiore rispetto a quella riportata dagli studi più recenti su popolazioni non cliniche italiane (Montebarocci e coll., 2004; Porcelli, 2008): il 12% dei soggetti, infatti, è classificabile come alessitimico, il 32% come borderline.

Emerge inoltre una discreta percentuale di partecipanti insoddisfatti dei rapporti sentimentali (18%) e di quelli sessuali (22%); il 17% dei soggetti dichiara malessere psicologico, anche se aspecifico (non associato a cure psichiatriche o psicologiche sistematiche).

Anche la percentuale di studenti anedonici (21%) risulta decisamente superiore rispetto a quella riportata in letteratura (Leung e coll., 2010). Tale risultato potrebbe in parte dipendere dalla scala utilizzata: la maggior parte di studi epidemiologici condotti, infatti, ha utilizzato scale psicometriche centrate solo sugli aspetti fisici dell'anedonia, non considerando, come la SHAPS, anche la dimensione cognitiva e sociale del costrutto.

Non emergono, invece, correlazioni significative tra caratteristiche alessitimiche minor rendimento scolastico.

Dall'analisi correlazionale tra la TAS-20 e la scala SCHAPS si evince una correlazione significativa positiva tra dimensione anedonica e Pensiero Operatorio (PO): l'incapacità soggettiva di provare piacere sembra coesistere ed accompagnare una tipologia operatoria di pensiero, caratterizzata da una povertà nell'immaginazione, nella simbolizzazione e nella capacità di rappresentazione astratta delle emozioni.

Tale correlazione conferma i dati osservati in campioni clinici con diagnosi di Schizofrenia (Maggini e coll., 2003), Disturbi del Comportamento Alimentare (Deborde e coll., 2006) e Depressione Maggiore (Loas e coll., 2008).

Dalle correlazioni tra caratteristiche alessitimiche e dimensioni temperamentali, si osserva una relazione significativa tra l'Evitamento del Danno e l'Alessitimia: sia il punteggio Totale della TAS-20 (TAS TOT) che le due sottoscale "Difficoltà ad identificare le emozioni" (DIF) e "Difficoltà a descrivere le emozioni" (DES), correlano positivamente con la scala HA e alcune sue sottoscale (HA1, HA3, HA4). Gli individui che tendono all'inibizione del comportamento, all'anticipazione degli eventi negativi, ad essere apprensivi e facilmente affaticabili mostrano livelli più elevati nel deficit alessitimico.

Sia il punteggio Totale della TAS-20 che la sua sottoscala DES correlano inoltre negativamente con la sottoscala RD3: tale sottoscala della dimensione della "Dipendenza alla

Ricompensa” si riferisce infatti alla scarsa tendenza all’espressione emotiva. La sottoscala DIF, invece, risulta correlata positivamente con la sottoscala RD1, riguardante la tendenza al sentimentalismo.

Correlazioni differenti si osservano tra dimensioni temperamentali e Pensiero Operatorio (scala PO): gli individui che tendono alla stravaganza (NS2), ad essere meno sentimentali e amichevoli (RD1, RD3) mostrano una maggiore tendenza ad adottare uno stile di pensiero concreto, orientato all’esterno. Tale stile di pensiero inoltre, risulta correlato negativamente con la dimensione della Persistenza, quindi con la capacità di perseverare e mostrare costanza nonostante frustrazione e fatica.

Per ciò che riguarda gli aspetti caratteriali, si evince una forte relazione negativa tra “Auto-Direzionalità” e caratteristiche alessitimiche: i soggetti che tendono ad avere meno obiettivi e ad essere costruttivi mostrano maggiori difficoltà a riconoscere e descrivere il loro vissuto emotivo. In particolare, dalle correlazioni con le sottoscale di questa dimensione, si evince che il deficit alessitimico è associato a meno affidabilità (SD3), minore autostima (SD5), minore efficacia personale (SD1) e maturità (SD2).

Anche in questo caso, la scala PO risulta correlata con caratteristiche caratteriali differenti: i soggetti meno cooperativi (Dimensione della “Cooperatività”), meno tolleranti verso gli altri, mostrano una maggior tendenza al pensiero concreto.

Analizzando le relazioni tra deficit alessitimico e funzionamento sociale ed interpersonale, si evince che i soggetti con maggiori difficoltà a riconoscere e descrivere il vissuto emotivo (TAS TOT, scale DIF e DES) tendono ad avere minore autostima, capacità di coping ed espressività sociale, intesa come capacità di padroneggiare diversi tipi di conversazione e di mostrarsi socievoli e carismatici nelle relazioni con gli altri. Il pensiero Operatorio, invece, risulta significativamente correlato con minore empatia, espressività sociale e sensibilità emozionale.

Per ciò che riguarda l’ipotesi che le variabili temperamentali e caratteriali possano predire le caratteristiche alessitimiche, dall’analisi di regressione multipla emergono come predittori significativi del punteggio Totale alla TAS-20 l’alto “Evitamento del Danno”, la bassa “Dipendenza dalla ricompensa” e la bassa “Auto-Direzionalità”.

Tale risultato conferma, almeno in parte, le evidenze empiriche osservate su soggetti affetti da psicopatologia. L’alto “Evitamento del Danno” è risultato il predittore di maggiori sintomi di somatizzazione e di ansia in pazienti affetti da Depressione Maggiore, oltre che correlato positivamente con l’Alessitimia (Conrad e coll., 2009). Correlazioni negative tra le dimensioni di “Dipendenza alla Ricompensa” e “Auto-Direzionalità” con le caratteristiche

alessitimiche sono state evidenziate in pazienti con disturbi dell'umore (Celite e coll., 2010) e su soggetti di sesso maschile con dipendenza da alcol (Evren e coll., 2008). Grabe e collaboratori (2001) hanno identificato, come predittori indipendenti dell'Alessitimia, alta HA, bassa RD e bassa SD in un campione di pazienti psichiatrici.

Per ciò che riguarda gli studi condotti su soggetti non affetti da psicopatologia, i risultati confermano quelli evidenziati da Picardi, Toni e Caroppo (2005) ma solo in parte quelli osservati da Lee e collaboratori (2010) su una popolazione di studenti universitari in cui la dimensione "Evitamento del Danno" non risultava un predittore significativo delle caratteristiche alessitimiche.

È da evidenziare che alta HA e bassa SD sono risultati degli indicatori generali di psicopatologia (Poustka e coll., 2007) e correlati ad una minore qualità della vita (Masthoff e coll., 2007). Inoltre, la dimensione della "Auto-Direzionalità" si è dimostrata un discreto predittore di disturbi di personalità (Morse, Pilkonis, 2007).

È possibile ipotizzare che le due dimensioni temperamentali di "Evitamento del Danno" e "Dipendenza dalla Ricompensa" possano costituire dei fattori di vulnerabilità per lo sviluppo di caratteristiche alessitimiche, se associate a percorsi di sviluppo individuale in grado di influenzare la dimensione caratteriale della "Auto-Direzionalità". Probabilmente la paura verso il proprio vissuto corporeo, percepito come pericoloso, la tendenza all'inibizione comportamentale e all'evitamento (HA) associato a scarsa sensibilità verso la ricompensa e il rinforzo sociale (RD) potrebbero predisporre ad una minore capacità di leggere e descrivere i propri vissuti emotivi.

Osservando le regressioni multiple sui singoli fattori della TAS-20, è possibile nuovamente evidenziare un diverso pattern temperamentale e caratteriale associato alla tendenza al Pensiero Operatorio (PO) rispetto a ciò che si osserva per il punteggio Totale della TAS-20 e delle due sottoscale "Difficoltà a identificare le emozioni" e "Difficoltà a descrivere le emozioni": risultano infatti predittori significativi una bassa "Dipendenza dalla Ricompensa" e una bassa "Coscientiosità".

Per ciò che riguarda l'ipotesi che le caratteristiche alessitimiche possano predire un peggior funzionamento interpersonale, dalle analisi di regressione è possibile osservare come il punteggio Totale della TAS-20 sia in grado di predire significativamente una maggiore sensibilità sociale, intesa come dipendenza dal contesto e tendenza a fare buona impressione, minori capacità di coping e livelli di autostima, minore espressività sociale. Anche le due sottoscale DIF e DES sono in grado di predire lo stesso pattern di comportamenti interpersonali, sebbene la "Difficoltà a identificare le emozioni" (DIF) sia in grado di predire

una maggiore empatia nel campione esaminato. Tale risultato non conferma le correlazioni evidenziate in letteratura tra Alessitimia e ridotte capacità empatiche (Moriguchi e coll., 2006). Questa osservazione potrebbe essere in parte spiegato tramite la distinzione proposta da alcuni Autori (Bara, Colle, Bosco, 2005) tra metacognizione in “prima e in terza persona”. Infatti, nella pratica clinica, si evidenzia come i soggetti che manifestano difficoltà nell’identificare i propri stati emotivi e mentali imparino a leggere abilmente quelli altrui per utilizzarli come “specchio”, ossia indicatori della appropriatezza dei propri comportamenti.

Tale stile relazionale, basato su una lettura esterna di sé, spiegherebbe anche il forte conformismo sociale risultato associato alle caratteristiche alessitimiche.

I risultati ottenuti consentono di ipotizzare che la scarsa conoscenza dei propri vissuti emotivi si rifletta in un senso di sé più confuso e labile, determinando minore autostima percepita dai soggetti e minore abilità di coping nel fronteggiare i problemi relazionali.

Il Pensiero Operatorio (PO) è invece risultato un predittore significativo di minore empatia, sensibilità sociale e automonitoraggio, inteso come capacità di gestire le proprie emozioni e i propri pensieri in risposta alle richieste delle diverse situazioni.

Ricerche future dovranno chiarire se le differenze osservate nelle correlazioni della scala PO rispetto a quelle identificate per le scale DIF e DES riflettano esclusivamente la sua debolezza psicometrica o se siano interpretabili come l’espressione di un costrutto più ampio, non ricollegabile esclusivamente a quello dell’Alessitimia.

I limiti del presente studio sono per lo più riconducibili alla tipologia di strumenti utilizzati, di tipo self-report, che potrebbero non cogliere totalmente i costrutti indagati.





## STUDIO II

### **Alessitimia, comportamenti stress-correlati e malessere psicologico in pazienti che hanno subito un intervento di rivascularizzazione miocardica**

#### **Introduzione**

Recentemente la ricerca sperimentale si sta interessando di come l'Alessitimia possa influenzare lo stato di salute degli individui; in particolare è possibile ipotizzare che la difficoltà a riconoscere, identificare, descrivere le proprie emozioni sia in grado di influenzare sia la “*patologia organica*”, sia il “*comportamento di malattia*”, ossia il dolore riferito, il tono dell'umore, la richiesta di cure e la compliance ai regimi terapeutici (Lumley, 2004).

L'Alessitimia è risultata associata a tutte le cause di mortalità (Kauhanen e coll., 1996); inoltre, sono emerse correlazioni tra caratteristiche alessitimiche e ipertensione (Jula e coll., 1999), infarto del miocardio (Kojima et al., 2001), spasmo coronarico (Numata e coll., 1998) e la malattia coronarica (Kauhanen e coll., 1996). Attualmente, la psicosomatica considera il costrutto dell'Alessitimia come un fattore di rischio in grado di interagire con altre variabili, quali, ad esempio, quelle genetiche, comportamentali e psicofisiologiche e non come un fattore di causalità lineare. Tuttavia, la maggior parte delle recenti ricerche sulle caratteristiche alessitimiche in campioni costituiti da pazienti cardiopatici hanno prevalentemente indagato le relazioni tra deficit nella sfera emotiva e reattività psicofisiologica, identificando correlazioni tra l'Alessitimia e una ridotta reattività autonoma sotto stress-indotto (Rozanski e coll., 1999, Neumann e coll., 2004, Bokeriia e coll., 2008). Si è osservato, inoltre, che nei soggetti alessitimici, rispetto ai non alessitimici, una rievocazione di eventi emozionali determina un minore aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, ma anche un ritorno dei valori pressori alla loro linea di base più lento e di minore entità. L'insorgenza dell'ipertensione potrebbe dunque essere l'esito di una ridotta capacità del sistema cardiovascolare di ripristinare un'attività di base di fronte a situazioni emotive non adeguatamente elaborate.

Valkamo e collaboratori (2001) hanno condotto uno studio su un campione di pazienti con patologia cardiaca per determinare la prevalenza e i correlati dell'Alessitimia presenti in esso. Da questa indagine è emerso che il costrutto non può essere collegato in modo specifico alle

malattie cardiovascolari, ma può modificarne l'espressione clinica. I risultati ottenuti, più che rivelare l'esistenza di un meccanismo fisiologico di base che colleghi le caratteristiche Alessitimiche e le patologie cardiovascolari, suggeriscono, invece, che l'Alessitimia sia associata ad una scarsa soddisfazione di vita e alla presenza di sintomi depressivi che i pazienti cardiopatici riferiscono.

Nel corso degli ultimi cinquant'anni, molti studi hanno analizzato le correlazioni esistenti tra i fattori di personalità, le caratteristiche comportamentali, i tipi di personalità, i disturbi psichiatrici e le patologie cardiache. Benché esistano comprovate evidenze sull'esistenza di un legame causale ad esempio con la depressione, il dibattito sul ruolo e l'importanza dei fattori di personalità e dei tratti del carattere nello sviluppo e nella manifestazione delle patologie cardiovascolari è ancora aperto (Razzini e coll., 2008).

Il modello comportamentale di *tipo A* (*type A behavior pattern – TABP*) è stato introdotto negli anni cinquanta da alcuni cardiologi americani. Jenkins, Rosenman e Friedman sostenevano l'ipotesi che uno dei fattori eziologici indipendenti della malattia cardiaca fosse una tipica modalità comportamentale ed emotiva di reagire ad alcuni stimoli ambientali (Friedman & Rosenman, 1959). Nella loro review, Pedersen e Denollet (2003) evidenziano come il TABP, originariamente, fosse stato definito in modo da non essere confuso con dei tratti di personalità, né come profilo stabile di personalità, anche se finì ben presto per essere etichettato come "*personalità di tipo A*". Friedman e Rosenman (1974) avevano ipotizzato che uno specifico stile comportamentale di risposta ad uno stress ambientale poteva essere un fattore di rischio indipendente per le malattie cardiovascolari. Nelle successive indagini, i ricercatori si sono riferiti al *Tipo A* mettendone in luce una volta le componenti comportamentali reattive (TABP), un'altra quelle disposizionali (*personalità di tipo A*).

Il TABP è stato oggetto di numerose indagini che però non sempre hanno dato esiti univoci. Infatti, sebbene nella popolazione generale gli studi condotti confermano la presenza di un'associazione tra malattia cardiaca e il *Tipo A*, molte ricerche condotte su soggetti ad alto rischio di malattia cardiovascolare, hanno disconfermato questo risultato (Jenkins e coll., 1976; Shekelle e coll., 1985).

In seguito a questi risultati contraddittori, la comunità scientifica ha cercato di conciliare i risultati positivi e negativi emersi dalla letteratura fino a concentrare l'attenzione su alcune componenti del TABP ritenute più influenti rispetto ad altre: l'*ostilità* e la *rabbia*.

Queste due componenti distinte sono state studiate in modo congiunto, come fossero un unico fattore di rischio cardiovascolare. In realtà, seppur concettualmente correlate, l'*ostilità* e la *rabbia* descrivono due sfumature diverse. La prima ha una connotazione più tipicamente

cognitiva, una sorta di orientamento pessimistico nei confronti della vita e degli altri verso i quali si nutre una sfiducia accompagnata da attacchi di ira e comportamenti aggressivi. La rabbia è, invece, considerata l'aspetto più emotivo dell'ostilità (Razzini e coll., 2008), essendo una emozione spiacevole. Generalmente, individui con ostilità provano sentimenti di rabbia, mentre le persone con alti livelli di rabbia non sono necessariamente caratterizzate da ostilità (Kubzansky e coll., 2005).

In una recente rassegna sui disturbi psicosomatici, Cosci (2012), partendo da costrutti tipicamente indagati in medicina psicosomatica, quali la personalità di Tipo A e D e l'Alessitimia, sottolinea come l'attuale rivoluzione delle ricerche in tale ambito sia centrata sulla tendenza a non considerare più la personalità come un elemento in grado di determinare patologie mediche, ma come un possibile fattore di mediazione o moderazione. Inoltre, alcuni costrutti psicologici normalmente considerati come dimensioni stabili e di tratto, potrebbero dimostrarsi sensibili a cambiamento in specifiche situazioni e popolazioni cliniche. Il rapporto tra deficit nella elaborazione delle emozioni e alcune caratteristiche di personalità e stili comportamentali, "classicamente" considerati fattori di rischio per lo sviluppo di patologie organiche come quelle cardiovascolari, richiede quindi ulteriori approfondimenti al fine di chiarire il loro possibile effetto di mediazione sul malessere psicologico ormai considerato in maniera unanime come una variabile in grado di influenzare lo stato di salute fisica degli individui.

La valutazione delle relazioni tra caratteristiche alessitimiche e comportamenti disfunzionali per il benessere psicofisico in pazienti con patologie organiche potrebbe inoltre consentire la programmazione di interventi riabilitativi più funzionali ed efficaci, centrati non solo sulla gestione dello stress e sulla educazione a stili di vita più salutari, ma anche sul riconoscimento delle emozioni, fondamentale per la messa in atto di stili di coping più adattivi (Pruneti, 2008). Infatti, ricerche recenti hanno evidenziato come l'efficacia di interventi riabilitativi standard nell'immediato post-operatorio sui pazienti cardiopatici sia di breve durata, suggerendo la possibilità di richiami a distanza di qualche settimana (Lie e coll., 2010; Yohannes e coll., 2010).

## **Obiettivi**

Obiettivo del presente studio è di indagare la presenza di caratteristiche Alessitimiche in una popolazione clinica costituita da soggetti con patologia cardiaca e che hanno subito un intervento di bypass aorto-coronarico e/o sostituzione/riparazione valvolare. In particolare, si intende verificare, a distanza di almeno un anno dall'evento patologico acuto:

- la frequenza dell'Alessitimia nel campione considerato,
- l'esistenza di una correlazione positiva tra caratteristiche Alessitimiche e malessere psicologico auto-riferito,
- l'esistenza di correlazioni positive tra caratteristiche Alessitimiche e comportamenti stress-correlati,
- l'ipotesi che i deficit nel riconoscimento e nella gestione del vissuto emotivo e i comportamenti stress-correlati predicano il malessere psicologico auto-riferito dai soggetti.

## **Campione**

Gli 85 soggetti componenti il campione (72 maschi e 13 femmine) sono stati selezionati tra quelli che avevano seguito, all'incirca 9-13 mesi prima, un programma di riabilitazione post-chirurgica di 2-3 settimane presso l'Unità Operativa di Riabilitazione Cardiovascolare del Centro "Santa Maria ai Servi" della Fondazione Don Carlo Gnocchi di Parma, un istituto che si occupa di riabilitazione funzionale per pazienti cerebrolesi e motulesi e di prevenzione e riabilitazione cardiologica. L'Unità Operativa di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare accoglie pazienti provenienti dalle Unità Operative di Cardiocirurgia e dai Reparti di Dipartimento del Cuore di Parma e provincia.

Sono stati selezionati solo i soggetti che avevano subito, nei giorni precedenti al ricovero nella struttura, un intervento di bypass aorto-coronarico (*BPAC*; N=63) o di riparazione/sostituzione valvolare (*SVA*; N=22). L'età dei soggetti reclutati è compresa tra i 42 e 79 anni (M=68,35; DS= ±9,81).

Ulteriori caratteristiche cliniche e anamnestiche del campione sono riportate nei Risultati dello studio.

## Procedura

Nel periodo tra Novembre 2010 e Febbraio 2011, sono stati riesaminati i fogli di consulenza psicologica di tutti i soggetti che avevano seguito un ciclo di riabilitazione cardiovascolare presso la struttura, in un arco di tempo compreso tra Ottobre 2009 e Maggio 2010.

La riabilitazione psicologica eseguita durante il ricovero presso la struttura, ha previsto la partecipazione, da parte dei soggetti, ad attività di *counselling di gruppo* coordinati dalla psicologa del reparto, aventi come oggetto la prevenzione e la gestione dello stress e degli altri fattori di rischio psicosociali per la malattia cardiovascolare.

Sono stati esclusi i soggetti che avevano subito altri tipi di interventi cardiocirurgici (ad esempio, *angioplastica coronarica PTCA* o *intervento coronarico percutaneo PCI*) o entrambi gli interventi selezionati (BPAC+SVA), i soggetti di età superiore ai 90 anni, i soggetti con difficoltà cognitive (per i quali, ad esempio, era stata prevista, durante la degenza, la somministrazione del *Mini-Mental State Examination*; MMSE; Folstein e coll., 1975), i soggetti affetti da parkinsonismo e gli stranieri con scarsa comprensione della lingua italiana scritta e parlata.

Prima del recupero dei numeri telefonici dai registri di dimissione dell'Unità Operativa di Cardiologia, si è provveduto a contattare telefonicamente i soggetti o i loro familiari, residenti nella zona di Parma e provincia. Nel corso della telefonata i soggetti sono stati informati sulle finalità della ricerca in corso presso la struttura e, dopo il consenso alla partecipazione, è stato concordato un incontro con ognuno (della durata di circa 45-55 minuti ciascuno) presso la sede del Servizio di Psicologia dell'Unità Operativa di Riabilitazione Cardiovascolare.

## Materiale e Metodo

Nel corso dell'incontro concordato telefonicamente, dopo la firma del consenso informato, si è proceduto alla somministrazione di un protocollo composto da:

1) **Scheda 1** – Dati generali del soggetto (sesso, data di nascita/età, luogo di nascita, titolo di studio/scolarità, professione, stato civile, data della somministrazione, tipo di intervento subito, data di dimissione dalla struttura, tempo intercorso dalla dimissione in mesi, lista dei farmaci assunti).

2) **Scheda 2** – Anamnesi, composta da tre domande in cui è stato chiesto al soggetto se, dopo le dimissioni dalla struttura:

- Avesse avuto “*altre ricadute*” (se sì di che tipo; la data di eventuali altri ricoveri; ulteriori trattamenti farmacologici);
- Avesse riportato “*altre patologie di natura fisica*” (ad esempio diabete, fratture, ricoveri, ecc.);
- Ci fossero stati “*eventi significativi importanti*” (ad esempio lutti, traumi, eventi inattesi, ecc.).

3) **Symptom Questionnaire; SQ** (Kellner, 1987). Il Symptom Questionnaire è un questionario di autovalutazione che deriva dall’elenco originale dei sintomi da cui è stato costruito, il *Symptom Rating Test* (Kellner, Scheffield, 1973). È costituito da 92 item a risposta dicotomica (“*sì/no*”) di cui 68 si riferiscono a diversi sintomi (che costituiscono le sottoscale dei sintomi) e 24 indicano situazioni di benessere (che costituiscono le sottoscale del benessere) contrarie ad alcuni sintomi.

Il *Symptom Questionnaire* è composto da 4 scale principali e da 8 sottoscale. Le 4 scale principali sono basate sull’analisi fattoriale di sintomi psicologici, quali: *ansia, depressione, somatizzazione, ostilità*.

Le 8 sottoscale si suddividono in 4 sottoscale relative agli stati di benessere, alla presenza di emozioni e comportamenti positivi e 4 sottoscale sintomatologiche. Le sottoscale relative agli stati di benessere, composte da 6 item ciascuna, sono: *contentezza* (c), *rilassatezza* (r), *socievolezza* (s), *benessere fisico* (bf). Le sottoscale sintomatologiche, formate invece da 17 item ciascuna, sono: *sintomi depressivi* (sd), *sintomi ansiosi* (sa), *sintomi di rabbia e ostilità* (sr), *sintomi somatici* (ss).

Dalla somma delle sottoscale corrispondenti si ottengono le 4 scale principali:

- *ansia* (A): ansia/incapacità di rilassarsi;
- *depressione* (D): depressione/difficoltà a essere sereno;
- *somatizzazione* (S): sintomi somatici/assenza di benessere fisico;
- *rabbia-ostilità* (O): ostilità/mancanza di buona disposizione verso gli altri.

Le suddette scale possono avere un punteggio che varia da 0 a 23, con un valore soglia uguale a 4.

Per quanto riguarda la somministrazione, esistono tre versioni del questionario: quella oraria, quella giornaliera e quella settimanale, che si riferiscono allo stato psicologico rispettivamente dell'ora, del giorno e della settimana precedente la somministrazione del test. Il questionario è stato etero-somministrato nella versione settimanale.

4) **Pisa Stress Questionnaire; PSQ** (Pruneti, 2002). Il PSQ è uno strumento che valuta la presenza di stili di vita disfunzionali e comportamenti stress-correlati che possono essere un rischio per la salute. Nel dettaglio, gli item delineano:

1. Comportamenti caratteristici di individui con elevati livelli di stress, assimilabili ad alcuni pattern distintivi della configurazione di personalità di Tipo A (Friedman e Rosenman, 1974) quali, ad esempio, l'ostilità, la competitività, l'ambizione, l'urgenza, la difficoltà ad esprimere i propri sentimenti;
2. Disturbi legati a situazioni stressanti, come insonnia e calo del desiderio;
3. Condotte dettate dal bisogno di autocontrollo quasi ossessivo.

I fattori principali del questionario sono 6 e, in caso di punteggi elevati (da 7 a 9 stanine), corrispondono alle seguenti descrizioni:

- *Senso di responsabilità* (SR): item che indagano la tendenza del soggetto a prendere la vita e le sue incombenze troppo sul serio, con particolare attenzione per il livello di impegno dedicato al lavoro o alle attività svolte.
- *Vigore* (V): sensazione del soggetto di possedere vitalità, energia e resistenza allo stress anche più delle altre persone;
- *Disturbi da stress* (DS): presenza di difficoltà e sintomi riconducibili a reazioni da stress, come insonnia o calo dell'interesse sessuale;
- *Precisione e puntualità* (PP): item riguardanti comportamenti che si contraddistinguono per l'accuratezza, la scrupolosità o la puntualità del soggetto;
- *Tempo libero* (TL): item che indagano comportamenti relativi alla cura della persona e la capacità di rilassarsi;
- *Iperattività* (I): item relativi alla presunzione di possedere una buona resistenza alla fatica in casi di attività eccessiva.

Lo strumento è formato da 32 item a risposta obbligata, 16 dei quali prevedono una risposta dicotomica ("sì/no"), 15 propongono tre opzioni di risposta ("spesso/talvolta/mai") ed uno richiede al soggetto di confrontare il proprio comportamento con quello della popolazione in



generale. Oltre ai punteggi riferibili ai 6 fattori, si ottiene anche un punteggio totale (TOT) che corrisponde all'indice complessivo sulla la presenza di stili di vita disfunzionali, stress-correlati e indicativi di rischio psicofisiologico per il soggetto (Pruneti, 2008). Il questionario è stato prevalentemente auto-somministrato, con qualche eccezione in cui è stato invece etero-somministrato.

5) **Toronto Alexithymia Scale; TAS-20** (Bagby, Parker & Taylor, 1994; Versione Italiana a cura di Bressi e coll., 1996). La TAS-20, per la valutazione delle caratteristiche alessitimiche, è un questionario composto da 20 dichiarazioni in merito alle quali il soggetto deve esprimere la sua opinione, in base ad una scala Likert che assegna agli item un punteggio che può andare da 1 (= Per niente d'accordo) a 5 (= Completamente d'accordo). Un totale di di 61 punti o maggiore è indicativo della presenza di caratteristiche alessitimiche, una somma compresa fra 51 e 60 si colloca in una zona intermedia ("borderline"), mentre punteggi pari o inferiori a 50 indicano assenza di Alessitimia (Melin, Thulesius & Persson, 2010).

Oltre al punteggio totale (TOT), lo strumento fornisce una misurazione rispetto a tre fattori:

- **Fattore 1** ("difficoltà ad identificare le emozioni", DIF): difficoltà nell'identificare i propri sentimenti e nel distinguere le emozioni dalle sensazioni fisiche;
- **Fattore 2** ("difficoltà a descrivere le emozioni", DES): difficoltà nel descrivere ed esprimere emozioni e sentimenti;
- **Fattore 3** ("pensiero operatorio", PO): pensiero orientato verso l'esterno.

La scala è stata generalmente auto-somministrata, con qualche eccezione per i soggetti più anziani per i quali si è provveduto all'etero-somministrazione.

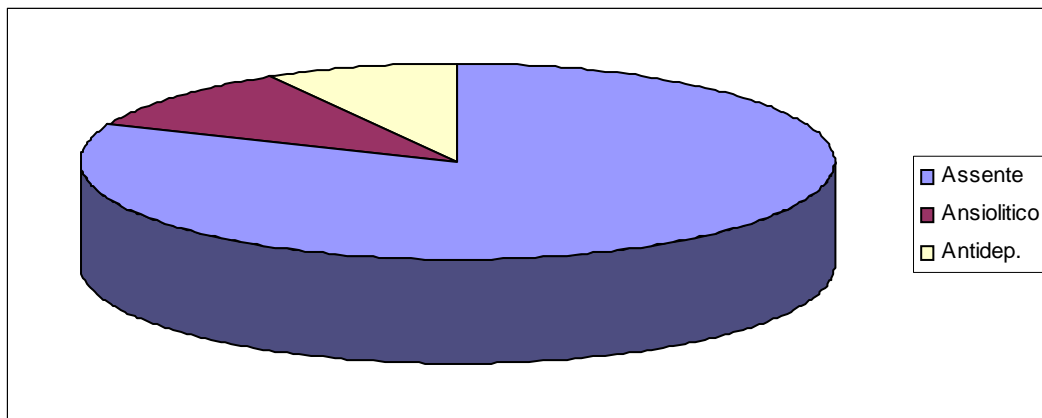
Nonostante siano stati raccolti 85 protocolli validi, sono presenti alcuni dati mancanti relativi ai test PSQ (Mancanti N=14) e TAS-20 (Mancanti N=15), dovuti ad una maggiore difficoltà di comprensione degli item e all'effetto della stanchezza nella compilazione da parte dei soggetti più anziani.

Le analisi sono state effettuate tramite il programma statistico SPSS 17.0.

## Risultati

Per ciò che concerne le caratteristiche cliniche e anamnestiche del campione (Scheda 1 e 2), dai dati raccolti emerge che l'81% dei soggetti non impiega alcun tipo di psicofarmaco; il 10% dichiara di fare uso di ansiolitici (*benzodiazepine* quali *Xanax*, *Lexotan*, *Valium*, *Tavor* o derivati benzodiazepinici quali *Minias* e *Halcion* sono quelli nominati più di frequente); l'8% utilizza antidepressivi (*triciclici* come il *Tofranil*, *derivati ciclici* come il *Trittico*, *inibitori selettivi della ricaptazione della Serotonina SSRI* come *Prozac* e *Zoloft*). Alcuni soggetti hanno affermato di fare uso sia di farmaci ansiolitici che di antidepressivi, mentre altri hanno dichiarato di farne uso solo "al bisogno" (ad esempio, l'assunzione di ansiolitico in situazioni di forte agitazione o per dormire; Fig. 1).

**Fig.1:** *Uso di psicofarmaci nel campione (81% assente, 10% ansiolitici, 8% antidepressivi)*



Per quanto riguarda le *ricadute* post-intervento (con o senza ulteriori ricoveri e variazioni della terapia farmacologica), il 90% dei soggetti ha dichiarato di non aver avuto nessuna ricaduta legata a problematiche cardiovascolari, mentre circa il 10% ha risposto affermativamente.

Alla domanda se si fossero verificati, nell'arco di tempo trascorso dalla dimissione, ulteriori *eventi significativi* (ad es. lutti, traumi, forti stress, ecc.) che il soggetto reputasse importanti, l'86% del campione ha risposto negativamente, mentre solo il 14% ha riportato di aver vissuto esperienze considerevoli.

Il 29% ha dichiarato di aver riportato *altre patologie* di natura fisica (come diabete, fratture, ricoveri o altri interventi) nel tempo trascorso dalla dimissione dalla struttura riabilitativa fino al momento del follow-up, mentre il 71% ha risposto negativamente.

Da un'analisi preliminare non sono emerse differenze significative (test non parametrico di Mann-Whitney) nei punteggi ottenuti ai test utilizzati nello studio tra pazienti che avevano subito un intervento di bypass aorto-coronarico (BPCA, N=63) e coloro che si erano sottoposti ad una sostituzione o riparazione valvolare (SVA, N=22) né tra coloro che riferivano altri eventi significativi nell'ultimo anno trascorso dall'intervento (N=12) e i pazienti che non dichiaravano altri fattori traumatici e/o fortemente stressanti (N=73).

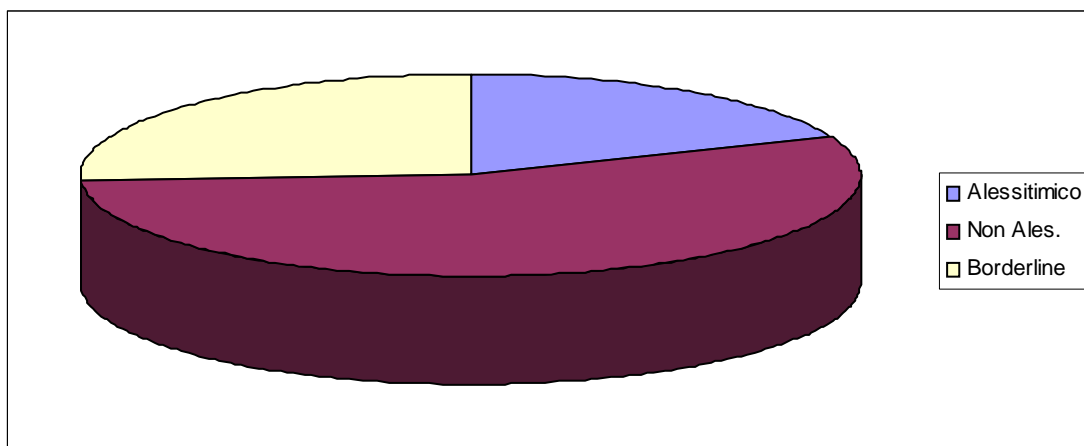
Le analisi successive sono state perciò condotte sui punteggi ottenuti dall'intero campione.

Si è quindi verificata la distribuzione dei punteggi ottenuti nei test e nelle loro sottoscale (TAS-20, PSQ, SQ) tramite il calcolo di asimmetria e curtosi. Dai risultati emersi, si evince una distribuzione non normale dei dati ottenuti in molte delle sottoscale degli strumenti utilizzati (valori maggiori di  $\pm 1$ ). Per le successive analisi correlazionali è stato quindi impiegato il test non parametrico rho di Spearman.

Per le successive analisi di regressione, si è approfondita l'analisi della distribuzione de dati dei punteggi totali ottenuti ai tre test (TAS TOT, PSQ TOT, SQ TOT) tramite test di Kolmogorov-Smirnov: il test risulta non significativo per tutti e tre i punteggi (TAS TOT:  $Z=,626$ ,  $Sig.=,828$ ; PSQ TOT:  $Z=,668$ ,  $Sig.=,763$ ; SQ TOT:  $Z=,1,030$ ,  $Sig.=,239$ ) evidenziando una distribuzione dei dati che si approssima alla normalità.

Per ciò che concerne le caratteristiche alessitimiche, il 15% dei soggetti mostra punteggi superiori al cut-off alla TAS-20 (TOT >60; N=13), il 46% del campione può essere classificato come non alessitimico (TAS TOT < 50; N=39), il 21% come Borderline (punteggi compresi tra 50 e 60; N=18; Fig. 2).

**Fig. 2:** Percentuali di soggetti alessitimici (15%), non alessitimici (46%) e borderline (21%) nel campione



Le misure di tendenza centrale ottenute dal campione ai test utilizzati sono riportate nelle Tabelle 1, 2, 3.

**Tab. 1:** *Misure di tendenza centrale del campione (N=70) nei punteggi della TAS-20 e nelle sottoscale*

	T AS DIF	T AS DES	TAS PO	TAS TOT
<b>Moda</b>	13,51	12,83	22,61	48,96
<b>Mediana</b>	11,50	13,00	23,00	48,00
<b>Moda</b>	7	17	24	51
<b>Dev. St.</b>	6,63	4,81	5,32	11,93
<b>Minimo</b>	7	5	11	23
<b>Massimo</b>	33	22	38	77

Il valore medio ottenuto dall'intero campione alla TAS-20 si colloca appena al di sotto del valore considerato di interesse clinico (Borderline; TAS TOT > 51).

**Tab. 2:** *Misure di tendenza centrale del campione (N=71) nei punteggi del PSQ e nelle sottoscale*

	PSQ SR	PSQ V	PSQ DS	PSQ PP	PSQ TL	PSQ I	PSQ TOT
<b>Media</b>	7,77	3,32	3,17	5,15	1,72	4,86	28,15
<b>Mediana</b>	8,00	4,00	3,00	6,00	2,00	5,00	29,00
<b>Moda</b>	10	4	3	6	2	5	31
<b>Dev. St.</b>	2,43	2,26	1,83	1,46	1,67	1,65	5,91
<b>Minimo</b>	2	0	0	1	0	0	12
<b>Massimo</b>	10	8	8	6	6	8	42

Le misure di tendenza centrale delle dimensioni principali del PSQ, nel complesso, non risultano clinicamente significative. Il punteggio medio grezzo, infatti, è stato riconvertito in punti standardizzati (stanine). Risulta significativo solo il punteggio medio del campione nella sottoscala Precisione e Puntualità (PP=7 stanine).

**Tab. 3:** Misure di tendenza centrale del campione (N=82) nei punteggi del PSQ e nelle sottoscale

	SQ A	SQ D	SQ S	SQ O	SQ TOT
<b>Media</b>	3,18	3,43	5,71	3,28	15,61
<b>Mediana</b>	2,00	2,00	5,00	2,50	13
<b>Moda</b>	1	0	0	0	1
<b>Dev. St.</b>	3,62	3,76	4,68	3,37	1,24
<b>Minimo</b>	0	0	0	0	0
<b>Massimo</b>	16	17	18	15	54

Le misure di tendenza centrale delle scale dell'SQ, nel complesso, non risultano clinicamente significative, con la sola eccezione della scala S (Sintomi Somatici) che è leggermente superiore al valore soglia (cut-off = 4).

Quindi sono state analizzate le correlazioni tra caratteristiche Alessitimiche, disagio psicologico e comportamenti stress-correlati (test non parametrico rho di Spearman; Tab. 4, 5, 6).

**Tab. 4:** Coefficienti di correlazione tra i punteggi della TAS-20 e dell'SQ (N=70; test non parametrico rho di Spearman)

	SQ A	SQ D	SQ SS	SQO
<b>TAS DIF</b>	,405**	,377**	,368**	,252*
<b>TAS DES</b>	,149	,141	,182	,263*
<b>TAS PO</b>	,095	,244*	,272*	,189
<b>TAS TOT</b>	,328**	,360**	,392**	,312**

\* p < 0,05 (2-code).

\*\*p < 0,01 (2-code).

Si evidenziano correlazioni altamente significative tra il punteggio Totale della TAS-20 e tutte le dimensioni di malessere psicologico (Ansia, Depressione, Ostilità e Sintomi Somatici). Tra le caratteristiche Alessitimiche, la difficoltà a riconoscere le emozioni (DIF) sembra essere quella maggiormente associata al disagio auto-riferito. Il pensiero orientato all'esterno (DES) appare inoltre correlato alla tendenza a esprimere sintomi depressivi ed ostilità nelle relazioni interpersonali (scala D e O).

**Tab. 5:** Coefficienti di correlazione tra i punteggi del PSQ e della TAS-20 (N=68; test non parametrico rho di Spearman)

	PSQ SR	PSQ V	PSQ DS	PSQ PP	PSQ TL	PSQ I	PSQ TOT
<b>TAS F1</b>	,136	-,160	,184	-,051	,235	,107	,173
<b>TAS F2</b>	,067	,122	,228	,046	,202	,188	,351**
<b>TAS F3</b>	,042	-,174	,191	-,010	,092	-,056	,063
<b>TAS TOT</b>	,119	-,108	,264*	-,010	,240*	,096	,272*

\*p < 0,05 (2-code).

\*\*p < 0,01 (2-code).

Per ciò che riguarda la relazione tra Alessitimia e comportamenti e stili di vita stress-correlati, si osservano correlazioni positive tra il punteggio Totale della TAS-20 e alcune scale del PSQ, oltre che con il suo punteggio Totale: i soggetti che tendono a manifestare più difficoltà nel riconoscere e descrivere il proprio vissuto emotivo tendono a riferire maggiori comportamenti di stress, in particolare, maggiori sintomi da stress quali calo dell'interesse sessuale (DS) e difficoltà a rilassarsi (TL; Tab. 5).

Sono state inoltre considerate le possibili correlazioni tra stili di vita disfunzionali (PSQ) e malessere psicologico (SQ; test non parametrico rho di Spearman, Tab. 6).

**Tab. 6:** Coefficienti di correlazione tra i punteggi del PSQ e dell'SQ (N=71; test non parametrico rho di Spearman)

	SQ A	SQ D	SQ SS	SQ O	SQ TOT
<b>PSQ SR</b>	,134	,051	-,025	,220	,065
<b>PSQ V</b>	-,172	-,368**	-,212	-,063	-,237*
<b>PSQ DS</b>	,324**	,452**	,376**	,308**	,469**
<b>PSQ PP</b>	-,214	-,181	-,117	-,037	-,166
<b>PSQ TL</b>	,217	,471**	,307**	,337**	,405**
<b>PSQ I</b>	,019	,091	,041	,329**	,159
<b>PSQ TOT</b>	,203	,209	,117	,453**	,294*

\*p < 0,05 (2-code).

\*\*p < 0,01 (2-code).

Oltre a correlazioni positive tra il punteggio Totale del PSQ e dell'SQ e la sua sottoscala dei sintomi di Ostilità (O), si evidenziano correlazioni altamente significative tra i disturbi psicofisiologici di stress (DS) e tutte le dimensioni sintomatologiche di malessere psicologico.

Sono quindi state effettuate le analisi di regressione lineare tra il punteggio Totale del PSQ (variabile indipendente) e il punteggio Totale dell'SQ (variabile dipendente) e tra il punteggio Totale della TAS-20 (variabile indipendente) e il punteggio Totale dell'SQ (variabile dipendente); entrambe sono risultate significative ( $F_{1,69} = 5,99$ ,  $p < 0,05$ ;  $F_{1,68} = 15,74$ ,  $p < 0,01$ ). I coefficienti standardizzati  $\beta$  delle regressioni lineari sono riportate nelle Tabelle 7 e 8.

**Tab. 7:** *Coefficiente Standardizzato  $\beta$  della regressione lineare del punteggio Totale dell'PSQ sul punteggio Totale dell'SQ (Variabile Dipendente)*

	<b>R<sup>2</sup> corretto</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>PSQ TOT</b>	,067	,283	2,449	<b>,017</b>

**Tab. 8:** *Coefficiente Standardizzato  $\beta$  della regressione lineare del punteggio Totale della TAS-20 sul punteggio Totale dell'SQ (Variabile Dipendente)*

	<b>R<sup>2</sup> corretto</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>TAS TOT</b>	,176	0,43	3,967	<b>,000</b>

Sia i comportamenti stress-correlati (PSQ TOT) che le caratteristiche Alessitimiche (TAS-20 TOT) sono quindi in grado di predire in maniera significativa il disagio psicologico complessivo auto-riferito dai soggetti. In particolare, il punteggio totale alla TAS-20 spiega circa il 17% della varianza dell'SQ ( $R^{2\text{corretto}} = ,176$ ).

Si è quindi compiuta un'analisi di regressione multipla al fine di verificare l'ipotesi che le caratteristiche Alessitimiche, insieme ai comportamenti stress-correlati, siano in grado di predire i sintomi di malessere psicologico; il modello di regressione è risultato significativo ( $F_{2,66} = 8,905$ ,  $p < 0,01$ ;  $R^2$  corretto = ,191). I coefficienti standardizzati  $\beta$  dei due regressori (TAS TOT e PSQ TOT) e la loro significatività sono riportate nella Tabella 9.

**Tab. 9:** *Coefficienti Standardizzati  $\beta$  delle regressioni del punteggio della TAS-20 e del PSQ sul punteggio Totale dell'SQ (Variabile Dipendente)*

	$\beta$	t	Sig.
<b>TAS TOT</b>	,396	3,453	<b>,001</b>
<b>PSQ TOT</b>	,152	1,325	,190

È possibile osservare che nel modello di regressione multipla, il PSQ perde il suo effetto sul punteggio Totale dell'SQ ( $\beta=,152$ , non significativo); come confermato dal Sobel Test (Sobel Test=2;  $p<0,05$ ), il punteggio Totale della TAS-20 media completamente l'effetto dei comportamenti stress-correlati (PSQ) sul malessere psicologico auto-riferito (SQ).

## **Discussione**

Dai risultati della ricerca è possibile trarre una sorta di istantanea, a distanza di un anno, delle caratteristiche psicologiche e di alcuni stili comportamentali dei pazienti che hanno subito un intervento cardiologico.

L'analisi descrittiva mostra che una modesta percentuale di soggetti (16%) ha avuto bisogno di una terapia psicofarmacologica di sostegno per la gestione degli stati ansiosi e/o depressivi che possono manifestarsi nel post-operatorio e che potrebbero influire negativamente sul recupero della funzionalità psicofisica e sul benessere soggettivo percepito dal soggetto. Più del 90% del campione non dichiara ricadute nell'ultimo anno e il 14% dei soggetti riferisce eventi significativi che, tuttavia, non sembrano influenzare il malessere psicologico riferito o l'adozione di comportamenti disfunzionali.

I risultati dello studio evidenziano una percentuale piuttosto alta di soggetti che presentano caratteristiche Alessitimiche (15% Alessitimici, 21% borderline); inoltre, il valore medio dell'intero campione al Totale della TAS-20 si avvicina a quello considerato significativo da un punto di vista clinico ( $M=48,96$ ). Nel complesso, il campione non si caratterizza per sintomi psicologici significativi, ad eccezione dei sintomi somatici, il cui valore medio supera la soglia considerata di rilevanza clinica (SQ scala S,  $M=4,68$ ). Il campione presenta inoltre alcune caratteristiche riconducibili a stili di vita disfunzionali e a comportamenti stress-correlati, in particolare i soggetti tendono ad una eccessiva precisione e scrupolosità (PSQ scala PP;  $M=5,15$  Punteggio Stanine=7).

Dalle correlazioni emerge una relazione significativa tra le dimensioni Alessitimiche e il disagio psicologico riferito: i soggetti che mostrano maggiori punteggi alla TAS-20



riferiscono maggiori sintomi di malessere psicologico (Ansia, Depressione, Sintomi Somatici, Ostilità).

I soggetti con più alti punteggi alla TAS-20 si descrivono quindi come più ansiosi, incapaci a rilassarsi, tendenti all'umore depresso e ostili. Il non riconoscimento e verbalizzazione delle emozioni sembra quindi associarsi ad un maggiore malessere, probabilmente a causa di una lettura cognitiva dei correlati fisiologici del vissuto emozionale in termini di sintomi. In effetti, osservando le correlazioni delle singole scale, la dimensione della “Difficoltà a riconoscere le Emozioni” (DIF) è quella risultata significativamente correlata a maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi somatici riferiti. L'impossibilità a discriminare i vissuti emotivi, ad etichettare gli stati corporei ad essi associati, potrebbe quindi tradursi in una lettura dell'attivazione e dei cambiamenti fisiologici in termini generali di ansia o malessere.

Tali risultati sembrano confermare le evidenze empiriche che mostrano come l'Alessitimia sia associata ad una maggiore richiesta di cure (Tojken e coll., 2000), a maggiori sintomi fisici lamentati in pazienti affetti da patologia organica (Friedlander e coll., 1997). Inoltre, i dati confermano l'ipotesi di Valkamo e collaboratori (2001) sulla possibilità che le caratteristiche alessitimiche possano, non tanto svolgere un ruolo di causalità lineare, ma modificare l'espressione clinica delle patologie cardiovascolari. Lo studio condotto aveva infatti evidenziato un correlazione significativa tra deficit nell'elaborazione dell'esperienza emotiva e sintomi depressivi riferiti.

Per ciò che riguarda le caratteristiche alessitimiche e i comportamenti stress-correlati, si evidenzia una correlazione significativa positiva tra deficit nell'elaborazione del vissuto emotivo e l'adozione di comportamenti a rischio per la salute (PSQ TOT). In particolare, l'Alessitimia (TAS-20 TOT) risulta associata alla tendenza a non rilassarsi (scala TL, PSQ), a riferire maggiori sintomi di stress, quali calo del desiderio sessuale e insonnia (scala DS, PSQ). Dall'analisi, emerge che la “Difficoltà a descrivere le Emozioni” (DES) correla significativamente con condotte poco funzionali alla gestione dello stress (PSQ TOT).

Si può quindi ipotizzare che il non riconoscimento delle emozioni e, quindi, l'impossibilità di gestirle, si traduca in una tendenza all'agito, a fronteggiare gli eventi tramite la messa in atto di comportamenti caratterizzati da urgenza di tempo, ostilità e condotte legate al bisogno di controllo, quasi ossessivo, delle variabili ambientali esterne.

Tali risultati confermano le correlazioni evidenziate in letteratura su soggetti con patologia organica tra Alessitimia e gestione disfunzionale dello stress, come l'utilizzo di coping disadattivo (Porcelli, 2007), tendenza alla Negazione e all'uso di alcool o droghe (Epifanio e coll., 2005a), locus of control esterno e orientato all'azione (Hexel 2002). Epifanio e

collaboratori (2005b) hanno inoltre osservato in pazienti alessitimici con patologia dermatologica una tendenza ad utilizzare un'eccessiva attività fisica come mezzo di sfogo, confermando l'ipotesi che il vissuto emotivo, non riconosciuto ed espresso, può essere gestito tramite il corpo e la tendenza alla messa in atto di comportamenti, per lo più disfunzionali.

Dall'analisi correlazionale tra comportamenti stress-correlati e malessere fisico, si osserva che sono soprattutto i sintomi di stress percepiti e la difficoltà a “staccare” dagli impegni (scale DS e TL, PSQ) ad essere associati a maggiore ansia, depressione e ostilità; inoltre, gli individui che riferiscono meno vigore e che si descrivono come meno resistenti allo stress, tendono a riferire maggiori sintomi depressivi (Scala V, PSQ). La tendenza all'iperattività e a riferire una buona resistenza in caso di attività eccessiva, correla positivamente con sintomi di ostilità e rabbia (Scala I, PSQ). Questi risultati sembrano confermare la relazione tra stili di vita disfunzionali, riconducibili al costrutto del “Tipo A”, e malessere psicologico (Pruneti, 2002). Inoltre, accogliendo il suggerimento dei nuovi filoni di ricerca che sottolineano l'importanza di considerare i vissuti di rabbia ed ostilità nei pazienti cardiopatici (Razzini e coll., 2008), è possibile ipotizzare che l'emozione sgradevole percepita sia gestita, non tanto tramite il suo riconoscimento e la sua modulazione, ma con la tendenza a mettere in atto comportamenti competitivi e centrati sul controllo.

Dalle analisi di regressione lineare, si evidenzia come sia le caratteristiche alessitimiche che i comportamenti stress-correlati siano in grado di predire in maniera significativa il malessere psicologico riferito dai pazienti. Tuttavia, dall'analisi di regressione multipla, si osserva come l'Alessitimia medi l'effetto dei comportamenti stress-correlati sui sintomi riferiti.

Si può quindi ipotizzare che i comportamenti poco funzionali di gestione dello stress, centrati sull'iperattività, l'urgenza di tempo, l'attribuzione a se stessi di vitalità e resistenza determinino sintomi psicologici e malessere se messi in atto nel tentativo di gestire un vissuto emotivo non riconosciuto ed espresso. Si potrebbe ipotizzare che tali comportamenti diventino potenzialmente patologici se adottati come meccanismo difensivo verso emozioni che rimangono nello “sfondo corporeo”, confuse e non categorizzabili cognitivamente e che impediscono l'utilizzo di strategie di coping adeguate, anche nei confronti di stimoli ambientali. L'Alessitimia, quindi, potrebbe essere considerata una variabile significativa nell'influenzare la valutazione cognitiva dello “stimolo stressante”; le caratteristiche alessitimiche potrebbero infatti contribuire a quella che è stata definita “inibizione della spiegazione”, intesa come difficoltà a cogliere il significato personale delle proprie emozioni di fronte alla realtà.

Inoltre, i risultati complessivi dello studio riguardanti la percentuale di caratteristiche Alessitimiche nel campione e il loro effetto di mediazione sulla relazione tra comportamenti disfunzionali e malessere psicologico, può suggerire la possibilità di elaborare progetti riabilitativi per i pazienti cardiopatici, non solo centrati sugli aspetti educativi e di gestione dello stress, ma anche rivolti all'espressività emotiva. Infatti, alcuni studi recenti sembrano dimostrare come gli effetti positivi degli interventi psicologici sui pazienti cardiopatici siano di breve durata, sottolineando la possibilità di indagare quali variabili più stabili possano influenzare gli esiti dei protocolli di trattamento (Lie e coll., 2010; Yohanness e coll., 2010). I limiti del presente studio sono per lo più costituito dalle caratteristiche del campione, non bilanciato per sesso ed età e l'utilizzo di misure self-report delle variabili considerate.

## STUDIO III

### **Alessitimia, dissociazione e attaccamento in un campione clinico con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare**

Esistono numerose evidenze empiriche che dimostrano come il costrutto dell'Alessitimia sia strettamente legato alle caratteristiche psicopatologiche tipiche dei disturbi alimentari (Bruch, 1973; Speranza e coll., 2007; La Marra e coll., 2009). La difficoltà a riconoscere ed esprimere il proprio vissuto emotivo risulta infatti una caratteristica fondamentale nei quadri di Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA), in grado di esacerbare l'incapacità di gestire autonomamente gli stati interni e la tendenza a ricorrere a modalità disadattive, quali dissociazione, acting-out e comportamenti compulsivi (Caretti, Craparo, 2005). Per diversi Autori, infatti, il disturbo alimentare può essere concettualizzato come una "strategia" che ha una finalità di autoregolazione degli stati emotivi disturbanti (Guidano, 1992; Liotti, 2001).

Inoltre, i "disturbi della regolazione affettiva" (Taylor e Bagby, 2007) si manifestano frequentemente in comorbidità tra loro, con un conseguente peggioramento della funzionalità del soggetto nelle diverse aree della propria vita, da quella privata a quella lavorativa e sociale. Un esempio è la frequente sovrapposizione diagnostica riscontrata tra disturbi alimentari e depressione, disturbi d'ansia o disturbi della personalità, quali il Disturbo Borderline, anch'esso inseribile tra i disturbi della regolazione delle emozioni (Porcelli, 2004).

Fondamentale all'interno dei disturbi della regolazione affettiva è l'azione della dissociazione come meccanismo di coping disadattivo, funzionale all'allontanamento del soggetto dalla realtà e da stati emotivi intolleranti (Steinberg, 2006) che può rappresentare, oltre che un fattore di vulnerabilità per l'insorgenza di disturbi nel funzionamento personale e relazionale, anche un fattore di mantenimento ed esacerbazione di varie psicopatologie, quali i DCA.

Secondo il modello della dipendenza patologica esposto da Caretti e Craparo (2005), che si riferisce a tutte quelle patologie in cui si osservano comportamenti compulsivi di dipendenza, i due fattori che agiscono in interazione reciproca e influenzano tali sintomi sarebbero il tratto alessitimico e la dissociazione. Gli Autori riconoscono alla base di una predisposizione all'insorgenza di questi disturbi una storia di esperienze traumatiche vissute nell'infanzia,

relazioni infantili insicure e un deficit di simbolizzazione associato all'incapacità di leggere gli stati mentali propri e altrui.

Questo insieme di variabili, accomunate dalla caratteristica di determinare nell'individuo l'impedimento ad accedere al proprio mondo interiore (per regolarlo e utilizzarlo come guida per il proprio comportamento anche relazionale), interagiscono tra loro, non solo provocando la patologia, ma, probabilmente, contribuendo al suo mantenimento o alla sua esacerbazione. Numerosi contributi della ricerca supportano l'esistenza di una relazione tra dissociazione e disturbi alimentari (Beato, 2003; Hallings-Pott e coll., 2005).

Diversi risultati empirici sembrano evidenziare sintomi dissociativi più frequenti in soggetti con diagnosi di DCA rispetto ai controlli; in particolare, i sintomi dissociativi sarebbero più frequenti nei quadri sindromici accompagnati da abbuffate e condotte di eliminazione (Demitrack e coll., 1990; Waller, 2003, La Mela, 2010). Inoltre, aspetti dissociativi quali amnesia o derealizzazione sono stati evidenziati durante gli episodi di abbuffate (Demitrack e coll., 1990).

I più recenti filoni di ricerca sull'Alessitimia stanno cercando di chiarire la relazione tra dissociazione, deficit nell'espressione del vissuto emotivo ed esperienze infantili invalidanti: Taylor (2010) evidenzia come numerose ricerche su studenti universitari e campioni con patologia hanno dimostrato una correlazione tra abuso infantile o "neglect" e la "difficoltà a identificare le emozioni" della TAS-20 (Goldsmith e Freyd, 2005, Joukamma e coll., 2008, Topciu e coll., 2009).

Tali osservazioni empiriche sembrano confermare l'esistenza di una "patologia nascosta", sottostante a diverse sindromi riconosciute dai sistemi internazionali di diagnosi, definita da van der Kolk (1996; 2005) come "Disturbo Post-Traumatico dello Sviluppo", caratterizzato da disregolazione emotiva e degli impulsi, disturbi nella percezione di sé e marcata Alessitimia. Ulteriori studi dovranno verificare tale ipotesi teorica, anche al fine di elaborare programmi terapeutici efficaci. Infatti, come sottolineato da Liotti e Farina (2011), il mancato riconoscimento di sintomi dissociativi ed esperienze traumatiche cumulative sottostanti, si assocerebbero ad una non risposta ai trattamenti standard, normalmente efficaci nel trattamento dei disturbi psicopatologici.

## **Obiettivi**

Obiettivo del lavoro è quello di valutare l'eventuale presenza nel campione oggetto di studio di alcune caratteristiche psicopatologiche frequentemente riscontrate nei soggetti con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare e che rappresentano fattori di rischio, di vulnerabilità e di mantenimento della psicopatologia. Nello specifico, l'interesse è rivolto alle possibili correlazioni tra le variabili misurate, al fine di osservare come la complessità del quadro patologico del Disturbo Alimentare possa variare notevolmente all'aggiungersi di caratteristiche sindromiche solitamente trascurate in fase diagnostica e nell'impostazione dei trattamenti psicoterapeutici e riabilitativi.

Esperienze traumatiche perpetuate nel tempo e fattori individuali come stili relazionali e presenza di caratteristiche alessitimiche possono incidere sull'esacerbazione del sintomo alimentare e sull'utilizzo disfunzionale di altre strategie di difesa ad esso correlate, quale la dissociazione.

Quindi, gli obiettivi dello studio sono:

- indagare l'eventuale presenza di caratteristiche alessitimiche e sintomi dissociativi nel campione considerato;
- indagare gli stili di attaccamento in un ottica dimensionale;
- indagare l'eventuale presenza di eventi traumatici auto-riferiti nella storia di sviluppo;
- verificare se esistono correlazioni tra attaccamento insicuro, alessitimia, sintomi dissociativi ed eventi traumatici.

## **Campione**

Il campione considerato è costituito da donne e due uomini (N=21), con un range di età compreso tra i 18 e i 30 anni (M=21,90; DS= ±4,1), affetti da Disturbo Alimentare non direttamente attribuibile ad una specifica condizione medica o ad una particolare patologia endogena. Ulteriori caratteristiche cliniche del campione sono descritte nei Risultati dello studio.

## **Procedura**

Il campione selezionato è stato reclutato da una popolazione clinica di pazienti, afferenti al Centro di riferimento Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, presso l'Unità Operativa del Policlinico Sant'Orsola di Bologna.

La selezione è avvenuta secondo il criterio dell'età, escludendo dall'indagine i soggetti

minorenni afferenti al reparto. I partecipanti sono stati quindi reclutati tra i pazienti seguiti in una condizione di day-hospital quotidiano e tra quelli afferenti all'ambulatorio per la presa in carico e gli incontri di follow-up periodici.

Durante la presentazione del progetto di ricerca, ad ogni partecipante è stato chiesto di leggere ed eventualmente sottoscrivere sia il proprio consenso a partecipare al progetto di ricerca, sia un documento che attestava il consenso informato al trattamento dei dati forniti esclusivamente a scopo di ricerca scientifica, come prevede il Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”).

Durante la compilazione, il paziente è stato libero di porre domande su qualsiasi punto poco chiaro. A causa della presenza del test per la misurazione del trauma, che valuta la presenza di eventi traumatici nella storia del soggetto, prima di iniziare la compilazione, è stato informato il paziente della possibilità di lasciare in bianco le parti che riteneva per qualsiasi motivo difficili da compilare. Due soggetti del campione hanno preferito non compilare l'inventario sulle esperienze traumatiche.

## **Materiale e metodo**

Ai soggetti è stata somministrata una batteria di test composta da:

1) **L'Attachment Style Questionnaire, ASQ**, (Feeny, Noller, Hanrahan, 1994; Versione Italiana a cura di Fossati e coll., 2003), un questionario auto-somministrato creato per misurare le differenze individuali nello stile di attaccamento in giovani adolescenti e adulti. Lo strumento, non utilizzando categorizzazioni degli stili, permette di valutare l'attaccamento adulto secondo un'ottica dimensionale.

L'ASQ è composto di 40 item suddivisi in cinque scale:

- 8 item che compongono la scala *Fiducia*;
- 10 item che compongono la scala *Disagio per l'Intimità*;
- 7 item che compongono la scala *Bisogno di Approvazione*;
- 7 item che compongono la scala *Preoccupazione per le Relazioni*;
- 8 item che compongono la scala *Secondarietà delle Relazioni*.

I soggetti devono rispondere su una scala Likert a 6 punti e devono riconoscere come propri, particolari comportamenti descritti dai diversi item.

Nonostante lo strumento non fornisca una valutazione categoriale degli stili di attaccamento, è possibile attribuire il “Disagio per l'Intimità” alla dimensione evitante dell'attaccamento. Il

“Bisogno di Approvazione”, che riflette la necessità dell’individuo di sentirsi accettato, corrisponde invece ad uno stile di attaccamento timoroso/preoccupato secondo la classificazione degli stili proposta da Bartholomew (Bartholomew, Horowitz, 1991). La “Preoccupazione per le Relazioni” prevede le caratteristiche di dipendenza e ansia e può essere connessa ad uno stile di attaccamento ansioso/ambivalente. Come ultima scala, la “Secondarietà delle Relazioni” è strettamente associata ad uno stile di attaccamento distanziante.

2) La **Toronto Alexithymia Scale** (TAS-20, Bagby, Parker & Taylor, 1994; Versione Italiana a cura di Bressi e coll., 1996), questionario composto da 20 dichiarazioni in merito alle quali il soggetto deve esprimere la sua opinione, in base ad una scala Likert che assegna agli item un punteggio che può andare da 1 (= Per niente d’accordo) a 5 (= Completamente d’accordo). Un totale di 61 punti o maggiore è indicativo di Alessitimia, una somma compresa fra 52 e 60 si colloca in una zona intermedia (“borderline”), mentre punteggi pari o inferiori a 51 indicano assenza di alessitimia (Melin, Thulesius & Persson, 2010).

Oltre al punteggio totale (TOT), lo strumento fornisce una misurazione rispetto a tre fattori:

- **Fattore 1** (“difficoltà ad identificare le emozioni”, DIF): difficoltà nell’identificare i propri sentimenti e nel distinguere le emozioni dalle sensazioni fisiche;
- **Fattore 2** (“difficoltà a descrivere le emozioni”, DES): difficoltà nel descrivere ed esprimere emozioni e sentimenti;
- **Fattore 3** (“pensiero operatorio”, PO): pensiero orientato verso l’esterno.

3) La **Dissociative Experiences Scale, DES**, (Bernstein e Putnam, 1986), uno strumento self-report che permette di quantificare le esperienze dissociative, sia all’interno della popolazione generale, sia in quella clinica.

Nonostante le buone proprietà psicometriche della DES e l’elevata sensibilità e specificità della scala, lo strumento dovrebbe essere utilizzato esclusivamente per lo screening volto all’individuazione di quei soggetti che potrebbero esperire alti livelli di dissociazione. La DES, utilizza come operazionalizzazione del costrutto, l’assenza della normale integrazione di pensieri, sentimenti ed esperienze nel flusso della coscienza e della memoria. Secondo gli autori della scala, i soggetti che ottengono un punteggio superiore o uguale al cut-off (>30), utilizzano la dissociazione come modalità difensiva.

Secondo la teoria alla base di questo strumento una maggior parte dei fenomeni dissociativi, come l’assorbimento e il coinvolgimento immaginativo, possono essere visti come disposti



lungo un continuum, che si estende da livelli normali a patologici.

La scala di autovalutazione è composta di 28 item, per ognuno dei quali al soggetto è chiesto di contrassegnare la frequenza, in termini di percentuale di tempo, in cui esperisce i fenomeni descritti. Il punteggio va da 0 a 100, Il soggetto deve indicare la frequenza con cui le affermazioni fanno parte della sua esperienza quotidiana di vita. La DES ha un approccio multidimensionale alla dissociazione. L'analisi fattoriale ha in seguito mostrato come questa scala misuri tre fattori diversi:

- dissociazione mestica,
- depersonalizzazione e de-realizzazione,
- assorbimento e coinvolgimento immaginativo.

Nella introduzione del questionario, i partecipanti sono istruiti a segnalare solo esperienze di quando non erano sotto l'influenza di alcool o droghe.

4) Il **Traumatic Experiences Checklist, TEC**, (Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002), un questionario self-report, che riguarda 29 tipi di eventi potenzialmente traumatici.

La struttura del TEC permette di calcolare il punteggio diviso per area traumatica, relativa a:

- trauma emotivo: trascuratezza e abuso emotivo nei vari contesti sociali (6 item);
- trauma sessuale: molestia e abuso sessuale in vari contesti sociali (6 item);
- minaccia fisica: abuso fisico in vari contesti sociali, minaccia intenzionale alla vita di una persona, punizione bizzarra e dolore acuto (6 item).

Nello studio è stata considerata anche l'area del "Trauma Familiare", raggruppando gli item relativi alla trascuratezza e all'abuso emotivo percepito all'interno del nucleo familiare.

Il TEC prevede l'utilizzo di due punteggi divisi per area, oltre a quello totale:

- il punteggio della severità del trauma: fattore importante definito dalla presenza o meno del trauma, dalla sua durata (severità maggiore quando ha una durata superiore all'anno) e dalla risposta soggettiva del paziente che indica l'impatto percepito dell'esperienza.
- Il punteggio del sostegno ricevuto: dimensione importante nella definizione degli esiti del trauma. Il sostegno percepito dal soggetto, per ogni evento descritto, parte da 0 punti, (nessun sostegno), a 2 punti, (massimo sostegno ricevuto).

Oltre ai risultati emersi dagli strumenti somministrati sono state considerate alcune caratteristiche anamnestiche quali:

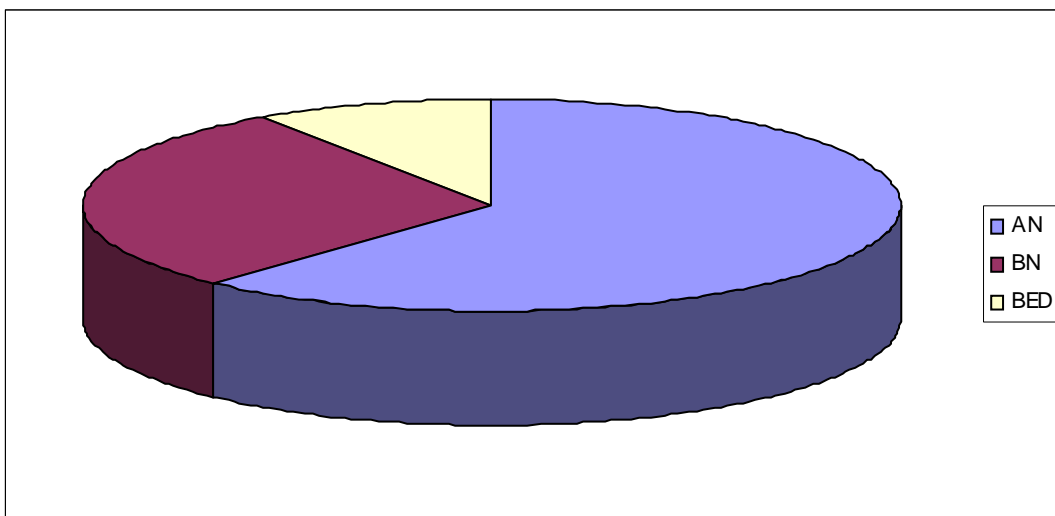
- categoria diagnostica del disturbo alimentare;

- eventuale presenza di una diagnosi in Asse II;
- esordio e durata della malattia;
- presenza di un trattamento farmacologico in atto;
- modalità del trattamento attuale, ossia presenza del paziente in un ricovero presso il day-hospital della struttura o in colloqui clinici periodici ambulatoriali, sia all'interno della stessa struttura che da psicoterapeuta privato.
- Eventuale presenza di trattamenti pregressi, individuandone le caratteristiche e la durata.

## Risultati

Per ciò che riguarda le caratteristiche cliniche del campione, il 62% dei soggetti soddisfa, al momento della valutazione, i criteri per la diagnosi di Anoressia Nervosa (N=13), il 29% di Bulimia Nervosa (N=6); solo due soggetti soddisfano i criteri diagnostici per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED; 9%, Fig. 1).

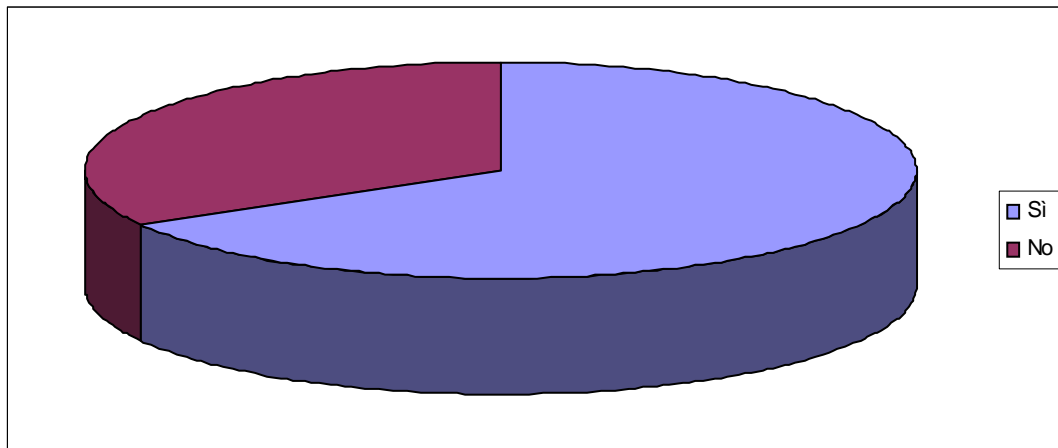
**Fig.1:** *Diagnosi categoriale del campione (Anoressia Nervosa, N=13; Bulimia Nervosa, N=6, Disturbo da Alimentazione Incontrollata, N=2)*



Per ciò che riguarda le condotte di eliminazione, il 71% dei soggetti ricorre a vomito auto-indotto e abuso di lassativi e diuretici (N=15).

Il 67% dei soggetti presenta anche una concomitante diagnosi di Disturbo di Personalità (N=14; Fig. 2); in particolare, 10 soggetti presentano una comorbilità con il Disturbo Borderline, 4 con Disturbo Dipendente.

**Fig.2:** Presenza di comorbidità in Asse II (Sì 67%)

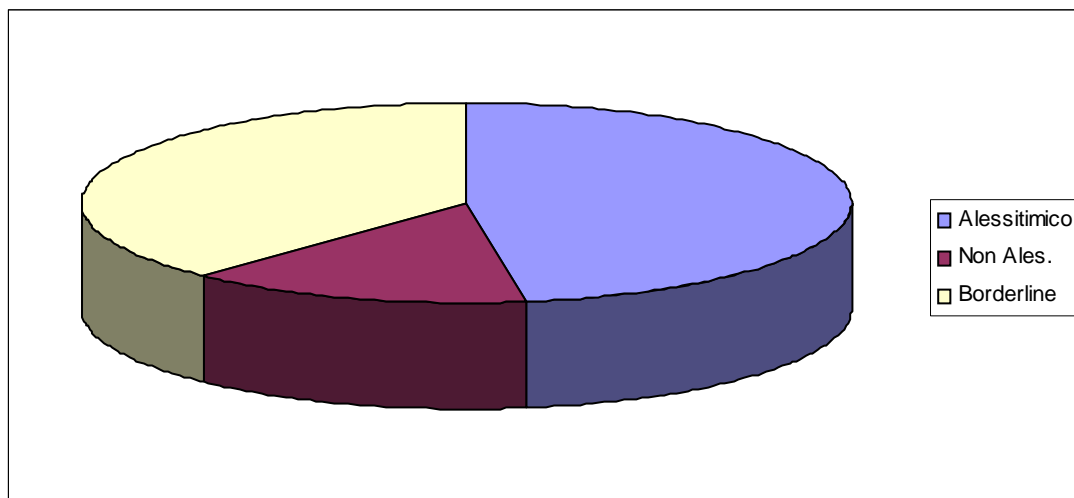


Per quanto riguarda l'anamnesi remota, l'età media dell'esordio della malattia è di 15, 7 anni (DS= $\pm$ 2,6); la durata media del disturbo misurata in mesi è di 80. Sebbene la variabilità sia ampia (DS= $\pm$ 48,3; Minimo=18, Massimo=194), dal dato si può concludere che si tratta di quadri clinici cronici, con sintomi stabili nel tempo. Solo due soggetti, infatti, presentano un esordio e una durata della malattia più breve (18 e 20 mesi). Per ciò che riguarda i trattamenti pregressi, il 43% del campione (N=9) in passato si è sottoposto a più ricoveri e a trattamenti ambulatoriali, il restante a soli trattamenti ambulatoriali.

Al momento della rilevazione il 71% del campione si trova in regime di ricovero (N=15), solo 6 soggetti infatti risultano sottoposti a regime terapeutico ambulatoriale. Il 90% del campione segue contemporaneamente un trattamento psicofarmacologico (solo 2 soggetti non assumono farmaci).

Per ciò che riguarda le percentuali dei soggetti classificabili come alessitimici (TAS TOT >60), non alessitimici (TAS TOT < 50) e borderline (punteggi compresi tra 50 e 60), il 48% del campione mostra punteggi superiori al cut-off (N=10); solo il 14 del campione ha ottenuto punteggi che consentono di escludere la presenza di caratteristiche alessitimiche (N=3), il 38% è classificabile come "Borderline" (N=8; Fig. 3).

**Fig. 3:** Percentuale di soggetti classificabili come Alessitimici (N=10), non Alessitimici (N=3) e Borderline (N=8)



Per ciò che concerne la dissociazione, il 48% dei soggetti (N=10) ha ottenuto un punteggio significativo alla DES (>30), indicativo della presenza di sintomi di rilevanza clinica.

Le misure di tendenza centrale ottenute dal campione ai test utilizzati sono riportate nelle Tabelle 1, 2, 3.

**Tab. 1:** Misure di tendenza centrale del campione nei punteggi della DES, della TAS-20 e nelle sue sottoscale

	TAS TOT	DIF	DES	PO	DES TOT
Media	58,43	22,24	17,52	18,67	29,95
Mediana	59	22	18	17	29
Dev. St.	12,43	6,96	3,73	5,51	1,5

É possibile osservare che il valore di tendenza centrale del punteggio Totale della TAS-20 si collocano in prossimità del valore cut-off di 60 e consente di descrivere il campione come “borderline” per le caratteristiche alessitimiche.

Anche il valore medio della DES è prossimo alla significatività clinica (>30).

**Tab. 2:** *Misure di tendenza centrale del campione nei punteggi delle scale dell'ASQ*

	<b>FID</b>	<b>DIS INT</b>	<b>SEC REL</b>	<b>BIS APP</b>	<b>PREOC REL</b>
Media	25,33	39,67	18,48	29,48	30,52
Mediana	25	42	18	31	30
Dev. St.	5,28	5,27	5,41	6,47	6,37

I valori di tendenza centrale dell'ASQ dell'intero campione sono stati riconvertiti in percentili per indagarne il significato clinico. La dimensione della Fiducia (FID), che corrisponde alla categorizzazione dello stile di attaccamento sicuro, è risultata significativamente bassa nel campione (10° percentile). Il campione si caratterizza inoltre per elevati punteggi nella scala “Bisogno di Approvazione” (90° percentile) che costituisce un elemento dello stile di attaccamento adulto timoroso/preoccupato.

**Tab. 3:** *Misure di tendenza centrale del campione nei punteggi delle scale principali del TEC (N=19)*

	<b>TEC TOT</b>	<b>TEC TR EM</b>	<b>TEC TR SEX</b>	<b>TEC TR FAM</b>	<b>TEC TR FIS</b>
Media	6,74	2,74	,47	2,79	,74
Mediana	6	2	,00	3	1
Dev. St.	3,124	1,727	,772	1,751	,653

Dall'osservazione dei punteggi del TEC, si osserva un maggiore coinvolgimento dei soggetti in esperienze traumatiche di tipo emotivo, relazionale e una trascurabile presenza di traumi fisici e sessuali riferiti.

### ***Alessitimia***

Sono state analizzate le correlazioni tra caratteristiche alessitimiche e sintomi dissociativi riferiti; vista la scarsa numerosità del campione è stato impiegato il test non parametrico rho di Spearman). Emerge una correlazione positiva significativa tra la sottoscala DES (“Difficoltà a descrivere le Emozioni”) e il punteggio Totale della DES (rho di Spearman=,466;  $p < 0,05$ ); la correlazione tra punteggio Totale della TAS-20 e della DES è prossima alla significatività statistica (rho di Spearman=,341;  $p = 0,65$ ).

In Tabella 4 sono riportati di indici di correlazione tra caratteristiche alessitimiche e

dimensioni dell'attaccamento (ASQ).

**Tab. 4:** *Coefficienti di correlazione tra i punteggi della TAS-20 e dell'ASQ (test non parametrico Rho di Spearman)*

	<b>FID</b>	<b>DIS INT</b>	<b>SEC REL</b>	<b>BIS APP</b>	<b>PREOC REL</b>
TAS TOT	-,385	,387	,043	,417	,220
DIF	-,211	,453*	-,112	,246	,269
DES	-,474*	,591*	-,090	,353	,107
PO	-,285	,078	,251	,287	,159

\* $p < 0,05$

Si evidenziano correlazioni positive significative tra la dimensione “Disagio per l'Intimità” e le due sottoscale della TAS-20 “Difficoltà a identificare le Emozioni” e “Difficoltà a descrivere le Emozioni”; inoltre, la sottoscala DES correla negativamente con la dimensione della “Fiducia”. La correlazione tra il punteggio Totale della TAS-20 e la dimensione “Bisogno di Approvazione” è prossima alla significatività statistica ( $p=0,06$ ).

Quindi sono state analizzate le correlazioni tra caratteristiche Alessitimiche e traumi riferiti (test non parametrico rho di Spearman). Il punteggio Totale della TAS-20 e la sottoscala PO (“Pensiero Operatorio”) correlano negativamente con il Supporto Totale riferito dai soggetti nel fronteggiare gli eventi traumatici riferiti (Rho di Spearman=-,538,  $p < 0,05$ ; rho di Spearman=-,527  $p < 0,05$ ). La “Difficoltà a identificare le Emozioni” correla positivamente con la scala del “Trauma Emotivo”(rho di Spearman=,524,  $p < 0,05$ ).

### ***Dissociazione***

Non sono emerse correlazioni significative tra sintomi dissociativi (DES TOT) e traumi riferiti e tra dissociazione e dimensioni insicure dell'attaccamento (test non parametrico rho di Spearman).

Tuttavia, una correlazione positiva significativa si evidenzia tra la scala “Disagio per l'Intimità” dell'ASQ e la scala del “Trauma Emotivo” del TEC (rho di Spearman=,528,  $p < 0,05$ ).

## Discussione

Dalle analisi cliniche ed anamnestiche è possibile osservare come i pazienti siano caratterizzati da una cronicità del quadro clinico e da una sua gravità, come dimostrato dalla durata media del disturbo in mesi ( $M=80$ ), dalla percentuale di comorbidità con Disturbi in Asse II (67% del campione) e dalla presenza di condotte di eliminazione (71%).

La percentuale di soggetti che presentano caratteristiche alessitimiche è alta (48% alessitimici, 38% borderline), a conferma delle recenti evidenze empiriche che dimostrano un'alta presenza di Alessitimia in campioni psichiatrici (Porcelli, 2008).

Anche la percentuale di soggetti che riferiscono sintomi dissociativi di interesse clinico (48%) conferma i risultati di studi che dimostrano una discreta presenza dei meccanismi di dissociazione in pazienti con Diagnosi di Disturbo Alimentare (Beato, 2003; Halling-Pott e coll., 2005; Carano, 2006).

Il campione si caratterizza inoltre per scarsa fiducia nei rapporti interpersonali e bisogno di approvazione, riconducibili a stili di attaccamento insicuri e eventi traumatici riferiti, per lo più di tipo emotivo (abuso fisico e trascuratezza).

Dall'analisi correlazionale si evince un'associazione tra Alessitimia e dissociazione: la correlazione positiva tra i punteggi totali delle due scale sono prossime alla significatività statistica; inoltre, la "Difficoltà a descrivere le Emozioni" correla positivamente con i sintomi dissociativi lamentati.

Tale risultato conferma le numerose evidenze empiriche sulla relazione tra deficit alessitimico e meccanismi dissociativi, considerata un aspetto nucleare di diversi quadri clinici, caratterizzati da impulsività e autolesionismo (Grabe, 2000, Carretti e coll., 2003; De Berardis, 2009).

Dai risultati emergono correlazioni significative tra dimensione alessitimica e stili di attaccamento insicuro: in particolare, i soggetti con maggiore difficoltà a riconoscere le emozioni e a descriverle (fattori DIS e DES) mostrano un maggiore disagio per l'intimità, probabilmente vissuta come pericolosa (dimensione evitante dell'attaccamento) e minore fiducia nelle relazioni (dimensione dell'attaccamento sicuro). Il punteggio totale della TAS-20 correla inoltre positivamente (valore prossimo alla significatività statistica) con il bisogno di approvazione da parte degli altri (dimensione timoroso/preoccupato dell'attaccamento).

Le caratteristiche alessitimiche, così come i sintomi dissociativi, non appaiono correlate con il numero di traumi riferiti. Tuttavia, si osserva una correlazione negativa tra deficit alessitimico e il supporto sociale che i soggetti dichiarano di aver avuto nel fronteggiare le esperienze

traumatiche.

Viceversa, il trauma emotivo (episodi riferiti di abuso e trascuratezza emotiva) correlano con il disagio per l'intimità: è possibile che tale relazione rifletta, almeno in parte, una fobia per le emozioni connesse all'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento che si traduce nel bisogno di mantenere una certa distanza emotiva dagli altri.

Lo studio, sebbene condotto su un numero ridotto di soggetti, fornisce risultati potenzialmente rilevanti per la pratica clinica. Infatti, è possibile che il non riconoscimento di sintomi non direttamente riconducibili ai criteri diagnostici proposti a livello internazionale possa influenzare negativamente l'impostazione di trattamenti terapeutici adeguati. Infatti, attualmente nuovi protocolli di intervento sono stati elaborati nel tentativo di fronteggiare i quadri clinici caratterizzati da una forte componente dissociativa e da deficit nell'integrazione della coscienza (Liotti, Farina, 2011).

Lo studio inoltre sembra confermare indirettamente l'ipotesi che i deficit nell'elaborazione del vissuto emotivo siano connessi a percorsi di sviluppo invalidanti, caratterizzati da insicurezza con le figure di riferimento.

Limiti di questa indagine preliminare, oltre che connessi alla numerosità del campione, sono legati alle misure self-report e alla difficoltà di ottenere valutazioni appropriate sulle esperienze traumatiche esperite. È infatti possibile che i traumi, specialmente se vissuti durante la prima infanzia, non siano accessibili e presenti nella memoria semantica e dichiarativa dell'individuo.





## Conclusioni

Attualmente l'Alessitimia è concettualizzata come un costrutto a molte sfaccettature, sebbene le caratteristiche riconosciute come “salienti” siano estremamente connesse anche da un punto di vista logico: la capacità di comunicare agli altri le proprie emozioni e ovviamente dipendente dalla capacità di riconoscerle, differenziarle (Taylor, Bagby, Parker, 1997). Inoltre, la possibilità di riconoscere i propri stati emotivi a partire da un dato fisiologico influenzerà notevolmente la possibilità di regolarli, modularli cognitivamente e inserirli all'interno di una trama esplicativa, una narrativa coerente di sé e dell'altro (Fonagy 2001; Taylor, Bagby, Parker, 1997). Come esposto nella prima parte del presente lavoro, l'attenzione dei ricercatori si è inizialmente focalizzata sull'individualizzazione delle caratteristiche alessitimiche prevalentemente in campioni di pazienti affetti da disturbi psicosomatici e sulla possibilità di considerare l'Alessitimia un tratto stabile della personalità individuale, piuttosto che un semplice stato transitorio. Solo recentemente le ricerche sperimentali hanno individuato aspetti relativi alla dimensione alessitimica nella popolazione generale (Loas e coll., 1993) e in particolari gruppi psicopatologici, evidenziando la presenza di sintomi in soggetti affetti da Disturbi Alimentari, Disturbo Post traumatico da Stress, Disturbo Depressivo e di Personalità (Caretta, La Barbera, 2005); tali evidenze empiriche suggeriscono quindi la possibilità di considerare l'Alessitimia come una dimensione clinica transdiagnostica lungo un continuum, dalla normalità alla patologia. Particolare attenzione viene poi riservata dalla comunità scientifica allo studio dei processi implicati nella genesi di tale deficit, evidenziando come le teorie sullo sviluppo emozionale affermino l'importanza della dimensione interpersonale per il buon funzionamento individuale adulto (Liotti, 2005; 2011).

Gli studi presentati nel presente lavoro hanno cercato di accogliere il suggerimento di considerare l'Alessitimia lungo un continuum, dalla normalità alla patologia. Si è quindi cercato di verificare quali aspetti personologici siano in grado di predire il deficit alessitimico e come questo possa riflettersi sul funzionamento individuale, creando una vulnerabilità allo sviluppo di psicopatologia e a relazioni interpersonali disfunzionali in un campione non caratterizzato da psicopatologia conclamata.

Muovendosi nel panorama della psicosomatica e nello studio della relazione tra mente, salute e malattia fisica, si è voluto verificare la possibile relazione tra caratteristiche alessitimiche e malessere psicologico in un campione di pazienti affetti da patologia organica, non tanto per verificare ipotesi causali, ma per analizzare il possibile ruolo svolto dall'Alessitimia nel

predire sintomi psicologici e comportamenti disfunzionali.

Per ultimo, si è considerato un campione con psicopatologia conclamata (Disturbo del Comportamento Alimentare), caratterizzato da cronicità e gravità del quadro sindromico per osservare l'eventuale correlazione del deficit Alessitimico con sintomi dissociativi e insicurezza dell'attaccamento, accogliendo l'ipotesi che possa esistere una "sindrome nascosta", associata a diverse psicopatologie e fortemente connessa a traumi cumulati e sviluppi relazionali invalidanti.

Per ciò che riguarda le caratteristiche di personalità in grado di predire il deficit Alessitimico, la ricerca svolta sembra dimostrare che i fattori temperamentali e caratteriali associati all'Alessitimia sono quelli che in numerose ricerche emergono come variabili significativamente correlate a disturbi mentali quali disturbi dell'Umore, disturbi correlati ad abuso di sostanze e disturbi di Personalità. La ricerca futura dovrà probabilmente chiarire quanto questo pattern di caratteristiche stabili possano costituire una sorta di "personalità svantaggiata", cioè più esposta allo sviluppo di psicopatologia, se connessa ad altre variabili o fattori di rischio, come sviluppi relazionali insicuri.

Per ciò che riguarda l'Alessitimia e il funzionamento interpersonale, la ricerca sembra parzialmente confermare che il deficit nel riconoscimento delle emozioni e nella loro descrizione possa influenzare la modalità dell'individuo di percepire le relazioni e la capacità più generale di Mentalizzazione. Nello specifico, i dati emersi paiono sostenere l'ipotesi che si possa sviluppare, in coloro che non leggono i propri vissuti emotivi, una tendenza a utilizzare l'altro e il contesto come riferimento per valutare sé e il proprio comportamento, in modo da trovare coerenza e spiegazione ai propri stati mentali e agli eventi, esterni ed interni. Tale ipotesi necessita di approfondimenti e, come per la possibilità che un pattern personologico e il deficit Alessitimico costituiscano una "vulnerabilità aspecifica", di studi longitudinali.

Nel primo studio è inoltre emersa una "tendenza" differente per la scala della TAS-20 che misura il Pensiero Operatorio, ossia la tendenza ad un pensiero concreto, orientato all'esterno e povero di immaginazione. Inoltre, la scala si è dimostrata correlata positivamente con il vissuto anedonico. Da queste osservazioni, si rendono necessari ulteriori approfondimenti per verificare se tali effetti siano dovuti allo strumento di rilevazione del deficit Alessitimico o se sia connesso ad aspetti di costrutto. In effetti, è ipotizzabile che il deficit di simbolizzazione, in parte colto dalla TAS-20 e dal "Pensiero Operatorio", costituisca un aspetto cognitivo in parte autonomo dalla difficoltà nel cogliere e descrivere le emozioni e riconducibile a un deficit nei processi più astratti di integrazione dell'esperienza soggettiva.

Per ciò che concerne l'indagine condotta sul campione di soggetti con cardiopatia, i risultati emersi sembrano confermare le nuove tendenze teoriche proposte relative alla possibilità di abbandonare ipotesi di causalità lineare tra mente e corpo, tra malessere psicologico e malattia organica, per abbracciare modelli più complessi che considerino variabili in grado di mediare le relazioni osservabili tra caratteristiche stabili e di stato.

I dati osservati sui pazienti a distanza di un anno dall'evento patologico acuto, possono far ipotizzare che le relazioni emerse non costituiscano esclusivamente una reazione difensiva transitoria, ma che possano rappresentare modalità abbastanza stabile degli individui di gestire lo stress e il vissuto emotivo. L'effetto di mediazione delle caratteristiche Alessitimiche sui comportamenti stress-correlati suggeriscono l'ipotesi che le singole abitudini considerate poco adattive e riconducibili al "Tipo A", possano non determinare necessariamente malessere psicologico ma che diventino potenzialmente dannose quando si configurano come modalità di evitamento di vissuti emotivi non riconosciuti ed espressi. Studi futuri potranno chiarire quanto l'Alessitimia costituisca un fattore di "inibizione della spiegazione" più potente nel determinare una cattiva gestione degli eventi della classica "inibizione dell'azione". In quest'ottica, l'Alessitimia sarebbe concettualizzata come un fattore precedente alla scelta di strategie di coping poco adattive, essendo connessa con la "valutazione cognitiva", che è anche emotiva, degli stimoli. L'effetto di mediazione dell'Alessitimia sui comportamenti stress-correlati e la sua correlazione con il malessere psicologico, può inoltre fornire uno spunto di riflessione sui trattamenti riabilitativi normalmente utilizzati e centrati su aspetti educativi e di gestione comportamentale dei fattori di rischio per la patologia organica. In effetti, potrebbe essere utile verificare l'efficacia di trattamenti maggiormente rivolti al vissuto emotivo individuale e alla sua espressione nel ridurre le ricadute e i sintomi psicologici associati alla malattia. Probabilmente, nuovi spunti di riflessione saranno forniti dai più recenti filoni di ricerca sui trattamenti efficaci nel trattare le caratteristiche Alessitimiche e sulle metodologie da utilizzare per favorire l'espressività emotiva.

Per ciò che riguarda lo studio condotto sul campione con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare, si osserva una conferma della maggiore prevalenza delle caratteristiche Alessitimiche in popolazioni con diagnosi psichiatrica. Sebbene lo studio non possa confermare l'esistenza di una "Alessitimia Post-Traumatica", le correlazioni tra deficit Alessitimico e sintomi dissociativi consentono di confermare le teorie sull'esistenza di un deficit di integrazione della coscienza, osservabile in diversi quadri sindromici, che spiegherebbe, non solo le sue alterazioni qualitative rappresentate dalla derealizzazione e dalla depersonalizzazione, ma anche caratteristiche più strutturali, connesse con la

personalità, come il deficit nella lettura del vissuto emozionale.

Sebbene lo studio non confermi l'origine post-traumatica di questo insieme di caratteristiche patologiche osservate, probabilmente anche a causa della scarsa numerosità del campione e degli strumenti utilizzati, indici indiretti si osservano dalle correlazioni emerse tra il disagio per l'intimità, tipico dell'attaccamento evitante e il numero di traumi emotivi riferiti. È possibile che la distanza relazionale, così come gli agiti comportamentali (condotte di eliminazione) e i sintomi dissociativi siano utilizzati per gestire le emozioni connesse con l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento e con memorie traumatiche, non necessariamente presenti nella memoria semantica dell'individuo.

Tali ipotesi richiedono ulteriori approfondimenti, non solo per specificare maggiormente da un punto di vista teorico il costrutto dell'Alessitimia, ma anche per elaborare protocolli diagnostici più efficaci.

La ricerca futura dovrà chiarire quanto l'Alessitimia corrisponda ad un deficit nelle funzioni della coscienza, intesa come il prodotto evolutivo della nostra intersoggettività, probabilmente sviluppando nuovi strumenti per la sua misurazione e attraverso il tentativo, tutt'altro che semplice, di operationalizzare costrutti complessi quali le funzioni di mentalizzazione, integrazione e simbolizzazione.

## Bibliografia

- Agarwal, S. K., & Marshall, G. D. (2001). Dexamethasone promotes type 2 cytokine production primarily through inhibition of type 1 cytokines. *Interferon Cytokine Research*, 21, 147-55.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.
- Bara, B., Colle, L., & Bosco, F. (2005). Metacognizione: aspetti rilevanti per la clinica. In B. Bara (a cura di), *Nuovo Manuale di psicoterapia cognitiva*, (Vol.1). Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Bagby, R., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment style among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beato, L., Rodriguez Cano, T., & Belmonte, A. (2003). Relationship of Dissociative Experiences to Body Shape Concerns in Eating Disorders. *Eating Disorders Review*, 11, 38-45.
- Beijersbergen, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Juffer, F. (2008). Stress Regulation in Adolescents: Physiological Reactivity During the Adult Attachment Interview and Conflict Interaction. *Child Development*, 79, 1707-20.
- Bokeriia, L. A., Golukhova, E. Z., Polunina, A.G., Davydov, D. M., & Kruglova, M. V., (2008). Alexithymia, depression and heart rate in candidates for cardiac surgery. *International Journal of Cardiology*, 126, 448-449.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. V. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bottaccioli, F. (1995). *Psiconeuroendocrinoimmunologia*. Novara: Red Editore.
- Bottaccioli, F. (2002). *Il Sistema Immunitario: la bilancia della vita*. Milano: Tecniche

Nuove Editore.

- Bowlby, J. (1972). *Attaccamento e perdita*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Boz, C., Gazioglu, S., Altunayoglu, V., & Hocaoglu, C. (2007). Effect of serotonergic antidepressant therapy on temperament and character scales in patients with chronic tension-type headache. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*, 534-42.
- Brambilla, F. (1999) Aspetti neuroendocrini delle malattie mentali. in P. Pancheri & G. Cassano (a cura di). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson Editore.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. (1998). Self-report measure of adult romantic attachment. in J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds). *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: Guilford Press.
- Bressi, C., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Alegranti, S., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, *41*, 551-559.
- Brunch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2007). Dissociation from the perspective of multiple code theory. Psychological roots and implications for psychoanalytic treatment. *Contemporary Psychoanalysis*, *43*, 165-84.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2002). *Il Big Five Questionnaire-BFO*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Carano, A., De Bernardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., & Pelusi, L. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 332-340.
- Carano, A., De Bernardis, D., Scali, M., Sagripanti, U., Campanella, A., & Salerno, R. M. (2007). Correlazione tra alessitimia e dissociazione in soggetti con disturbo del comportamento alimentare: uno studio clinico. *Cognitivismo clinico*, *4*, 22-33.
- Cardeña, E. (1994) "The domain of dissociation". In S. J. Lynn, J. W., Rhue, (Eds). *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Caretti, V., Craparo, G., & Mangiapane, E. (2003). Psicodinamica della dipendenza patologica come modalità dissociativa. *Psicotech*, *2*, 59-72.

- Carretti, V., & La Barbera, D., a cura, (2005). *Alessitimia, valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio Editore.
- Carretti V., La Barbera, D., & Craparo, G. (2005). “ *La Toronto Alexithymia Scale*”. In V. Carretti, D. La Barbera (a cura). *Alessitimia, valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio Editore.
- Carretti, V., Craparo, G. (2005). “*La correlazione tra alessitimia e dissociazione in un gruppo di tossicodipendenti e di ex tossicodipendenti*”. In V. Carretti, D. La Barbera (a cura). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Carcione, A., Falcone, M., Magnolfi, G., & Manaresi, F. (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (SVAM). *Psicoterapia*, 9, 91-107.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping Strategies: a theoretically based approach. *Journal Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.
- Cassidy, J. (1988). The Self as Related to Child-Mother Attachment at Six. *Childhood Development*, 59, 121-34.
- Celikel, F. C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B. E., & Cloninger, C. R. (2010). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 64-70.
- Cleeland, C. S., Nakamura, Y., Mendoza, T. R., Edwards, K. R., Douglas, J., & Serlin, S. C. (1996). Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain*, 67, 267-273.
- Cloninger, C. R., & Przybeck, T. (1991). The tridimensional personality questionnaire. *Psychological Report*, 69, 1047-57.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psycho-biological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, 266-73.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louise: Center for Psychology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C. R. (1999). *The Temperament and Character Inventory- revised (TCI-R)*. St. Louise: Center of Psychobiology and Personality, Washington University.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal Personality and Social Psychology*, 58, 644-63.



- Connelly, M., & Denney, D. R. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 649-656.
- Conrad, R., Wegener, I., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Geiser, F. (2009). Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry Research*, 165, 137-44.
- Cosci, F. (2012). Assessment of personality in psychosomatic medicine: current concepts. *Adv. Psychosom. Med.*, 32, 133-59.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. *Psychological Assessment Resources*, Odessa, FL.
- Cozolino, L. (2006). *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., & Todisco, P. (1995). Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Documento presentato alla Quinta Conferenza Annuale di Primavera della Società Internazionale per lo Studio della Dissociazione*, Amsterdam.
- Damasio, A. (1994). *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi Editore.
- Damasio, A. (1999). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi Editore.
- Damasio, A. (2003) *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*. Milano: Adelphi Editore.
- De Benedittis, G., Corli, O., Massei, R., Nobili, R., & Pieri, A. (1988). *Questionario Italiano del Dolore*, Firenze: Organizzazioni Speciali Editore.
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Carano, A., Francesco, G., Valchera, A., Conti, C., Sepede, G., Caltabiano, M., Pizzorno, A. M., Coltelessa, C., Salerno, R. M., & Ferro, F. M. (2009). Alexithymia and Its Relationship with Dissociative Experiences, Body Dissatisfaction and Eating Disturbances in a Non Clinical Female Sample. *Cognitive Therapy Research*, 33, 471-479.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brand, H. A., & Gold, P. W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychology*, 147, 1184-88.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bull.*, 9, 13-28.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (2003). *I Disturbi di Personalità, modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma: Laterza Editore.
- Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The emphatic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions.

*Biopsychosocial Medicine*, 1, 22.

- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolò, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of Personality Disorders*, 20, 597-617.
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (2008). Psychophysiology in Attachment Interviews: converging evidence for deactivating strategies. *Childhood Development*, 63, 1473-80.
- D'Souza, P., Lumley, M. A., Kraft, C., Dooley, J., Roberson, T., & Stanislawski, B. (2003). Emotional disclosure and relaxation training for migraine and tension headaches: a randomized trial. *Abstract published in Psychosomatic Medicine*, 65, A-6.
- Edelman, G. M. (1989). *The remembered present: A biological theory of consciousness*. New York: Basic Books.
- Elzinga, M. B., Bermond, B., & van Dick, R. (2002). The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 104-111.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional scaling of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-54.
- Epifanio, M. S., Parello, M. R., & Sarno, L. (2005a). Cancro e disregolazione affettiva: uno studio empirico su un gruppo di donne affette da neoplasia mammaria. In V. Caretti & D. La Barbera (a cura di). *Alessitimia, valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio Editore.
- Epifanio, M. S., Raso, M. I., & Sarno, L. (2005b). Disregolazione affettiva, qualità degli stili di attaccamento e malattie somatiche. in V. Caretti & D. La Barbera (a cura di). *Alessitimia, valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio Editore.
- Evren, C., Kose, S., sayar, K., Ozcelik, B., Borckardt, J. P., Elhai, J. D., & Cloninger, C. D. (2008). Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 371-78.
- Fahrenberg, J., & Stegagno, L. (1986). Metodologia psicofisiologica. In L. Stegagno (a cura di). *Psicofisiologia. Indicatori fisiologici del comportamento umano*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Fassone, G., Picardi, A., & Peronti, M. (1999). Esami di laboratorio in psichiatria. In P. Pancheri & G. Cassano (a cura di). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson Editore.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing Adult Attachment. In M. B. Spirling & W. H. Berman (Eds). *Attachment in adults*. New York: Guildford Press.

- Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, and Development*, 26, 277-88.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P. (2001). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Bateman, A. W. (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BDP. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Grazioli, F., Borroni, S., Acquarini, E., & Maffei, C. (2007). L'Attachment Style Questionnaire. in L. Barone & F. Del Corno (a cura di). *La valutazione dell'Attaccamento adulto. I questionari autosomministrati*. Milano: Raffaello cortina Editore.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-62.
- Friedlander, L., Lumley, M. A., Farchione, T., & Doyal, G. (1997). Testing the alexithymia hypothesis: Physiological and subjective responses during relaxation and stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 233-239.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *JAMA*, 169, 1286-1296.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). "Type A behavior and your heart". New York: Knopf. in A. Molinari, A. Compare, G. Parati, (a cura). *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Milano: Springer Editore.
- Frijda N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fukunishi, I., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R. H. (1999). Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 579-89.
- Galeazzi, B., & Franceschina, F. (1995). *The Social Competence Inventory*. Firenze: Giunti Editore.

- Gallese, V. (2002). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, *36*, 171-80.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Berkeley: University of California Press.
- Glaser, R., MacCallum, R. C., Laskowski, B. F., Malarkey, W. B., & Scheridan, J. F. (2001). Evidence for a shift in the Th-1 to Th-2 cytokine response associated with chronic stress and aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, *56*, 477-82.
- Goldsmith, R. E., & Freyd, J. J. (2005). Awareness for emotional abuse. *Journal of Emotional Abuse*, *5*, 95-123.
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gansicke, M., & Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*, 128-31.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2001). Alexithymia and temperament and character model of personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *70*, 261-67.
- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Groger, R., Franke, G. H., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Spitzer, C. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*, 189-94.
- Grabe, H. J. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*, 139-147.
- Guidano, V. (1992). *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G., & Jeammet, P. (2003). Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and Physiological correlates of alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *57*, 292-295
- Guilbaud, O., Curt, F., Perrin, C., Chaouat, G., Bertoz, S., Dugrè-Le Bigre, C., Wallier, J., Strenbler, M., Touitou, C., Jammet, P., & Corcos, M. (2009). Decreased immune response in alexithimic women: a cross-sectional study. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, *63*, 297-304.
- Gundel, H., Lopez-Sala, A., Ceballos-Baumann, A. O., Deus, J., Cardoner, N., & Martin-Mittage, B. (2004). Alexithymia correlates with the size of the right anterior cingulate. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 132-140.
- Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1127-1135.

- Hallings-Pott, C., Waller, G., Waston, D., Scragg, P. (2005). State dissociation in bulimic eating disorders: an experimental study. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 37-41.
- Harrè, R. (1986). *The social construction of emotions*. Oxford: Blackwell Editore.
- Hellhammer, D. H., Wüst, S., & Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 163-71.
- Helling, J. (2009). Non declarative representational and regulatory system in alexithymia. *Journal of Trauma Dissociation*, 10, 469-87.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-80.
- Hexell, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation of locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261-70.
- Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 3-9.
- Horowitz, M. J. (1991). States, schemas and control: General theories for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 85-102.
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behaviour. *Psychosomatic Research*, 66, 425-33.
- Hund, A. R., Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among graduate female: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse Neglect*, 30, 393-407.
- Hurrell, M., Murphy, G., 1991, Locus of control: Job, Demands and Health, in C. L. Cooper & R. Payne (Eds). *Personality and Stress: individual differences in the stress process*. Chichester: Wiley & Sons.
- Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y. B., & Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 189-193.
- Izard, C. E. (1977). *Human Emotions*, New York: Plenum Press.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt.
- Janet, P. (1899). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1907). *Maior symptoms of hysteria*. London: Macmillan. Ristampa, (1965) New

York: Hafner.

- Jenkins, C. D., Zyzanski S. J., & Rosenman, R. H. (1976). Risk of new myocardial infarction in middle-aged men with manifest coronary artery disease. *Circulation*, *53*, 342-347.
- Joukama, M., Luutonen, S., von Reventlow, H., Patterson, P., Karlsson, H., & Salokangas, R. K. R. (2008). Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: results of the RADEP study. *Psychosomatics*, *49*, 317-325.
- Jula, A., Salminen, J.K., & Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*, *33*, 1057–1061.
- Kano, M., Fukudo, S., Gyoba, J., Kamachi, M., Tagawa, M., & Mochizuki, H. (2003). Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia. *Brain*, *126*, 1474-84.
- Katz, J., Martin, A. L., Pagè, M. G., & Callery, V. (2009). Alexithymia and fear of pain independently predict heat pain intensity ratings among undergraduate university students. *Pain Research Management*, *14*, 299-305.
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Julkunen, J., Wilson, T. W., & Salonen, J. T. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, *34*, 1-5.
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. A., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1996). Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, *41*, 541–549.
- Kelley, J. E., Lumley, M. A., & Leisen, J. C. C. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, *16*, 331-40.
- Kelman, N. (1952). Clinical aspect of externalized living. *American Journal of Psychoanalysis*, *12*, 15-23.
- Kellner, R., & Sheffield, B.F. (1973). A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, *3*, 88.
- Kellner, R. (1987). A Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, *48*(7), 268-274.
- Kirkmajer, L. J., & Robbins, J. M. (1993). Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, *34*, 41-52.
- Kojima, M., Frasura-Smith, N., & Lesperance, F. (2001). Alexithymia following myocardial infarction: psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 487– 495.
- Kooman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia.

A critical review of literature and psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-90.

- Kop, W. J. (1999). Chronic and acute psychological risk factors for the clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 61, 476– 487.
- Kop, W. J. (2003). The integration of cardiovascular behavioral medicine and psychoneuroimmunology: new developments based on converging research fields. *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 233– 237.
- Kose, S. (2003). *A psychobiological model of temperament and character: TCI*. Yeni Symposium, 41, 86-97.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zur kompetenz-und kontrollüberzeugung* (Questionnaire for competence and control orientation). Hogrefe: Gottingen.
- Kristal, H. (1988). *Integration and Self-Healing; Affect, trauma, Alexithymia*. Hillsdale: Analytic Press.
- Kristal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 126-150.
- Kubzansky, L. D., Davidson, K. D., & Rozanski, A. (2005). The Clinical Impact of Negative Psychological States: Expanding the Spectrum of Risk for Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, 10-14.
- Laborit, H. (1962). *L'inhibition de l'action*. Parigi : Seuil Editore.
- La Marra, M., Sapuppo, W., & Caviglia, G. (2009). Dissociazione e alessitimia in un campione di pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare. *Research in Psychotherapy*, 11,6-20.
- Lambruschi, F. (1997). *Organizzazioni corporee e legami di attaccamento: implicazioni psicopatologiche*. Relazione al II° Convegno della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Orvieto 7-9 novembre.
- Lambruschi, F., Lenzi, S., & Leoni, F. (2004). Sviluppo del modello clinico cognitivista in età evolutiva. In F. Lambruschi (a cura di). *Psicoterapia cognitiva in età evolutiva*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 393-400.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-43.

- Lang, P. J., Greenwald, M. K., Bradley, M. M., & Hamm, A. O. (1993). Looking at pictures: Affective, facial, visceral, and behavioral reactions. *Psychophysiology*, 30, 261-273.
- Lazarus, L. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Editore.
- Lazarus, L. S. (1993). From psychological stress to emotions: a theory of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- LeDoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain*. New York: Simon and Schuster.
- Lee, J. L., Seung-Hee, Y., Seong-Jin, C., In Hee, C., Seung-Hee, K., & Seog, J. K. (2010). Direct and indirect effects of the temperament and character on alexithymia. A pathway analysis with mood and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 201-206.
- Leung, W., Couture, S. & Blanchard, J. (2010). Is social anhedonia related to emotional responsivity and expressivity? a laboratory study in women. *Schizophrenic Research*, 124, 66-73.
- Lie, I., Bunch, E. H., Smeby, N. A., Arnesen, H., & Hamilton, G. (2010). Patients' experiences with symptoms and needs in the early rehabilitation phase after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 67, 10-14.
- Linden, W., Lenz, J. W., & Stossel, C. (1996). Alexithymia, defensiveness and cardiovascular reactivity to stress. *Journal Psychosomatic Research*, 41, 575-583.
- Lindholm, T., Lehtinen, V., Hyppa, M. T., & Puukka, P. (1990). Alexithymic features in relation to the dexamethasone suppression test in a Finnish population sample. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1216-19.
- Linehan, M. M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychoterapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (a cura di). *Attachment and Clinical perspectives*. Hillsdale: Analitic Press.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2004). Trauma dissociation and disorganized attachment: three strands of a single brain. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486.
- Liotti, G. (2005). Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni. in B. Bara, (a cura di). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. (Vol.1). Torino: Bollati Boringhieri Editore.



- Liotti G. (2006). Disorganizzazione dell'attaccamento e processi dissociativi. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli, (a cura di). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Loas, G., Fremaux, D., Marchand, M. P., Chaperot, C., & Dardeness, R. (1993). L'Alexithymie chez le sujet sain: validation de l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) dans une population "tout venant" de 144 sujets, application au calcul de la prevalence. *Annales Medico-Psychologiques, 151*, 660-663.
- Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., Perez-Diaz, F., Guelfi, J. D., & Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 255-61.
- Loewald, H. W. (1980). "Psychoanalytic theory and the psychoanalytic process" in *Papers on Psychoanalysis*, New Haven: Yale University Press.
- Luminet, O., Rokbani, L., Ogez, D., & Jadoulle, V. (2007). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 569-73.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 505-18.
- Lumley, M. A., Tomakowsky, J., & Torosian, T. (1997a). The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics, 38*, 497-502.
- Lumley, M. A., Asselin, L. A., & Norman, S. (1997b). Alexithymia in chronic pain patients. *Comprehensive Psychiatry, 38*, 160-65.
- Lumley, M. A. (2004). Alexithymia, Emotional Discolure, and Health: A program of Research. *Journal of Personality, 6*, 72-90.
- MacLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain": recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomeric Medicine, 11*, 338-353.
- MacLean, P. D. (1984). *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Torino: Einaudi Editore.
- Maggini, C., Raballo, A. & Pelizza, L. (2003). Subjective experience of language impairment and psychopathology in schizophrenia. *Psychopatology, 36*, 17-22.

- Main, M. (1981). *Avoidance in the Service of Attachment: a Working Paper*, in Immelmann, Barlow, Petrinovich, Main.
- Main, M., & Hesse, E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In M. Ammaniti & D. Stern (a cura di). *Attaccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- Majohr, K. L., Leenen, K., Grabe, H. J., Jenewein, J., Nunez, D. G. & Rufer, M. (2011). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 56-60.
- Marty, P. & De M'Uzan, M. (1963). La 'pensée opératoire'. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 27, 1345-56.
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiamont, P. P. & De Vries, J. (2007). The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients. *Psychiatric Research*, 149, 81-88.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 1345-56.
- Mavissakalian, M., & Michelson, L. (1982). Patterns of Psychophysiological Change in Treatment of agoraphobia. *Behaviour Research & Therapy*, 19, 677- 691.
- McDougall, J. (1978). Primitive communications and the use of the countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 116, 417-59.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: a psychoanalytical approach to psychosomatic illness*. Londra: Free Association Books.
- McFarland, R. A. (1975) Heart Rate Perception and Heart Rate Control. *Psychophysiology*, vol. 12, 402- 05.
- McLean, L. M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., & Stuckless, N. (2006). The relationship between childhood sexual abuse, complex post- traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples: examination of women treated in community and institutional clinics. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 1-17.
- McNear, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Profile of Mood states*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J. & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as predictor of symbolic and mentalising abilities: a longitudinal study. *Social Development*, 7, 1-24.
- Melin, E. O., Thulesius, H. O. & Persson, B. A. (2010). Affect School for Chronic Benign pain patients showed improved alexithymia assessment with TAS-20. *Biopsychosocial*

*Medicine*, 4, 1-5.

- Mishlove, M. & Chapman, L. (1985). Social anhedonia in the predictor of psychosis proneness. *Journal of Abnormal psychology*, 94, 384-96.
- Montebanocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B. & Rossi, N. (2004). Adult Attachment style and alexithymia. *Personality and individual Differences*, 36, 499-507.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H. & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: and fMRI study of mentalizing in Alexithymia. *Neuroimage*, 32, 1472-82.
- Morse, J. Q. & Pilkonis, P. A. (2007). Screening of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 21, 179-98.
- Nemiah, J. C. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62, 299-303.
- Neumann, S. A., Sollers, J. J. 3rd, Thayer, J. F. & Waldstein, S. R. (2004). Alexithymia predicts attenuated autonomic reactivity, but prolonged recovery to anger recall in young women. *International Journal of Psychophysiology*, 53, 183–195.
- Nijehuis, E. R. S., van Der Hart, O. & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200–210.
- Norman, S. A., Lumley, M. A., Dooley, J. A. & Diamond, M. P. (2004). For whom does it work? Moderators of effects of written emotional disclosure in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 66, 174-83.
- Numata, Y., Ogata, Y., Oike, Y., Matsumura, T. & Shimada, K. (1998). A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm. *Japan Circulated Journal*, 62, 409– 413.
- Pasquini, P., Liotti, G., Mazzotti, E., Fassone, G. & Picardi, A. (2002). The Italian Group for the Study of Dissociation. Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 110–116.
- Paez, D., Velasco, C. & Gonzalez, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexithymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 630-41.
- Pancheri, P. (1999). Le basi biologiche della psichiatria. In P. Pancheri & G. Cassano (a cura di). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson Editore.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2005). Commentary on “Becoming aware of feelings”.

*Neuropsychanalysis*, 7, 40-55.

- Papciak, A. S., Feuerstein, M. & Spiegel, J. A. (1985). Stress reactivity in alexithymia: decoupling of physiological and cognitive processes. *Journal of Human Stress*, 11, 135-42.
- Parker, J. D., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Preventive Rehabilitation*, 10, 241-248.
- Pedrosa, G. F., Bidlingmaier, M., Ridout, N., Scheidt, C. E., Caton, S., Schoechlin, C. & Nickel, M. (2008). The relationship between alexithymia and salivary cortisol levels in somatoform disorders. *Nordamerican Journal of Psychiatry*, 62, 366-73.
- Pennebaker, J. W. (1993). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: the ealing power of expressive emotions*. New York: Guildford Press.
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the “big five” factors, temperament, character and attachment style. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 371-8.
- Pilowsky, I. (1986). Abnormal illness behaviour. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 46, 76-84.
- Pollatos, O., Schubo, A., Herbert, B. M., Matthias, E. & Schandry, R. (2008). Deficits in early emotional reactivity in alexithymia. *Psychophysiology*, 45, 839-846.
- Porcelli, P., 2004, “*Updates sul costrutto di Alexithymia*”, In relazione presentata al 1° Convegno Internazionale sull'Addiction, “L'era dell'eccesso: Clinica e psicosomatica dell'addiction”, Psychomedia, Palermo.
- Porcelli, P. & Todarello, O. (2005). Il gruppo di Toronto e la ricerca sull'alessitimia. In V. Caretti & D. La Barbera (a cura di). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio Editore.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G. & Todarello, O. (2007). Alexithymia, coping, illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 644-50.
- Poustka, L., Parzer, P., Brunner, R. & resch, F. (2007). Basic symptoms, temperament and

- character in adolescent psychiatric disorders. *Psychopathology*, 40, 321-28.
- Pruneti, C. (2002). *Stress, disturbi dell'integrazione mente-corpo e loro valutazione*. Pisa, ETS Editore.
  - Pruneti, C. (2008). *Psicologia clinica e psicopatologia. Diagnosi funzionale e approccio multidimensionale ai trattamenti*. Torino: Centro Scientifico Editore.
  - Razzini, C., Bianchi, F., Leo, R., Fortuna, E., Siracusano, A. & Romeo, F. (2008). Correlations between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 9(8), 761–768.
  - Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K.W., Saab, P.G., & Kubzansky, L. (2005). The Epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651.
  - Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 133-144.
  - Rufer, M., Albrecht R., Zaum, J., Schnyder, U., Mueller-Pfeiffer, C., Hand, I. & Schmidt, O. (2010). Impact of alexithymia on treatment outcome: a naturalistic study of short term cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Psychopathology*, 43, 170-79.
  - Ruggerini, C., Lambruschi, F., Neviani, V., Guaraldi, G. P. & Manerchia, G. (2004). Disturbi Somatoformi. in F. Lambruschi (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
  - Saarijarvi, S., Salminen, J. K. & Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 173-80.
  - Salminen, J. K., Saarijarvi, S., Aairela, E. & Tamminen, T. (1994). Alexithymia: state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 681-5.
  - Santangelo, G., Morgante, L., Savica, R., Marconi, R., Grasso, L., Antonini, A., De Gaspari, D., Ottaviani, D., Tiple, L., Simoni, L. & Barone, P. (2009). Anhedonia and cognitive impairment in Parkinson's disease: Italian validation of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale and its application in the clinical routine practice during the PRIAMO study. *Parkinsonism Relation Disorders*, 15, 576-81.
  - Sanders, B., McRobert, G. & Tollefson, C. (1989). Childhood stress and dissociation in a college population. *Dissociation*, 2, 17-23.

- Shekelle R. B, Gale, M & Norusis, M. (1985). Type A score (Jenkins Activity Survey) and risk of recurrent coronary heart disease in the Aspirin Myocardial Infarction Study. *American Journal of Cardiology*, 56, 221-225.
- Schmidt, U., Jiwan, A. & Treasure, J. (1993). *A controlled study of alexithymia in eating disorders. Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2, 23-47.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201–269.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill Editore.
- Shaver, P. R. & Mikulinger, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133-161.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale*. Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Sifneos, P. E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica*, 7, 1-10.
- Sifneos, P. E. (1987). *Anhedonia and alexithymia: a potential correlation*. In D. Clarck & J. Fawcett (Edt). *Anhedonia and Affect Deficit States*. New York: PMA Publishing Corporation.
- Sifneos, P. E. (1988). *Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity*. *Psychiatry and Clin. North America*, 11, 287-292.
- Simeon, D., Giesbrecht, T., Knutelska, M. & Smith, L. M. (2009). Alexithymia, absorption and cognitive failures in depersonalization disorders: a comparison to post-traumatic disorder and healthy volunteers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 492-8.
- Sloan, R. P., Shapiro, P. A., Bagiella, E. B., Myers, M. M. & Gorman, J. M. (1999). Cardiac autonomic control buffers blood pressure variability responses to challenge: a psychophysiological model of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 61, 58–68.
- Snaith, R. P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D. & Trigwell, P. (1995). *A scale for assessment of hedonic tone: The Snaith-Hamilton Pleasure Scale*. *Britain Journal of Psychiatry*, 167, 99-103.
- Solano, L., Donati, V., Pecci, F., Persichetti, S. & Colaci, A. (2003). Postoperative course after papilloma resection: effects of written disclosure of the experience in subjects with different alexithymia levels. *Psychosomatic Medicine*, 65, 477-484.
- Speranza, M., Loas, G., Walliera, J. & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia

- in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional Development*. New York: Cambridge University Press.
  - Stagagno, L. & Palomba, D. (1991). Psicofisiologia clinica. In L. Stagagno (a cura di). *Psicofisiologia*, Torino: Boringhieri Editore.
  - Steinberg, M. (2006). *La dissociazione. I cinque sintomi principali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
  - Stern, D. N. (2004). *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
  - Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F., & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 173-80.
  - Stone, L. A. & Nielson, K. A. (2001). Intact physiological response to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 92-102.
  - Tabibnia, G., & Zaidel, E. (2005). *Alexithymia, interhemispheric transfer, and right hemispheric specialization: A critical review*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
  - Taylor, G. J (1987) Alexithymia: history and validation of the concept. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24, 85-95.
  - Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1988). Measurement of alexithymia. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 351-66.
  - Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
  - Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *I disturbi della regolazione affettiva*. Roma: Giovanni Fiorini Editore.
  - Taylor, G. J., 2000, *Recent developments in alexithymia theory and research*, *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
  - Taylor, G. J. (2004). Alexithymia: some controversial issues and new conceptual ideals. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 624-28.
  - Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.
  - Taylor, G. J. (2010): Affect, Trauma, and Mechanisms of Symptom Formation: a tribute to John C. Nemiah, M. D. (1918-2009). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 339-49.
  - Timary, P., Roy, E., Luminet, O., Fillée, C. & Mikolajczak, M. (2008). Relationship

- between alexithymia, alexithymia factors and salivary cortisol in men exposed to a social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, *33*, 1160-64.
- Tojek, T. M., Lumley, M. A., Barkley, G., Mahr, G. & Thomas, A. (2000). Stress and other psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics*, *41*, 221-226.
  - Tolmunen, T., Maaran, P., Hintikka, J., Kylma, J., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Haukijarvi, T. & Laukkanen, E. (2008). Dissociation among 4019 Finnish general population adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*, 614–617.
  - Tolmunen, T., Maria Heliste, Soili M. Lehto, Jukka Hintikka, Kirsi Honkalampi & Jussi Kauhanen (2011). Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, *52*, 536-41.
  - Topciu, R. A., Zhao, X., Tang, W., Heisel, M., J., Talbot, N. L. & Duberstein, P. R. (2009). Childhood sexual abuse and personality differentiating high and low alexithymia in depressed patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 385-387.
  - Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2011). *Fantasmia nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
  - Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. & Herman, J. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 83-93.
  - Van der Kolk, B. A. (2005). Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo: verso una diagnosi per i bambini cronicamente traumatizzati. In V. Carretti & G. Capraro (a cura di). *Trauma e Psicopatologia* (2009). Roma: Astrolabio Editore.
  - Valkamo, M., Hintikka, J., Honkalampi, K., Niskanen, L., Koivumaa-Honkanen, H. & Viinamaki, H. (2001). Alexithymia in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 125– 130.
  - Veglia, F. (1999). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
  - Vermeulen, N., Luminet, O. & Corneille, O. (2006). Alexithymia and the automatic processing of affective information: Evidence from the affective priming paradigm. *Cognition and Emotion*, *20*, 64-91.
  - Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing Practice*, *19*, 19-20.
  - Waldstein, S. R., Kauhanen, J., Neumann, S. A., & Katzel, L. I. (2002). Alexithymia and



cardiovascular risk in older adults: psychosocial, psychophysiological, and biomedical correlates. *Psychological Health*, 17, 597– 610.

- Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C. & Leung, N. (2005). Somatoform dissociation in eating disordered patients. *Behavioral, Research and Therapy*, 41, 619-627.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-54.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1994). Emotions, moods, traits, and temperaments: conceptual distinctions and empirical findings. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds). *The nature of emotion: fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Wearden, A., Cook, L. & Vaughan-Jones, J. (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting and health related coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 341-47.
- Wearden, A., Lambertson, N., Crook, N. & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting. An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 279-88.
- Wilder, J. (1953). The “law of initial values” in neurology and psychiatry: facts and problem, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 73- 86.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatry of Scandinavia*, 67(6), 361-370.
- Zimmermann, G., Quartier, V., Bernard, M., Salamin, V. & Maggiori, C. (2007). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: structural validity, internal consistency and prevalence of alexithymia in Swiss adolescent sample. *Psychiatry Research*, 33, 941-6.

